

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия  
последипломного образования»  
ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»  
ОГКУ «Центр реабилитации наркозависимых «Воля»

*В.В. Колягин, А. Додзюк, В.В. Новикова*

# **НАРКОМАНИИ**

## **Медико-социальная реабилитация зависимых и созависимых пациентов, ПОДХОД И ВЗАИМООТНОШЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Иркутск  
2013

УДК 614.25  
ББК 51.1(2)п+88.48  
К62

*Изготовлено по заказу ОГКУ «Центр реабилитации наркозависимых «Воля» в рамках реализации долгосрочной целевой программы Иркутской области «Комплексные меры профилактики злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами» на 2011–2013 годы*

*Утверждено методическим советом ГБОУ ДПО ИГМАПО 15.10.2013 г.*

Рецензенты:

В.С. Собенников – д-р мед. наук, профессор зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГОУ ВПО ИГМУ;

О.П. Ворсина – д-р мед. наук, главный психиатр Министерства здравоохранения Иркутской области, зам. главного врача по лечебной работе ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

***Колягин, В.В.***

**К62** Наркомании. Медико-социальная реабилитация зависимых и созависимых пациентов, подход и взаимоотношения: учеб.-метод. пособие / В.В. Колягин, А. Додзюк, В.В. Новикова. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013. – 92 с.

Отражён широкий круг вопросов, касающихся истории наркомании; описаны условия формирования зависимости и созависимости, дана характеристика дисфункциональных семей; описаны международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых и специфика медико-социальной реабилитации.

Предназначено для психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников и других специалистов системы здравоохранения и организаций, оказывающих помощь наркологическим больным; рекомендуется студентам и преподавателям вузов и школ.

**УДК 614.25**  
**ББК 51.1(2)п+88.48**

© Колягин В.В., Додзюк А., Новикова В.В., 2013

© ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2013

© ОГБУЗ ИОПД, 2013

© ОГКУ «Центр реабилитации наркозависимых «Воля», 2013

## Оглавление

Введение .....	4
ИСТОРИЯ НАРКОМАНИИ .....	5
Опиаты .....	6
Распространение опиума в Китае .....	9
Опиумные препараты в общей медицине и психиатрии .....	10
Опийная наркомания, причины распространения .....	11
Наркотики–стимуляторы, история распространения .....	12
Кокаин .....	12
Амфетамины, метамфетамины, MDMA .....	13
Галлюциногены .....	15
Наркомании в конце XX–начале XXI веков .....	16
История наркомании в России .....	17
Большой наркоманический синдром .....	21
Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых .....	23
Специфика медико-социальной реабилитации наркологических больных .....	27
Условия эффективности реабилитации наркологического больного .....	29
Реабилитационный потенциал .....	31
12-шаговая программа реабилитации наркологических больных .....	33
ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ (совместно с <i>А.С. Вепревым, А.В. Суриковым, Н.Д. Матвиенко, А.С. Парамоновой</i> ) .....	34
Дисфункциональная и здоровая семья .....	35
Потребности .....	37
Маски и роли .....	39
РЕАБИЛИТАЦИЯ .....	41
Процесс реабилитации .....	41
Работа с эмоциями .....	42
О роли стресса у зависимых пациентов в начале выздоровления .....	44
.....	
Подход к пациенту в ранней стадии реабилитации .....	45
Контакт с пациентом как неотъемлемый элемент процесса реабилитации .....	46
Мотивация как элемент психотерапии зависимости .....	53
Четыре уровня мотивации .....	54
Как вести конфронтацию: быть неумолимым для болезни и дружелюбным для больного .....	58
Эмоциональное состояние пациента во время реабилитации .....	64
Работа над чувством собственного достоинства в процессе выздоровления .....	71
Самооценка и зависимость .....	72
Особенности (возможности) групповой работы с чувством собственного достоинства .....	79
Зависимая семья .....	80
Созависимость – в чем ее суть? .....	82
Модель психотерапии созависимости .....	87
Заключение .....	90
Список рекомендуемой литературы .....	91

Наступая в чужие следы, рискуешь остаться без собственного «я». Чтобы прийти к решениям, необходимо отбросить страхи. В каждом начинании важно желание, стремление, вера и поддержка того, кто в тебя верит

*А.Белюсова (Путевые заметки, 2012)*

## **Введение**

Стремительные социально-экономические изменения, происходящие в обществе, нестабильность, потеря ценностных ориентиров, неуверенность в завтрашнем дне, утрата смысла и возможности комфортного существования у подавляющего числа людей – таковы основные признаки постсоветского пространства. Социально-политические проблемы прежде всего сказываются на молодежи, которая играет важную роль в жизни общества, но является незащищенным слоем населения. Молодое поколение России переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Противоречия духовной жизни, различные сложно решаемые политические, экономические, общественные проблемы, социальные перемены приводят к социальной дезорганизации и росту отклоняющегося поведения. Все это сопровождается увеличением употребления наркотических и психотропных веществ. В РФ это явление в последние десятилетия приобрело характер эпидемии. При разрушенных, устаревших стереотипах поведения, утрате нормативных и ценностных ориентаций, не имея жизненных навыков для сохранения своей индивидуальности, формирования здорового стиля жизни, молодежь теряет ощущение смысла происходящего, и выработка новых форм социально-психологической адаптации происходит лавинообразно, хаотично, бессистемно.

В настоящих условиях риск приобщения к наркотикам особенно велик у подростков с несформированными системами ценностных ориентаций, негативным жизненным опытом, из неполных семей, попавших в компанию пьющих или курящих сверстников, пробовавших или эпизодически употребляющих наркотики. Отсутствие у родителей и педагогов адекватных социально-адаптивных стратегий поведения, современных специальных знаний, навыков здорового образа жизни не позволяет оказывать положительное воспитательное воздействие, результативную психологическую и социальную поддержку молодежи.

Социальные, экономические, криминальные, медицинские, педагогические аспекты и связанный с ними незаконный оборот наркотических средств превратились в одну из самых актуальных, трудноразрешимых проблем современности. Кризис традиционных для социалистического об-

щества норм и ценностей, обострившийся конфликт между поколениями, криминальность, «стратегия успешности» значительной части современной бизнес-элиты являются мощными факторами, подталкивающими общество к употреблению наркотиков, захватывает молодое поколение, систему образования и школу. Разрушение традиционных российских отношений, включавших авторитарный надзор за детьми, в наши дни предопределило независимость и свободу выбора в возрасте с несформированной психической устойчивостью личности. Массивная пропаганда наркотиков из социума в условиях изменившихся социальных отношений, несовершенной системы профилактики наркомании, не учитывающей происходящих изменений самосознания в отношении с окружающим миром, «эффективно» ориентирует на наркотические пробы биологически и социально незрелую молодежь. Этот общий для всех европейских народов бывшего СССР причинный фактор усугубляется распадом системы идеологического воспитания и тяжелым экономическим провалом. В таких условиях распространение наркомании идет гораздо быстрее, чем принимаются меры по борьбе с ней, и в настоящее время достигло масштабов эпидемии.

Первичная профилактика, включающая комплекс мер, предупреждающих начало наркотизации, приобретает основное значение в популяции детей; она с помощью доступной информации и правильного подхода, способна сформировать собственное мнение о наркотиках, адекватно понимать их неизбежное разрушающее действие и тяжелейшие последствия. Вторичная и третичная профилактика являются составной частью необходимого комплекса мер помощи для «начинающих» и «продвинутых» потребителей наркотиков.

## **ИСТОРИЯ НАРКОМАНИИ**

Отдельные наскальные рисунки и данные исторических записей о далеком прошлом содержат сведения, что, начиная с доисторического периода, почти все народы употребляли растительные наркотики. В раннем палеолите (40 000–10 000 лет до н.э.) состоялось знакомство человека с наркотиками. Уже тогда посредством магических обрядов и церемоний человек пытался изменить состояние сознания. Древние греки, ацтеки, шумеры, индийцы, китайцы и коренные жители Сибири хорошо знали действие некоторых наркотиков, их способность менять установившиеся взгляды на мир, иллюзорно исполнять желания и укреплять веру человека в могущество сверхъестественных сил.

Опиум использовался в медицинских целях греками и арабами, об опиуме эти народы оставили множество легенд. Великий древнегреческий поэт Гомер написал, что Елена, дочь Зевса, подливала солдатам в вино какие-то соки, под действием которых они забывали о страхе и боли.

Первое знакомство человека с одурманивающими свойствами растений могло быть случайным – вдыхание дыма при их сжигании. «Они сати-

лись вокруг дерева, бросали в разводимый костер какие-то плоды и опьянялись дымом от этих плодов, как эллины опьяняются вином», писал Геродот о ритуале скифского племени массагетов, проживавшем на северном побережье Каспийского моря. Шумеры Нижней Месопотамии (современный Ирак) использовали мак пять тысяч лет назад. К третьему тысячелетию до нашей эры относится лечебник китайского императора [Шэнь-нуна](#) сообщавший о применении гашиша как «лекарства от рассеянности, кашля и поноса». На использование психотомиметических и стимулирующих свойств местных растений индейцами Центральной и Южной Америки указывают настенные рисунки в погребальных пещерах с изображением людей, жующих листья коки, выполненные 3 тысячи лет до н.э. В религиозных целях в древних культурах применяли галлюциногенные грибы. В Древней Греции использовался напиток, изменяющий состояние сознания и вызывающий необычные видения мистического характера, который изготавливался из грибов. Для достижения экстаза и религиозных видений некоторые сибирские племена поедали во время ритуальных обрядов мухоморы. Для развития «мистических переживаний» самоеды пили мочу отравленных мухомором людей, предохраняя свою жизнь от отравления ядом. Этот гриб хорошо знали викинги и употребляли его перед схваткой для того, чтобы разжечь ненависть к неприятелю и повысить боеспособность.

Во всех культурах наркотики употреблялись для: восстановления сил и сна; снятия неприятных ощущений и боли; получения эйфории; изменения сознания при проведении религиозных обрядов и контакта с потусторонними силами; безусловного восприятия и исполнения полученных во время обрядов внушений; поднятия боевого духа перед сражением.

После контактов европейцев с аборигенами в Европу были завезены: табак из Северной Америки; растительные галлюциногены – из Центральной Америки; кокаин – из Южной Америки, а сами европейцы завезли в Америку алкоголь. Европейцы через Южную и Центральную Америку также познакомились с кофе, завезенным из Эфиопии.

## Опиаты

Опиаты как вещества, изменяющие психическое и физическое состояние человека, были известны с древнейших времен. О фактах сбора опиума указано в древнеегипетских рукописях VII в. до н.э. В раскопках цивилизации шумеров, относящихся ко времени за 5 тысяч лет до н. э., были найдены первые письменные упоминания о приготовлении и употреблении опиума, который они называли «gil», что значит «радость». Древним грекам и древним римлянам также было известно наркотическое, успокаивающее и снотворное действие опиума. Греческая культура дала название препарату, приготовляемому из млечного сока засохших головок мака (слово «όπτιο» – «опиум» в переводе с греческого означает «сок»). Головка мака фигурирует

во многих мифах Древней Греции как символ забвения боли, мук, страданий. Засохший млечный сок надрезанных коробочек мака применяли еще в микенскую эпоху (период в истории Греции между XVI и XI вв. до н. э.). В Греции и Риме распространяется применение опиума в медицине с VII века до н.э. Тремя коробочками мака увенчана голова статуи богини исцеления минойской культуры (высокоразвитая культура бронзового века на острове Крит, 3–2-е тысячелетие до н. э.). Гиппократ (460 г. до н.э.) – великий греческий врач, «отец медицины» – пишет о пользе опия в лечении целого ряда заболеваний, особенно диареи. Описание медицинского использования опиума встречается в 37-томной «Естественной истории» Плиния Старшего (I век н.э.). У Цельса и других латинских авторов I века н.э. есть описание лекарства «слезы мака». С авторитетом римского врача Клавдия Галена (129–201 гг. н.э.), восторженно относившегося к опиуму, некоторые историки связывают чрезвычайную популярность опиума в Риме в начале первого тысячелетия.

Арабские врачи внедряли опиум и его препараты в медицинскую практику. Так, например, Абу Али ибн Сина, более известный как Авиценна (980–1037 гг. н.э.), рекомендовал опиум при болезнях глаз и диарее. Смерть Авиценны связывают с передозировкой им опиума.

В VII веке н.э. с возникновением ислама и его военно-политической экспансии арабы установили свою власть в Палестине, Египте, Ливии, Сирии, Иране, Афганистане, в части Грузии и Азербайджана, а затем в Средней Азии и части Индии (нынешний Пакистан). Исламские завоеватели способствовали широкому распространению опиума и его использованию в целях опьянения. Они несли покоренным народам свою религию, разрушали сложившийся образ жизни, хозяйственное устройство, и опиомания неудержимо распространялась в Северной Африке и Азии, охватывая Ближний и Средний Восток, Среднюю и Южную Азию. Хотя наркотическая зависимость в побежденных странах расценивалась крайне негативно, наркотики быстро распространялись во всех кругах обществ, в том числе высших, и результатом стал их заметно изменившийся духовно-нравственный уклад.

В результате путешествий Марко Поло (ок. 1254–1324) и «крестовых походов» (военно-религиозные походы на Ближний Восток западноевропейских христиан в XI–XV веках, направленные против мусульман – турок-сельджуков) в Европу вновь поступают опиум и гашиш.

В европейских фармакопеех XVI–XVIII веков было представлено большое число опиумных препаратов, рекомендованных при самых разнообразных по этиологии заболеваниях: дизентерии, сифилисе, оспе, туберкулезе, холере, коклюше, подагре, головной боли, водянке, печеночных и почечных коликах, выкидышах, кашле, сердцебиениях и многих других. Обычным способом введения был оральный, распространены были также свечи из опиума, растирки, мази и пр. С XVI века опий был широко введен в медицинскую практику в Европе, а в XVIII веке во всех столицах Европы легально существовали опиум-салоны, где курили наркотики самые состо-

ятельные граждане. Опиум-салоны процветали, несмотря на то, что христианство считает употребление наркотиков страшным грехом.

С ограничением продажи алкоголя и антиалкогольными законами, принятыми в Англии в [1840 году](#), связывают широкое распространение в стране наркотиков. Рабочие нашли замену алкоголю в опиумных таблетках. В 1859 году регулярно употребляли опиум около 5 % населения Англии (приблизительно 27,5 т (61 000 фунтов) в год). Противники употребления опиума требовали полного запрета опиума и продуктов его переработки, а сторонники, среди которых было немало представителей высшего сословия, предлагали приравнять опиум к алкоголю и установить на него высокие пошлины. Опиум поддерживали и некоторые медики, считая, что для многих людей он служит поддержкой в повседневной жизни и не все употребляют его ради потакания своим прихотям и порокам. Члены созданной Королевской комиссии по расследованию вопросов употребления опиума приняли решение, что запрещать производство наркотика в колониальной Индии нежелательно: такие меры вызвали бы резкое неприятие со стороны местных жителей. Но несмотря на поддерживающие заявления, был применен постепенный запрет опиума в Англии и ее протекторатах. Дешевый опиум продавался в бакалейных лавках Великобритании и свободно использовался до 1868 года.

Массовое употребление наркотиков в Европе началось в XIX веке, в период, когда группа интеллектуальных авантюристов начала экспериментировать с собственным сознанием, употребляя наркотики, привезенные из Египта и Индии. Во Франции, кроме опиума и алкоголя, развивалось употребление гашиша. Всё началось в тот день, когда французский врач Моро де Тур по возвращении из Алжира предложил своим друзьям попробовать «дамавеску» – печенье из гашиша. [Клубы любителей гашиша](#) в 1830–1840-х годах создали его основные потребители – литераторы. Гашиш быстро распространился в парижском обществе, в том числе среди студентов, которые, требуя свободной продажи конопли, во время [Парижского восстания в 1848 году](#) ходили по улицам с плакатами за свободное потребление гашиша.

Европейские государства долго не запрещали наркотики, а поскольку производство и распространение наркотиков было сверхприбыльным, то стали возникать серьезные конфликты и даже вооруженные столкновения в борьбе за рынок сбыта между странами. Антинаркотическое движение росло в правящих кругах европейских стран и США. По инициативе президента США Т. [Рузвельта](#) в [1909 году](#) была созвана конференция по проблемам опиума в Шанхае. Американские делегаты на конференции выступили с нравственных позиций. Делегаты Шанхайской конференции, в которой, помимо США, участвовали [Австрия](#), [Британия](#), [Голландия](#), [Китай](#), [Персия](#), [Португалия](#), [Россия](#), [Франция](#) и [Сиам](#), приняли обращение к правительствам мира с призывом запретить курение опиума на своих территориях и поставить под жёсткий контроль его производство, поставки и немедицинское использование. Вскоре конгресс США принял закон о запрете им-

порта и использования опиума в немедицинских целях. В конце [XIX века](#) в США [опиум](#) сменил морфий, а в [1910 году](#) на смену морфию пришёл [героин](#), ещё не находившийся под запретом.

**Распространение опиума в Китае.** В книгах X века н.э. по медицине отмечено использование опийного мака в Китае. Опиум ввозился в страну из Индии, позже – из Португалии, исключительно как лекарственное средство в основном против дизентерии до второй половины XVII века. В XVII веке испанцы завозят в Китай табак, а голландцы распространяют обычай добавлять в табак опиум как средство борьбы с малярией. Китайцы стали применять этот способ для опьянения, для курения в последующем использовали чистый опий. Английские, французские, голландские и другие торговцы активно осваивали закрытый для европейцев китайский рынок, наладив массированную поставку наркотика на территорию Китая, и за короткий срок наводнили его опиумом. Курение опиума приняло в Китае колоссальный размах, миллионы китайцев пристрастились к опиуму, особенно массовая наркотическая зависимость сформировалась среди молодежи: Китай вышел на первое место в мире по его потреблению. Вывозя взамен опиума серебро, золото и материальные ценности, торговцы получали огромные прибыли. Кроме того, достигалось разложение китайской армии.

В 1729 году император Юнг Чанг, а в 1800 году император Киа Конг издали законы, запрещающие содержание курилен и продажу опиума для курения, но Англия и Голландия в погоне за прибылью продолжали контрабандный ввоз в Китай огромного количества опиума. В конце XVIII века вся опийная торговля монополизировалась в руках Ост-Индской компании.

***Первая Англо-Китайская «опийная война» 1840–1842 гг.*** Попытка силой защитить страну от ввоза опиума приводит к так называемым «опийным войнам» Китая с Англией. Китайское правительство принимало множество законов о контроле над импортом опиума, а Англия из-за баснословно возрастающих прибылей не собиралась сокращать его поставки. Не помогло закрытие опиумных курилен и пунктов торговли наркотиками, даже смертная казнь за потребление и распространение опиума не испугала зависимое от него население и наркоторговцев. В 1839 году китайцами по приказу правительства была проведена массированная операция по конфискации и уничтожению запасов опиума, во время которой топили в море колониальные суда с грузом наркотика, сжигали склады. После уничтожения опиума, принадлежащего английской Ост-Индской торговой компании, началась первая «опиумная война», длившаяся более двух лет, в которой победила Великобритания. По Нанкинскому договору 1842 года за уничтоженные запасы опиума Англия получила в качестве компенсации торговые уступки со стороны Китая и право на пользование портами Гонконга и прилежащими островами на 99 лет – торговля опиумом продолжилась.

**Вторая Англо-Китайская «опийная война» 1856–1858 гг.** По условиям Тяньцзиньского договора Китай, подчинившись воле победителей, продолжал терпеть массовый ввоз опиума, но при этом мог устанавливать большие таможенные пошлины. Ввоз опиума в Китай расширялся и к концу XIX века объем его импорта возрос более чем в 15 раз. Победа принесла колоссальные выгоды колонизаторам и, в частности, огромные прибыли получили члены британской королевской семьи. Очень скоро китайцы начали переориентировать своё сельское хозяйство с выращивания чая и риса на маковые плантации. В конце XIX века более трети населения Китая употребляло опиум. После того, как в начале XX века во всем мире началась кампания по запрещению использования наркотиков кроме медицинских целей, китайское правительство в 1905 году приняло программу поэтапного запрета опиума; антинаркотическая программа была реализована в течение последующих десяти лет. Борьба с наркоманией в Китае в течение более ста лет остается приоритетной задачей государственной политики и неукоснительно выполняется. В настоящее время китайское антинаркотическое законодательство является одним из самых жёстких в мире.

**Опиумные препараты в общей медицине и психиатрии.** В психиатрии с давних пор широко использовалось седативное, снотворное и обезболивающее действие опиума. Опиум психически больным назначал древнегреческий философ и врач Теофраст (ок. 370 – ок. 287 до н. э.); швейцарский врач, натурфилософ, естествоиспытатель Парацельс (1493–1541) создал пилюли «лауданум Парацельса», которые на четверть состояли из опиума и широко использовались при различных психических расстройствах, в том числе при маниях; Сиденхем – «английский Гиппократ» (1624–1689) – активно применял «лауданум Сиденхема» для лечения истерии и ипохонрии; в конце XVII века был популярен «лауданум Россо», названный по имени придворного врача короля Луи XVI Rousseau. Слово «лауданум», вероятно, происходит от сокращения «laudatum opium» – «прекрасный опиум». В XVIII веке врачи широко использовали опиум при конвульсивных расстройствах, различных формах безумия, истерии, ипохондрии, гидрофобии и астении. Назначались в XVIII веке «черные капли», «ланкастерские», или «квакерские» капли, в 3 раза превосходившие лауданум по опиумной активности; «семейным» опиумным средством стал парегорик (с греческого – «успокоительный», «утешительный») – пропись опийной камфорной настойки либо опийной бензойной настойки в немецкой и английской фармакопеех; «доверов порошок» предложил врач Томас Дауер в 1762 году. Лауданум, парегорик, доверов порошок сохранили свое значение до наших дней и упоминаются в современных фармакопеех стран Западной Европы и США. В больницах Парижа Отель Дье и Шарите опиум в комбинации с валерианой и другими лекарствами был основным средством для лечения всех душевных расстройств. «Если бы не было опиума, пришлось бы отказаться от медицины» (Шарль Рише, 1885). В гос-

питателях США опиум применяли как транквилизатор при психических заболеваниях, терапия опиумом часто длилась месяцами и годами.

Большое число опиумных препаратов в фармакопеях XVI–XVIII веков, рекомендованных для самых разнообразных по этиологии заболеваний, было поиском квинтэссенции – эликсира жизни.

**Опийная наркомания, причины распространения.** В 1806 году немецкий аптекарь Т. Зертюрнер выделил из опиума алкалоид, обладающий в 10 раз большим эффектом действия, и назвал его в честь бога сна Морфея. В 1827 году немецкая фармацевтическая компания *E. Merck & Co.* начала производство морфия. Распространению морфийной наркомании способствовало изобретение в 1843 году первого шприца (доктор Александр Вуд) и введение в медицинскую практику в [1853 году инъекционной иглы](#). В 1864 году Чарльзом-Габриэлем Правацом был сконструирован шприц для подкожного введения морфия, а затем и другие усовершенствованные шприцы для подкожных инъекций, что упростило применение морфия, усилило его действие (наркотик попадал в кровь сразу, минуя пищеварительный тракт. Кроме того, стало активно распространяться мнение, что морфий, в отличие от опиума, наркомании не вызывает, так как наркомания обусловлена исключительно «свойством желудка».

Количество наркоманов значительно возросло во время войн (гражданской в США (1861–1865); Австро-Прусской (1866); Франко-Прусской (1870–1871), поскольку морфий активно использовался как обезболивающее во время операций, для снятия боли при ранениях и для храбрости перед боем. Солдаты зачастую возвращались с войны морфиновыми наркоманами; это считалось частным случаем злоупотребления и получило название «солдатской болезни». Широкое использование морфия в военно-медицинских целях в США привело к тому, что при прекращении его выдачи у солдат возникали тяжелые патологические состояния, лишь позже оцененные как абстинентный синдром. Морфий пошел по всему миру, вовлекая миллионы людей в наркотическую зависимость.

Генрих Дрезер (немецкий фармацевт, директор исследовательских программ химической компании *Bayer AG*) в 1898 году из морфия путем преобразования получает лекарство с «героическими возможностями» - героин. На самом деле диацетилморфин (химическое название героина) был впервые синтезирован в 1874 году английским химиком Алдером Райтом, но открытия не заметили и только в 1898 году, по рекомендациям *Bayer AG*, его начали использовать для облегчения кашля и как обезболивающее средство. Героин в виде сиропа или пиллюль врачи прописывали при гриппе и сердечных жалобах, болезнях желудочного тракта и обширном склерозе. Более универсального средства лечения, казалось, вообще не существует. За первые 15 лет компанией *Bayer AG* была произведена тонна чистого героина, который, как и предполагали его создатели, завоевывал мир. Лишь в начале XX века стало известно о наркотическом действии героина, во много раз превышающем действие морфия, что весь успех основан в пер-

вую очередь на «эйфоризирующих и болеутоляющих свойствах», но к этому времени «героическое лекарство» из медицинской сферы перекочевало в широкое немедицинское употребление.

Таким образом, использование опиатов в медицине для аналгезии и широкое злоупотребление ими связаны с тремя основными событиями, произошедшими в XIX веке: выделение Зертюрнером в 1806 году растительного алкалоида морфина; изобретение Правацом в 1864 году шприца для подкожных инъекций (достигались высокие концентрации морфия или героина в крови в отличие от его курения или жевания); синтез А. Райтом в 1874 году диацетилморфина (героина).

## **Наркотики-стимуляторы, история распространения**

**Кокаин.** Полученный из листьев коки стимулятор кокаин имеет также долгую историю. От 3 000 лет до н.э. листья коки использовались для анестезии и стимуляции инками (Перу). Австрийский химик Альберт Нейманн в 1859–1860 годах впервые выделил чистый алкалоид из листьев коки и дал ему название «кокаин». Всемирно известный психиатр и психолог, основоположник психоанализа Зигмунд Фрейд (1856—1939) свой первый научный труд «О коке» посвятил кокаину. Он, попробовав кокаин, обнаружил в нем «удивительные» качества («кокаин вызывает радостное возбуждение и длительную эйфорию») и рекомендовал как средство для обезболивания, лечения депрессии, астмы, невротозов, сифилиса и др. В виде тонизирующих лекарств кокаин вскоре стал популярным в Европе и Америке для лечения широкого спектра заболеваний. Фактически в 80-х годах XIX века З.Фрейд положил начало «кокаиновой эпидемии». Кокаин стал широко применяться в качестве медицинского средства, также его добавляли в некоторые напитки, в том числе и кока-колу, а потом начали использовать как наркотик.

В 1886 году в США был выпущен напиток, содержащий кокаин и никотин под названием Coca-Cola. Джон Пембертон включил листья коки и табака в качестве составляющей Coca-Cola, а ее эйфорическое и возбуждающее воздействие на потребителей способствовали взлёту популярности. Начиная с 1850-х до начала 1900-х годов кокаин и приправленные опиумом эликсиры (магические или медицинские снадобья), тоники и вина широко употреблялись представителями всех социальных слоев. Известные личности, включая Томаса Эдисона и актрису Сару Бернар, рекламировали кокаин и «чудесное воздействие» тоников и эликсиров из кокаина. Кокаин стал опорой индустрии немого кино, и послания в поддержку кокаина, исходившие в то время из Голливуда, воздействовали на миллионы. Потребление кокаина в обществе выросло и связанные с ним проблемы стали видимыми. В 1903 году общественное давление заставило компанию Coca-Cola перестать использовать коку в безалкогольных напитках.

К 1905 году стало популярным вдыхать кокаин через нос, и в течение пяти лет больницы и медицинская литература стали сообщать о случаях

повреждений носовых тканей, вызванных потреблением кокаина. В 1912 году правительство Соединённых Штатов сообщило, что кокаин стал причиной 5 000 смертей, и к 1922 году наркотик был официально запрещён.

Кокаин к началу XX века «завоевал» не только США, но Европу и Англию. Так, в Лондоне к 1911 году употребление кокаина стало общественным явлением, и к 1915 году проблема приняла социальные масштабы. Кокаин стал в определённых слоях общества (артисты, литераторы, аристократия и др.) атрибутом жизни, его активно пользовались проститутки и солдаты. Накануне [Первой мировой войны](#) военачальники, озабоченные тем, что кокаин подавляет волю солдат, приняли все меры к его запрету; это помешало широкому распространению кокаина в армии.

Кокаин имеет множество сленговых названий: «белая лошадь», «джанкой», «дорогой», «дутый», «кокс», «кокос», «кока», «кекс», «корс», «марафет», «мука», «николай» («коля»), «первый», «снег», «сырой», «стекло», «си», «свежий», «ор», «орех», «ускоритель», «чарли», «энергия» и т. п.

**Амфетамины, метамфетамины, MDMA.** Китайцы около 5 000 лет назад впервые описали действие стимулятора группы фенилалкиламина – [эфедрина](#) (амфетамин можно рассматривать как синтетический аналог эфедрина). Амфетамин – наиболее близкий синтетический аналог кокаина, отличающийся меньшей эйфорией и более сильным стимулирующим действием – был синтезирован в 1887 году румынским химиком Л.Иделиану. А в 1919 году японский исследователь А.Огата синтезировал метамфетамин.

С 1932 года амфетамин стал продаваться в аптеках США как средство, подавляющее аппетит. Распространялся он в виде ингалятора и имел торговое название Бензедрин. Употребление амфетаминов росло в американском обществе, их применяли для снижения усталости и поднятию работоспособности. Водители грузовиков активно употребляли [бензедрин](#) – на жаргоне того времени «бенни». При растущем спросе на амфетамины торговцы начали взвинчивать цены, что привело к денежным проблемам постоянных потребителей и толкнуло многих из них на преступления.

В 1940 году над Англией сбили немецкий самолет и обнаружили у лётчика несколько кусочков [сахара](#), пропитанных амфетамином. Для применения амфетаминов в боевых операциях Королевские ВВС начали изучать их действие по снятию [усталости](#) и поднятию [работоспособности](#). Во время Второй мировой войны амфетамин давали американским лётчикам и морякам для борьбы со сном, снятия усталости, повышения бдительности. После Второй мировой войны, когда Япония была оккупирована американскими войсками, полиция у задержанных подростков стала находить таблетки амфетамина. К 1954 году уже сотни тысяч подростков в Японии злоупотребляли амфетаминами.

Амфетамины сначала нашли военное применение, а затем вошли в мировую терапевтическую, психиатрическую, психотерапевтическую практику и приобрели массовую популярность.

К 1950-м годам в США таблетки амфетамина широко использовались в медицине для контроля веса и лечения умеренной депрессии. Наркотик завоевал популярность и был доступен студентам, водителям грузовиков, спортсменам, так как был намного дешевле, чем кокаин. В конце 1950-х, начале 1960-х годов в подростковой среде США амфетамин стал модным как средство, снимающее усталость и повышающее активность. В клубах «all night dance» («танцы всю ночь») подростки, пользующие амфетамин, опережали других в выносливости при исполнении рок-н-ролла, твиста, шейка. У членов подростковых банд, организовывающих побоища друг с другом, амфетамин устранял страх и стимулировал агрессивность. В 60–70 годы прошлого столетия в Англии, Швеции, США амфетамином злоупотребляли от 18 до 30 % подростков; амфетамин распространился «без различия регионов и классов». Во время [вьетнамской войны](#) (1964–1975) американские военнослужащие потребили амфетаминов больше, чем все вместе взятые британские и американские вооружённые силы во время Второй мировой войны. Амфетамины привели к всплеску употребления [героина](#) в [США](#) и Европе в в 1950–60-е годы.

В Великобритании расцвет моды на амфетамины пришёлся на середину 1960-х годов, но в Старом свете никогда не было на них такой моды, как в США. Преобладающим увлечением молодых англичан была [конопля](#) и впоследствии новый синтетический наркотик [LSD](#). В 1967–1968-е годы произошёл переход от [пероального употребления](#) амфетаминов к внутривенному; среди молодежи получил распространение чрезвычайно вредный [метиламфетамин](#) (метедрин). В 1990-х годах амфетамины вновь завоевали популярность в танцевальном мире как дешёвая альтернатива «экстази».

Психоактивный наркотик «экстази», обладающий такими же свойствами, как и метамфетамин, был впервые разработан фармацевтической компанией «Мерк» в 1912 году. Первоначально «экстази» изготавливался из метилдиоксиметамфетамина (MDMA). В 1953 году MDMA использовался в армии США при проведении испытаний методов ведения психологической войны, а в 1970-х годах распространяется как «наркотик для вечеринок»; в 1980-х годах стал «модным наркотиком» для вечеринок в выходные. До 1984 года MDMA продавался под торговой маркой «экстази», в 1985 году на «экстази» был наложен запрет. Термин «экстази» с конца 1980-х годов прошлого столетия стал обозначать все наркотики, сходные с ним по эффекту. То, что сейчас называют «экстази», распространяемый современными наркоторговцами, может состоять из смеси самых разных веществ (ЛСД (LSD), метадона, кокаина, героина, кофеина, MD (метилендиоксиамфетамина), MDE (этилметилэнедиокси-амфетамина), других амфетаминов, метамфетаминов) и содержать очень незначительную долю MDMA («экстези»). Это делает «экстази» по-настоящему опасным. Пытаясь испытать прежний кайф, наркоман может принять непредсказуемую комбинацию наркотиков. «Экстази» распространяется в виде таблеток и внутривенных инъекций. Жидкий «экстази» – это GHB (гамма-гидроксибутират) – вещество, которое можно обнаружить в средствах для чистки по-

лов, обезжиривающих растворах, для очистки труб. «Экстази» к настоящему времени имеет различные уличные названия: «адам», «бобы», «бублики», «витаминки», «витамин е», «диски», «кадиллак», «калачи», «колёса», «круглые», «любовь», «музыка», «свинья», «снежок», «таблы», «тапки», «улыбка», «экс-е», «экста», «эйв», «экс-ти-си», «ясность».

Метамфетамин, или МЕТ (белый кристаллический наркотик), обычно выпускается в форме порошка, не имеет запаха, горький на вкус, легко растворяется в воде и алкоголе. Отечественное название метамфетамина «первитин». Первитин (метамфетамин) запрещён законом и относится к классу кокаина и других мощных уличных наркотиков. Первитин в виде порошка может быть коричневого, серо-жёлтого, оранжевого, розового цвета; выпускается и в таблетках. Принимают путем инъекций, вдыхания (ингаляция через нос), курения, орально; любой способ развивает одинаково сильное пристрастие. Первитин недорогой, общедоступный и широко распространённый наркотик, его легко изготовить кустарно. Употребляется первитин («винт») людьми всех возрастов, но чаще как «клубный наркотик». «Подсаживаются» (становятся зависимыми) на метамфетамины с первого раза. Первитин имеет множество уличных названий: «амфа», «амфрю», «амер», «амфик», «болтушка», «болт», «бодяга», «будильник», «быстрый», «варево», «винт», «жидкий порошок», «лёд», «курица», «кристалл», «марца», «марцифаль», «марцефал», «масло», «марцовка», «мел», «меф», «мулька», «резина», «скорость», «спид», «синтетика», «сила», «фен», «фенамин», «чёрная красotka», «шеф», «шуруп», «эфедрон».

## Галлюциногены

Выделением из мексиканских [кактусов мескалина](#) [был ознаменован](#) 1896 год, а в [1919 году](#) химиком Э. Спатом мескалин был получен с помощью синтеза – первый [галлюциноген](#) для изучения вызываемых химическим путём «умственных [иллюзий](#)» и иных изменений чувственного восприятия. Следующий этап в истории наркотиков связан с именем швейцарского химика [Альберта Хофмана](#), создавшего в [1938 году](#) новый синтетический наркотик – диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD), но психотропные свойства этого соединения им были обнаружены случайно в 1943 году, когда он опробовал действие ЛСД на себе, а затем на нескольких добровольцах. ЛСД – один из самых сильнодействующих наркотиков в мире; получают его из спорыньи микроскопического грибка, паразитирующего на ржи и других злаковых культурах. Мизерная доза ЛСД может погрузить в наркотические галлюцинации на 12 и более часов с неземным блаженством или величайшим ужасом. ЛСД получил признание в среде американских [психиатров](#) как вещество, полезное для применения в [психотерапии](#). В начале 1950-х многие психиатрические учреждения мира проводили эксперименты с ЛСД на людях и животных, а швейцарская компания *Sandoz* выпустила содержащий ЛСД

препарат «Делизид». ЛСД заинтересовалось [ЦРУ](#) США и в [1953 году](#) директор спецслужбы [Аллен Даллес](#) санкционировал проведение «[MK-ULTRA](#)» – секретной исследовательской программы по контролю над разумом. Преданными огласке оказались случаи экспериментов с ЛСД, проведенных ЦРУ для изучения эффектов действия ЛСД на людей. Воздействие ЛСД исследовалось также некоторыми учёными в университетах США и других стран; наибольшую известность получили исследования ЛСД Станислава Грофа и Тимоти Лири. Последний вёл активную пропаганду ЛСД и проводил скрытые эксперименты: не предупреждая, давал ЛСД своим студентам. Вышедшее из-под контроля использование ЛСД среди молодежи приобрело большой размах. По Америке прокатилась волна увлечения психотропными веществами и ЛСД. Впоследствии ЛСД получил свою популярность и широкое распространение в 1960-х годах. Тысячи людей принимали ЛСД для исследования своего «Я», а также в лечебных целях.

С [1963 года](#) эксперименты с использованием ЛСД были прекращены. Официальный запрет ЛСД в США состоялся в 1966 году, вскоре за США последовала Европа, и ЛСД из средства для околонушной психиатрической практики стал наркотиком малообразованных слоёв населения. С 1968 года продажа ЛСД стала считаться преступлением, а его хранение – правонарушением. В середине XX века положение с наркоманией во всех развитых странах Запада стало угрожающим, лидировали в этом отношении США.

## **Наркомании в конце XX–начале XXI веков**

Пришедший к власти в 1969 году президент Р. Никсон критиковал правящий класс США за терпимость к наркотикам, считал употребление наркотиков в американской армии одной из причин поражения во Вьетнаме и ужесточил санкции за сбыт и хранение наркотиков. При этом администрация [Картера](#) в 1979 году для [борьбы против Советского Союза](#) начала поставки оружия афганским [моджахедам](#) за деньги, вырученные ими от продажи [героина](#). Поэтому к 1980 году в США героин в 60 % случаев имел [афганское](#) происхождение. К 1980-м годам наркомания стала в США национальным бедствием; по официальным данным американцы потребляли до 60 % производимых в мире наркотиков. Наркомания поражала все слои населения, внедрилась в ряды школьников, детей бедных и богатых родителей, явилась катализатором преступности.

В Великобритании каждое последующее десятилетие после 1960-х годов число наркоманов возрастало в 10 и более раз, как и в Испании, Франции, Италии, Португалии и других европейских странах. Именно в эти годы сформировалась международная наркомафия с основными источниками героина в странах «Золотого полумесяца» (Афганистан, Пакистан, Иран) и «Золотого треугольника» (Бирма, Лаос, Таиланд). Сегодня наркомафия получает доходы, сравнимые с национальным доходом всех стран

Африки. Не сдерживает наркодельцов и рост общественного протеста в разных концах планеты.

По инициативе жены президента США [Рейгана Ненси](#) в 1985 году была начата общенациональная кампания «просто скажи нет»; главой [федерального бюро по наркотикам](#) Тернером было предложено ввести для [наркодилеров смертную казнь](#). Борьба США с наркотиками после 1989 года заменила [холодную войну](#) с СССР, и в настоящее время для атак на позиции [наркобаронов](#) используются даже войсковые спецоперации.

В XX веке повышается интерес и к другим средствам, способным изменять состояние психики. Особой популярностью пользуется закись азота (веселящий газ) из-за его фармакологических свойств и легкости в применении.

В настоящее время среди молодежи снова становится модным ЛСД. ЛСД идет в продажу под различными уличными названиями: «белая молния», «близнецы», «волшебник», «дзен», «зелёный дракон», «кислота», «люся», «кот», «малёк», «марка», «микродот», «мультики», «оконная рама», «промокашка», «супермен», «трип», «эйсид» и др. ЛСД сбывается в капсулах, таблетках и в жидкой форме. ЛСД пропитывают специальную бумагу, затем нарезают ее на квадратики («марки») с рисунками; каждый квадратик представляет собой одну дозу, которую наркоман слизывает. ЛСД также принимают в виде капель (выражение «drop the acid» – «капнуть кислоты») и инъекций для внутривенного или внутримышечного введения.

В 2006 году началась реализация курительных смесей на основе синтетического каннабиноида [JWH-018](#). Значительная часть синтетических каннабиноидов (серия JWH) была синтезирована американским химиком Джоном Хаффманом в университете Клемсон в период с 1995 года по настоящее время. Синтетические каннабиноиды в разы более наркотичны в сравнении с растительными «собратями». Широкое распространение в последние годы получили курительные смеси, имеющие в составе синтетические каннабиноиды различной химической структуры: «Аврора», «Афган», «Шарк», «Goa-long», «Love-mix», «Extra Hot», «Dream», «Spice Gold», «Spice Diamond», «Zoom», «Ex-ses», «Pep Spice», «Yucatan Fire» и др. Количество синтетических каннабиноидов постоянно увеличивается.

## **История наркомании в России**

Флора России насчитывает более 3 000 наркосодержащих трав, мхов, ягод и более 500 видов галлюциногенных грибов, из которых с дохристианских времен на Руси изготавливались снадобья, применяемые исключительно для лечебных целей – за этим строго следили служители культа. После введения христианства потребление наркотических снадобий контролировалось церковью. Нарушившие правила приготовления и потребления зелья подвергались жестокому наказанию, вплоть до лишения жизни. Ни в одном письменном свидетельстве домосковской Руси не упоминается пьянство как социальная проблема. Употребление хмельных слабоградусных напитков

было эпизодическим: в православные праздники, на свадьбах, крестинах, поминках, после сбора урожая. Большинство населения не имело излишков продовольствия для производства алкоголя. На голодный желудок алкоголь, как правило, не употреблялся: мёд, пиво или вино пили либо на пиру, либо в корчме, где всегда подавалась еда. В царских указах первой половины XVII столетия написано «у польско-литовских купцов вино в бочках рассекать и выливать, а табак сжигать весь без остатку».

На Руси издревле и до конца XX века конопля и масличный мак выращивались только для производственных целей. Если в Средней Азии, Пакистане, Индии и других странах Востока из конопли делали анашу, гашиш, марихуану, а из коробочек мака – опиум, на Руси из стеблей конопли получали пеньку для изготовления канатов, веревок и парусины; конопляного масла и жмыха для животных. Зерно мака традиционно использовали в кулинарии, а разные сорта конопли и мака выращивались как декоративные растения.

Молодой царь Петр I, изучая европейский опыт, решил, что надёжным источником пополнения царской казны могут стать водка, табак и кофе, которые в западных странах уже многие годы были прибыльными товарами и выгодными для налогообложения предметами. Водка и табак насаждались посредством строжайших указов. Началось падение нравов не только народа, но и правящей элиты. Ассамблеи и дипломатические приёмы с курением табака завершались попойками. Вскоре ситуация в России с потреблением данных психоактивных веществ изменилась кардинально. Древние православные традиции степенства и трезвости попирались, что вело к дальнейшему расширению церковного раскола. Старообрядцы-раскольники, избегая жестоких преследований со стороны властей, вынужденно заселили обширные пространства Севера, Среднего Поволжья, Дона, Терека, Кубани, Урала и Сибири. Старообрядчество способствовало сбережению лучших народных традиций, одна из которых – всеобщая трезвость. Масштабные петровские преобразования всей жизни страны в конце XVII–начале XVIII веков дали толчок долгой исторической перспективе роста потребления алкоголя и табака на Руси. Средства на петровские реформы и войны шли в значительной мере от питейного дела (Огурцов П.П., 2000). Царь также настойчиво вводил и кофе в бытовой обиход. Но оставались под крайне строгим запретом другие дурманящие средства; их употребление, как и продажа наркосодержащих лекарств не для лечебных целей, считалось страшным грехом. За этим внимательно следили священнослужители.

Весь XX век характеризовался глубокими изменениями наркотического положения в России. С началом войны 1914 года распространению наркомании способствовал введенный сухой закон. Первая мировая война (28 июля 1914–11 ноября 1918), первый военный конфликт мирового масштаба, в который было вовлечено 38 из 59 независимых государств, существовавших в то время, способствовали массовому распространению наркотиков в России. Солдаты и офицеры союзных европейских армий занесли наркотики в Россию; вспышка массовой наркомании имела широкое рас-

пространение; в употреблении были кокаин и опиаты. Первая половина XX века характеризовалась высокой степенью экономических, социальных, духовных разрушений, большим количеством беспризорных детей, которые активно вовлекались преступниками в алкоголизацию, курение, наркотизацию гашишем, кокаином. Особенно наркотики распространились среди творческой интеллигенции (например, Александр Блок умер от передозировки кокаина). Ситуация со злоупотреблениями наркотиками в СССР впервые обострилась в 1920-е годы; к концу 1930-х годов Советский Союз почти полностью искоренил наркоманию без профилактических мер. Причиной успеха стали установленный Советской властью «железный занавес», изолировавший СССР от других стран, карательные меры внутренних органов, массовые репрессии, а также жесткий контроль над гражданами при минимальной коррумпированности чиновников. После Великой Отечественной войны отмечался значительный рост алкоголизма, а процент наркоманов среди населения был низким. В основном это были ятрогенные морфинисты, ставшие зависимыми во время лечения, и пациенты, получавшие наркотики по рецептам врачей. Профилактика наркомании в тот период ограничивалась предупреждением опасности употребления морфия в качестве медикамента; к наркоманам было сострадательное отношение как к пострадавшим от лечения людям. В уголовном кодексе Советского Союза не было статьи об изготовлении и распространении наркотиков, хотя в южных районах страны традиционно выращивали коноплю и мак для использования их седативных свойств при некоторых заболеваниях, в том числе у детей. Использование одурманивающих веществ в обществе более интенсивно распространяется в шестидесятых годах, интенсифицируется в семидесятых и уже встречается повсеместно с восьмидесятых годов прошлого столетия. В ходе афганской войны (1979–1989) тысячи российских солдат употребляли наркотики. К концу 1980-х сформировалось преступное сообщество наркоторговцев, и оборот опиума, героина составил около 500 тонн в год; 1980-е годы стали периодом формирования образа наркомана в обществе. Молодежь употребляла внутривенно опий, эфедрин, первитин. Быстро налаживалась сеть распространения наркотиков. В свободной продаже можно было купить сильнодействующие наркотические препараты. Наркоманы стали предметом интереса общества, они выделялись из общей массы. В 1990-х годах страну охватила настоящая эпидемия наркотической заразы среди подростков. По сравнению с тем временем, в наши дни количество наркоманов уменьшилось за счет высокой смертности, но общая тенденция к наркотизации общества растет.

Позиция ФСКН и ГАК об уровне распространения наркомании в России в настоящее время: 8,5 млн россиян регулярно употребляют наркотики; до 100 тыс. человек умирает от употребления наркотиков каждый год; 18,5 млн (13 %) хотя бы раз в жизни пробовали наркотики; каждый пятый молодой человек к 24 годам пробовал наркотики; 5,5 млн человек эпизодически употребляют наркотики. Таким образом, служба наркоконтроля в России утверждает, что 6 % населения страны – наркоманы, реальное ко-

личество зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) больше раз в десять (с учетом алкоголизма). Наркотическая ситуация в последние двадцать лет России заметно ухудшилась: распространение наркомании происходит угрожающими темпами и имеет тенденцию к обострению, возросло потребление наркотических и психотропных веществ, неуклонно растет объем незаконного оборота наркотиков и количество преступлений, совершаемых на почве наркотиков и наркомании. Наркомания стремительно молодеет, все большее число несовершеннолетних приобретают «опыт» потребления наркотических и психотропных препаратов, возрастает число женщин-потребителей наркотиков. Новым опасным явлением стало появление «семейной наркомании», вовлечение в наркоманию малолетних детей собственными родителями; увеличилась смертность от употребления наркотиков, резко возросла заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Проблема наркомании достигла глобальных масштабов; она имеет многогранный характер, включает экономический, медицинский, социальный, правовой, воспитательный аспекты. Сегодня можно сказать, что нет людей, которые бы не сталкивались с наркотиками. До 60 % населения страны в возрасте до 21 года, по мнению экспертов, может быть отнесено к группе риска. Наркомания деформирует личность потребителя, искажает социальное поведение, превращая его в девиантное, отклоняющееся от нравственных и правовых норм, принятых обществом. Наркоман утрачивает контроль своего поведения, у него изменяется круг интересов, и вся система потребностей превращается в порочный круг, сужаясь до удовлетворения ее путем поиска денег на приобретение наркотиков. Человек деградирует, и самостоятельно вырваться из этого порочного круга удастся лишь единицам. Из каждых десяти имущественных преступлений шесть совершаются наркоманами (по данным Агентства международной информации и Международной ассоциации по борьбе с наркоманией и наркобизнесом).

Наркомания поднимает все слои общества: бедных в их безысходности лишает воли к борьбе за лучшее устройство в жизни, заставляет быстрее опускаться на социальное дно; представителей средних слоев лишает достатка, губит их детей как потенциальных наследников, обрекая последних на жалкое существование наркомана; бизнесменов лишает делового духа, столь необходимого в конкурентной борьбе; чиновников, государственных и муниципальных служащих делает корыстными, коррумпированными и безвластными. И всех их наркотическая зависимость заставляет нарушать закон, пополнять ряды преступников. Следствием активного наступления наркомании стало появление наркоманов-рабочих, наркоманов-офицеров, наркоманов-ядерщиков, наркоманов-врачей, наркоманов-политиков, наркоманов-родителей, наркоманов-детей и т.д.

К основным причинам распространения наркотизации в России относятся: резкое изменение социального статуса в обществе; развал системы детских и молодежных организаций; ценностный кризис во всех слоях общества; ослабление семейных традиций; разрушение тоталитарного строя, появление свобод (в том числе наркотики); массированная пропаганда

западного стиля жизни. Западная танцевальная культура с наркотиками: плохой тон быть на дискотеке и рейвах без ЛСД или «экстази».

Наркотики «входят в моду», их можно купить везде, даже в школах и вузах. Молодежь в большом процентном количестве употребляет наркотики; проблема детской и подростковой наркомании выросла в катастрофу. В XX веке наркомания проникла во все государства мира, захлестнула своим губительным влиянием большинство народов. Изменился характер наркомании, став социальным заболеванием целых слоев населения и особенно молодежи. Печальный опыт стран-«родоначальников» наркобизнеса и наркологической обработки молодого поколения убедительно свидетельствует, что наркомания косит молодых людей, добираясь постепенно до малолетних детей. Рост наркомании резко обостряет проблему СПИДа. Есть также прямая связь роста наркомании и быстрого расползания по стране гепатита, в том числе В и С – самых тяжелых и неизлечимых форм этой болезни (Валентик, Ю.В., 2001).

В настоящее время в мире происходит постоянное создание новых синтетических наркотиков, расширение их производства; технологии изготовления совершенствуются, используются современные методы коммуникации при формировании непрерывных поставок и сбыта ПАВ, продолжают рост и консолидация организованной преступности, вовлекаются в число потребителей новые массы людей.

Таким образом, человечество пользуется наркотики со времен своего появления и пытается регулировать их движение в своей жизни почти столько же времени, сколько их знает. На весь комплекс мер борьбы с наркотиками США в настоящее время тратят около 60 млрд долларов в год. За десять лет при таких грандиозных затратах число наркоманов сократилось лишь вдвое. И это снижение по данным органов статистики и аналитических служб происходило преимущественно за счет смертности хроников.

Принять на себя такие расходы для того, чтобы остановить рост наркомании, Россия не может. Поэтому кроме силовых методов необходимо использовать комплекс профилактических и реабилитационных мер, ориентированных на разъяснение, образование и воспитание по неприятию наркотиков, прежде всего у детей, подростков и молодежи.

### **Большой наркоманический синдром**

Большой наркоманический синдром включает в себя: синдром измененной реактивности организма к действию наркотика; синдром психической зависимости; синдром физической зависимости. В процессе болезни структурные элементы большого наркоманического синдрома развиваются последовательно (табл. 1).

## Большой наркоманический синдром

<b>Синдром измененной реактивности</b>	<p>1. <b>Изменение (исчезновение) защитных реакций</b> (рвота-алкоголь; зуд – опиаты; профузный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота – все наркотики).</p> <p>2. <b>Изменение толерантности – гомеостатическая адаптация (фармакологическая</b> – распределение и метаболизм наркотика; <b>фармакодинамическая</b> – изменение функционирования нейронов; <b>перекрестная толерантность</b> – метаболическая с ускорением метаболизма и функциональная – нейроадаптация мозга со снижением эффекта действия наркотика; <b>сенсibiliзация, или «обратная» толерантность</b> – возрастание эффекта действия наркотика; <b>десенсибилизация</b> – ослабление действия наркотика на нейрон – потеря чувствительности рецепторов к нейромедиатору при постоянном присутствии наркотика).</p> <p>3. <b>Изменение формы потребления наркотика</b> – регулярный прием из-за эйфоризирующего действия и возрастания переносимости (повышение толерантности и далее вынужденно из-за абстинентного синдрома).</p> <p>4. <b>Изменение формы опьянения</b> (более поздний синдром) – извращение физиологических эффектов наркотиков (снотворные – возбуждение; транквилизаторы – стимуляция; кодеин не подавляет кашля, а опий не вызывает запоров). Изменяется качество эйфории – тонизирующее действие вместо эйфоризирующего (совпадает с падением толерантности)</p>
<b>Синдром психической зависимости</b> (появляется на ранней стадии, является самым длительным и трудно устранимым)	<p>1. <b>Психическое (обсессивное) влечение к наркотику</b> (навязчивые мысли о наркотике, борьба мотивов). При соблюдении необходимого ритма приема наркотиков: а) <b>не проявляется</b>; б) <b>временно ослабляется эмоциональными факторами</b> (конфликт, любовь, госпитализация...); в) <b>обостряется при средовой стимуляции</b> (разговоры о наркотиках, друзья-наркоманы).</p> <p>2. <b>Симптом способности достижения состояния психического комфорта в интоксикации</b> (наркотик необходим для благополучного психического существования и функционирования)</p>
<b>Синдром физической зависимости</b>	<p>1. <b>Физическое (компульсивное) влечение к наркотику</b> – непреодолимое, вытесняющее витальное влечение – голод, жажду. Определяет и подчиняет содержание сознания, поступки и мотивацию действий. Характерны вегетативные проявления – расширенные зрачки, сухость во рту, гиперрефлексия, тремор.</p>
<p>Три вида компульсивного влечения: а) <b>возникающее вне интоксикации</b>; б) <b>входящее в структуру абстинентного синдрома</b>; в) <b>возникающее при опьянении</b>.</p> <p>2). <b>Способность достижения состояния физического комфорта в интоксикации</b> 3). <b>Потеря контроля над дозой</b>. 4). <b>Абстинентный синдром</b> (развивается не при всех видах наркомании; психодизлептики – болезнь ограничивается лишь компульсивным влечением). Абстинентный синдром представлен двумя группами симптомов: а) <b>психические</b> (более выражены при употреблении снотворных); б) <b>вегетативные</b> – соматоневрологические (более выражены при гашишизме и опиомании)</p>	
<p><b>Синдром последствий хронической наркотизации.</b> При любой наркомании происходит: падение активности, энергетического потенциала; угасание влечений, потребностей (биологических и социальных); снижение сопротивляемости и прогрессирующее истощение. Последствия подразделяются на: 1. <b>Психические</b>: а) снижение уровня личности – тяжелый психоорганический синдром; б) <b>функциональное слабоумие</b> – гипобулия, олиготимия, анергия, неспособность к интеллектуальному напряжению 2. <b>Трофические расстройства</b>. 3. <b>Общеорганизменные последствия</b></p>	

Отсутствие большого наркоманического синдрома не позволяет диагностировать наркоманию даже в условиях постоянной наркотизации (бытовое пьянство, привычный прием снотворных, транквилизаторов). Наличие синдрома измененной реактивности и синдрома психической зависимости достаточно для остановки диагноза зависимости от ПАВ, даже если нет синдрома физической зависимости и последствий хронической интоксикации (социальной декомпенсации и др. критерии ВОЗ).

### **Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых**

*Заболевания, связанные с химической зависимостью (алкоголизм, наркомании, токсикомании) – это зависимости от ПАВ; проявляются расстройствами влечения. Биологическую основу патогенеза заболеваний зависимости составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурального и этнического рассогласования и искаженной информационной среды.* Таким образом, современная наркология рассматривает зависимость от ПАВ как сочетанную патологию биологической, психической, социальной и духовной сфер жизни человека, а нарушения функционирования головного мозга у зависимых от ПАВ связывает с генетическими факторами, травмами, психическими заболеваниями. Нарушения функционирования головного мозга при приёме ПАВ вызывают ощущение избыточного «вознаграждения» (удовольствия) и неспособность человеком адекватно контролировать употребление ПАВ. С перечисленными биологическими факторами риска человек начинает употреблять ПАВ компульсивно и постоянно. Это приводит к разрыву социальных связей, психологическим отклонениям, фиксации негативных взаимоотношений и разрушению (развалу) духовных потребностей.

Если ощущения боли и страданий при соматических и психоневрологических заболеваниях являются стимулом для избавления от них, то при зависимости от ПАВ причинно-следственные связи нарушены, так как на фоне интоксикации развивается эйфория. В сравнении с чувством комфорта в интоксикации абстинентное состояние всегда проигрывает, что определяет неустойчивый характер мотивации воздержания, также зависящий от интенсивности аддиктивного влечения. Это и ряд других факторов психической, психологической и социальной природы далеко не всегда позволяют зависимому предпринимать самостоятельные усилия по освобождению от причины заболевания. Зависимость от ПАВ, как и многие другие хронические заболевания, закреплена на биологическом уровне, и одними биологическими методами её вылечить невозможно.

До настоящего времени большинство применяющихся программ, предполагающих освобождение от зависимости, несмотря на признанность ее

многофакторной природы, представляют медицинские схемы (детоксикация, купирование абстинентного и постабстинентного синдромов, психофармакотерапия, психотерапия, диспансерное наблюдение) либо социально-психологические способы воздействия, включающие и религиозные, в том числе полностью отрицающие медикаментозное лечение. Для достижения наилучшего результата необходимо сочетание современных практик, а для решения проблем зависимости – межведомственные взаимодействия самых разных профессиональных сил и ресурсов общества, создание национальных систем помощи зависимым от ПАВ с лечебно-реабилитационными мероприятиями, включающими медикаментозные, психотерапевтические, психологические, педагогические, социально-трудовые методики.

Медикаментозные методики для восстановления нарушений функционирования головного мозга и других внутренних органов у пациентов с зависимостью от ПАВ могут быть сходны, а разработка единых международных рекомендаций по созданию систем реабилитации зависимых осложняется значительными культуральными, религиозными, экономическими и политическими различиями между странами. Кроме того, в каждой стране действует собственная стратегия противодействия незаконному обороту наркотиков и распространению наркомании, функционирует своя, исторически сложившаяся инфраструктура лечебно-профилактических и реабилитационных, некоммерческих и коммерческих, государственных и частных организаций, работающих в данной области.

Международные рекомендации по созданию системы лечебно-реабилитационной помощи для зависимых от ПАВ включают следующие положения:

1. Зависимость от ПАВ — это сложное, но поддающееся лечению заболевание, при котором нарушаются деятельность головного мозга и поведенческие функции. Употребление ПАВ приводит к изменению биохимических процессов в головном мозге и изменению структуры личности; возникшие патологические изменения сохраняются и после окончания употребления ПАВ, что может стать биохимической и поведенческой основой возобновления употребления ПАВ. Этим объясняются рецидивы зависимости после длительных периодов воздержания от приёма ПАВ.

2. Нет ни одного метода восстановления зависимых от ПАВ, который подходил бы всем пациентам без исключения. Необходимо использовать разные условия и методы для того, чтобы достичь основной цели лечения и реабилитации — максимально возможного уровня здоровья и социального функционирования.

3. С учётом нестабильности мотивации на прохождение лечения и реабилитации комплекс помощи должен быть доступен для зависимого в тот момент, когда это становится необходимым лично ему, то есть когда пациент готов к её получению.

4. Эффективное комплексное восстановление зависимых должно соответствовать их биологическим и социальным потребностям, то есть предпо-

лагают медицинскую помощь при сопутствующих соматических заболеваниях наряду с психологической, социальной и юридической поддержкой.

5. Адекватная продолжительность лечебно-реабилитационного курса критически важна для достижения результата. Исследования показывают, что его минимальная продолжительность должна составлять 3 мес., причём результат тем лучше, чем курс дольше.

6. Наиболее часто используемым методом на этапе реабилитации является тот или иной вид психотерапии. При этом для многих пациентов применение специфических лекарственных препаратов для профилактики рецидива зависимости позволяет достичь более значимых результатов в аспекте клинической и фармакоэкономической эффективности. Установлено, что применение антагонистов опиоидных рецепторов пролонгированного действия способствует профилактике рецидива и алкогольной, и наркотической зависимости. Наилучшая эффективность достигается при сочетании лекарственных препаратов с психотерапией.

7. Эффективное лечение не обязательно должно быть добровольным. Санкции или социальное давление со стороны семьи, работодателя или правоохранительных органов способны заметно повысить количество наркозависимых, проходящих реабилитацию, длительность удержания их в программах реабилитации и результативность программ.

8. Программы реабилитации должны предусматривать скрининг зависимых на наличие у них ВИЧ, вирусов гепатита В и С, туберкулёза и других инфекционных заболеваний, а также меры, направленные на снижение риска распространения данных заболеваний.

В соответствии с перечисленными принципами разрабатываются национальные стратегии комплекса «лечение + реабилитация». Лечебно-реабилитационная помощь включает в себя детоксикацию, противорецидивную медикаментозную терапию и/или психосоциальную терапию. Её целью является не только освобождение пациента от зависимости от ПАВ, но и снижение негативных последствий немедицинского потребления ПАВ для общества и системы здравоохранения.

Рекомендуется выделять следующие приоритетные группы: дети и подростки, женщины, люди старшего возраста, наркозависимые с сопутствующими психическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, а также лица, совершившие правонарушения в состоянии наркотического опьянения.

Система лечебно-реабилитационной помощи зависимым от ПАВ состоит из ряда последовательных элементов: от информирования целевой группы потребителей ПАВ о возможностях реабилитации, социального прессинга для вхождения в программы реабилитации до реинтеграции в общество тех, кто успешно окончил курс.

В общем виде систему лечения и реабилитации можно разделить на 4 основных блока:

1. Услуги по открытому доступу зависимых и членов их семей к информации о негативных последствиях немедицинского употребления ПАВ,

о программах снижения риска негативных последствий злоупотребления ПАВ и реабилитации (open access services).

В рамках данной категории могут быть предусмотрены семинары на тему методов снижения риска распространения ВИЧ для наркопотребителей и их окружения, информирование о доступных программах лечения и реабилитации, программы обмена инъекционного инструментария (одобрены не во всех странах).

2. Детоксикация, симптоматическая терапия абстинентного и постабстинентного синдрома и психотерапия, направленная в том числе на снижение риска распространения ВИЧ.

3. Профилактика рецидива, методики которой на:

биологическом уровне стабилизируют процесс развития избыточного «вознаграждения» в лимбической системе головного мозга при употреблении ПАВ;

психологическом уровне дают возможность сформировать нозогнозию и мотивацию на лечение, осознать факторы риска развития рецидива и научиться применять адекватные методики управления стрессовыми ситуациями вместо употребления ПАВ;

социальном уровне помогают научиться выстраивать взаимоотношения с окружающими, не основанные на приёме ПАВ, а также вести адекватный продуктивный образ жизни;

духовном уровне помогают осознать и сформировать ощущение удовлетворённости своим местом в окружающем мире.

4. Постреабилитационный патронаж: социальная и трудовая реинтеграция, группы само- и взаимопомощи, телефонная поддержка. Основной целью реабилитационных программ является профилактика рецидива зависимости, то есть прежде всего – воздержание от употребления ПАВ. Для этих целей в рамках реабилитационных программ используются такие методы, как длительное проживание в терапевтическом сообществе, амбулаторные программы реабилитации, основанные на когнитивно-поведенческой психотерапии, а также поддерживающая лекарственная терапия (например, антагонистами опиоидных рецепторов).

Общественные организации осуществляют первичное информирование («open access services») и постреабилитационный патронаж, оказывают услуги, предшествующие лечению и следующие за реабилитационными программами; при этом проведение реабилитационных программ находится в компетенции специализированных медицинских учреждений.

Например, в США некоммерческие немедицинские организации активно участвуют в оказании реабилитационных услуг: 58 % всех реабилитационных центров работают на базе некоммерческих организаций, оказывая помощь 53 % пациентов. Некоммерческие организации часто не имеют в своём штате медицинских работников или в недостаточной степени сотрудничают с учреждениями здравоохранения. В США некоммерческие организации являются равноправными участниками национальной системы учреждений, оказывающих услуги по лечению и реабилитации.

Разумное сочетание государственных и частных медицинских услуг с добровольческой деятельностью общественных организаций является признанной практикой оказания помощи лицам, зависимым от ПАВ, и их родственникам (Гастфренд Д.Р., Шевцова Ю.Б., 2013).

### **Специфика медико-социальной реабилитации наркологических больных**

Медико-социальная реабилитация в наркологии – это система медицинских, психологических, воспитательных, социальных, правовых, образовательных, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ.

Восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала является целью такой реабилитации.

Задачи медико-социальной реабилитации:

1. Формирование у больного осознанной и стабильной мотивации (установки) на отказ от ПАВ и включение в реабилитационную программу.
2. Осуществление лечебных мероприятий, направленных на купирование синдрома патологического влечения и предупреждение рецидива.
3. Редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуально-мнестических расстройств, связанных с употреблением ПАВ.
4. Санация соматического статуса больного.
5. Коррекция структуры личности больного и обеспечение возможности и условий позитивного личностного развития.
6. Повышение уровня социального функционирования больного (с подключением ресурсов семьи, общества).
7. Достижение реальной занятости больного: учеба, работа.

Специфика медико-социальной реабилитации в наркологии предопределена особенностями самого контингента больных, своеобразием их мотивации (часто низкой, неустойчивой, амбивалентной), значительными нарушениями личности больных. Так, для коррекции структуры личности больного и обеспечения возможности и условий позитивного личностного развития предполагается определение характера личностного дефекта, связанного с приемом психоактивных веществ и преморбидных личностных расстройств. Поскольку многие больные употребляют психоактивные вещества долгое время, часто начали это употребление в юношеском или даже подростковом возрасте, их личность формировалась искаженно. В связи с этим в отношении многих больных, особенно больных наркоманией, должна ставиться задача не только реабилитации как восстановления, но и «абилитации» как проблемы первичного научения, психического развития и воспитания больных. Требование первичного научения (навыкам оценки и осознания собственного эмоционального состояния, рефлексивной регуляции пове-

дения, эффективной и неманипулятивной коммуникации с другими людьми) связано именно с тем, что эти навыки никогда не были присущи реабилитантам, не успели сформироваться до начала заболевания. Отдельной серьезной задачей является проблема выбора той или иной реабилитационной программы в отношении конкретного больного.

Фармакотерапия наркологического заболевания как разновидность биологически ориентированной терапии не может проводиться и планироваться в отрыве от психологически ориентированной терапии. Успех фармакотерапии в значительной мере обеспечивается психотерапевтическими факторами: авторитетом врача, его неподдельной заинтересованностью и участием в судьбе больного, внимательным и подробным исследованием состояния здоровья пациента. Особенно важна роль этого фактора на этапе формирования ремиссии алкоголизма, наркомании, когда лекарственное лечение направлено на противодействие различным негативным влияниям социальной среды. Поэтому реабилитационные программы в наркологии не могут обходиться без следующих компонентов:

психотерапия;

использование современных лекарственных препаратов для предотвращения потребления алкоголя или наркотиков;

абилитационно-реабилитационные мероприятия;

формирование лечебной субкультуры.

Абилитация – система медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных, технических (социальных) мер по приобретению функций организма и трудоспособности больных. *Цель абилитации – достижение больным по возможности более высокой функциональной активности, не приобретенной им от рождения.*

Абилитация – новое направление восстановительной медицины, занимающееся формированием у больных отсутствующих и не проявленных по тем или иным причинам функций, присущих человеческому организму и человеку как биосоциальной единице. *В задачи абилитации входит создание функций вновь в отличие от собственно реабилитации, где восстанавливаются ранее имевшиеся, но утраченные.*

Реабилитация (от лат. «re» – вновь + «habilis» – удобный, приспособленный) – сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма и социальной адаптации (или адаптации) больных, пострадавших и инвалидов. По заключению Комитета экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации (1970) это понятие определяется как *«комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональное подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности».*

Выделяют четыре основных принципа реабилитации:

Первый – принцип партнерства, привлечение больного к активному сотрудничеству в процессе реабилитации.

Второй – принцип разносторонности усилий, направленность их на разные сферы функционирования (психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга).

Третий – принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия.

Четвертый – принцип этапности прилагаемых усилий, подчеркивающий необходимость соблюдения определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного комплекса.

Таким образом, основная проблема реабилитации наркологических больных состоит в том, что часть психических функций не успевает сформироваться до начала употребления психоактивных веществ, а другая нарушается в связи потреблением психоактивных веществ.

Поэтому при построении реабилитационных программ должны учитываться и абилитационный, и реабилитационный аспекты работы с наркологическими больными.

### **Условия эффективности реабилитации наркологического больного**

Реабилитационная работа с наркологическими больными может быть успешной только в случае ее проведения на основе постоянного соблюдения ряда принципиальных положений (требований или условий). И эти условия касаются как собственно самого пациента, его установок и качеств, так и осуществляющей лечебно-реабилитационную деятельность медицинской организации и работающей в ней группы специалистов.

*К условиям, определяющим эффективность реабилитации со стороны пациента, относятся:*

- определение у больного реабилитационного потенциала;
- добровольность участия больного в реабилитационном процессе;
- отказ больного от употребления ПАВ;
- признание больным личной ответственности за успешную реализацию реабилитационного процесса;
- готовность больного опираться на имеющиеся у него ресурсы, ценности, достигая задач излечения;
- доверительность и партнерство во взаимоотношениях со специалистами;
- готовность развиваться, совершенствоваться.

Эти условия заданы заранее. В то же время каждое из перечисленных условий является одновременно и задачей совместной со специалистами работы на различных этапах медико-социальной реабилитации.

*К условиям, определяющим эффективность реабилитации со стороны медицинской организации, относятся:*

- доступность и открытость реабилитационного отделения медицинской организации (реабилитационного центра);

единство социально-психологических и медико-биологических методов воздействия на больного;

многообразие форм (моделей) реабилитационной работы и возможность их индивидуализации;

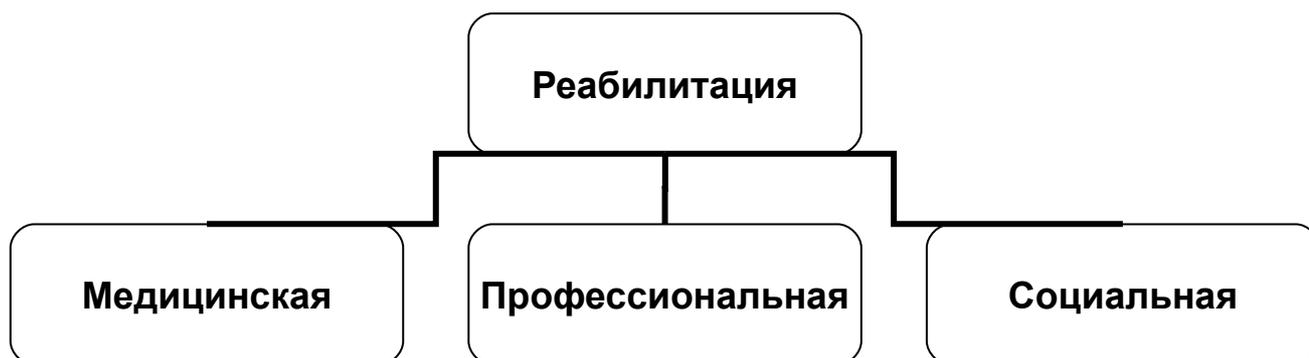
многоступенчатость (этапность) реабилитационных мероприятий;

обеспечение правовой и организационной регламентации лечебно-реабилитационного процесса;

создание в реабилитационном отделении медицинской организации (реабилитационном центре) единой мультидисциплинарной бригады (команды) специалистов: психиатр– нарколог– медицинский психолог–социальный работник, а при необходимости – врач-консультант иной врачебной специальности;

готовность специалистов, работающих с наркологическим больным, передать часть функций бывшим (выздоровливающим) больным, прошедшим реабилитационную программу, готовность сотрудничать с ними на партнерских основаниях.

Очевидно, что при полном совпадении вышеперечисленных условий результативность медико-социальной реабилитации наркологических больных будет максимальной («Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных», 2013).



Направления в реабилитации наркозависимых представлены на рисунке. Принципы реабилитации в наркологии (Цетлин М.Г. и др., 2000):

медицинская реабилитация (фармакологическая коррекция состояния, противорецидивная медикаментозная терапия, заместительная терапия, психотерапия и др.);

социальная (обучение навыкам социально-бытовой ориентировки, профессиональная подготовка, трудовая терапия, социальное сопровождение, юридическая и правовая поддержка):

психологическая (индивидуальное, групповое и семейное психологическое консультирование);

педагогическая (коррекционное обучение, коррекционное воспитание, коррекционное развитие).

Цели реабилитации.

Предполагаются две целевых концепции при реабилитации наркозависимых:

1. Концепция drug free (истинная реабилитация) – возвращение к жизни в обществе путем отказа от наркотиков, предупреждение рецидивов заболевания, восстановление физического и психического здоровья, а также формирование нормативного личностного и социального статуса.

2. Концепция заместительной терапии (паллиативная реабилитация) – контролируемый пероральный прием медицинских агонистов опиатов у наиболее тяжелых пациентов с целью снижения вреда, социальной и профессиональной адаптации и профилактики инфекций, передающихся внутривенным путем.

Используются следующие типы реабилитационных программ (Валентик Ю.В. , 2001):

1. Профессиональные (реализуемые преимущественно в системе здравоохранения, образования и социальной защиты), основанные на:

1-1. Полном воздержании от ПАВ.

1-2. Обучении контролируемому потреблению.

1-3. Заместительной терапии.

2. Смешанные (реализуемые негосударственными структурами):

2-1. Семейные.

2-2. Конфессиональные.

2-3. «Вечный приют».

2-4. Трудовые.

Продолжительность реабилитационных программ: краткосрочные (3–6 мес.); среднесрочные (6–12 мес.); долгосрочные (более 12 мес.).

**Реабилитационный потенциал (РП)** – совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и ее последствий, в восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности.

Можно предполагать различные уровни реабилитационного потенциала у зависимых от ПАВ:

высокий – клиника начальной стадии зависимости; морально-этические отклонения имеют транзитный характер, плотно связаны с динамикой заболевания и проявляются при обострении влечения к ПАВ или при рецидивах;

средний – развернутая стадия зависимости; значительные нарушения социального статуса и морально-этическое снижение; негативная ценностная ориентация; наркоманическая деградация в легкой и средней форме; социальные последствия;

низкий – развернутая или исходная стадия болезни; раннее начало и многолетнее потребление ПАВ; выраженная соматическая патология; средняя или тяжелая наркоманическая деградация (дефект) шизоидного, психопатоподобного или психо-органического типа.

Этапы собственно реабилитации (Дудко Т.Н., 2002):

*Адаптация* – приспособление пациентов к условиям содержания и распорядку реабилитационного учреждения; консультирование и обследование специалистами; пробные психологические занятия; подбор программы реабилитации в соответствии с уровнем РП (2–4 недели в условиях стационара при низком и среднем уровне РП; 1–2 недели амбулаторно при высоком уровне РП).

*Интеграция* – вхождение в программу; приобщение к учебе и работе; формирование групп по интересам; психотерапевтические занятия (2–3 мес. в стационаре и 1–1,5 мес. амбулаторно).

*Стабилизация* – восстановление и стабилизация психического состояния больного; восстановление, коррекция и формирование нормативных личностных качеств; возвращение в семью и общество; участие в группах само- и взаимопомощи АН, АА и т. д. (8–9 мес. при годичной программе и 20–21 мес. – при двухгодичной).

Реабилитационные программы, организованные по модели терапевтического сообщества (ТС). Это структурированные длительные программы само- и взаимопомощи зависимых от ПАВ в условиях постоянного проживания. Программы предполагают, что наркотическая зависимость – это проявление глубинных личностных проблем, то есть проблема не в наркотиках, а в человеке.

Ю.В. Валентик (2001) выделял два типа реабилитационных программ:

1. Низкоструктурированные:
  - поселения наркоманов («защищенное жилье», где прием ПАВ продолжается);
  - группы само- и взаимопомощи (амбулаторные по 12-шаговой программе);
  - коммуны;
2. Высокоструктурированные:
  - реабилитационные центры (принципы терапевтического сообщества);
  - терапевтические общины (без помощи медиков);
  - «дома на полпути» (для прошедших основной этап реабилитации).

Стадии функционирования пациента в терапевтическом сообществе (Валентик Ю.В., 2003):

1. Индукционная (вход в программу).
2. Основной этап реабилитации:
  - фаза нестабильного состояния пациента;
  - фаза стабильного состояния пациента (плато);
3. Выход из программы (reentry):
  - ранняя фаза (проживание на базе ТС);
  - поздняя фаза (проживание за пределами ТС).

Реабилитационная среда для наркологических больных. В зависимости от защищенности больных от проникновения и употребления наркотического средства или психотропного вещества выделяют три вида реабилитационных сред для наркологических больных:

открытые – специализированная поликлиника (амбулатория);  
полузакрытые – дневной стационар, община, реабилитационное общество;

закрытые – наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения.

### **12-шаговая программа реабилитации наркологических больных.**

В 1935 году в Акроне (штат Огайо) двумя безнадежными алкоголиками, хирургом Робертом Смитом и бизнесменом Вильямом Вилсоном, было создано содружество «Анонимные алкоголики» (АА).

«Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы» (АН) – это сообщества с разработанной и актуальной поныне 12-шаговой программой реабилитации наркологических больных. В настоящее время принципы данной программы используют 80 % реабилитационных центров в США, 50 % – в Западной Европе; в РФ (с 1987 года) в более 100 городах действует более 400 групп АА и АН.

В связи со стремительным ростом популярности этой программы в западной наркологии надолго возобладали ориентации на: недирективность; добровольность; открытость при проведении психотерапевтических мероприятий. Безоговорочный отказ от наркотика (алкоголя) условиями реабилитации не предусматривался.

Концепция 12 шагов:

1-й шаг: «Мы признали своё бессилие перед алкоголем, признались в том, что потеряли контроль над своей жизнью».

2-й шаг: «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могучая, чем наша собственная, может вернуть нам здоровье».

3-й шаг: «Мы приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимаем».

4-й шаг: «Мы глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения».

5-й шаг: «Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений».

6-й шаг: «Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков».

7-й шаг: «Мы смиренно просили Его исправить все наши недостатки».

8-й шаг: «Мы составили список всех тех, кому мы причинили зло и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

9-й шаг: «Мы лично возместили причинённый этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-то другому».

10-й шаг: «Мы продолжали самоанализ и когда допускали ошибки, сразу их признавали».

11-й шаг: «Стремление путём молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого».

12-й шаг: «После духовного пробуждения мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах».

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Что вы делаете, когда вам плохо?

Вариантов почти бесконечное количество: разговор с близкими, с друзьями, с психологом; молитва; шопинг; быстрая езда; шашлыки на природе; тренажёрный зал; посещение салона красоты; секс; компьютерные игры; вкусная еда; определённая музыка; рисование; чтение; стрельба; баня; туризм и т.д. Очень часто сталкиваемся с тем, что, выбирая один из способов расслабиться, большинство лиц берёт с собой алкоголь или другие психоактивные вещества. Вот, пожалуй, один из самых классических примеров: баня+друг+водка. В перспективе схема избавляется от лишнего: сначала это друг. Зачем делиться? Остаётся баня+водка. В дальнейшем обычно убирается баня. И остаётся просто водка.

Так, у многих напряжение снимали родители, да и вы сами. Как вы думаете, что делают ваши дети, когда им плохо? Уверены ли вы, что знаете ответ на 100 %? Дети всегда берут пример с родителей. Откуда же у них возьмутся другие, здоровые схемы, если у вас они были такие?

Зависимость может появиться от любого из способов снятия стресса и не только от психоактивных веществ. В мире официально признаны около 200 видов зависимостей.

Вот лишь некоторые:

булимия (зависимость от еды);

трудоголизм;

сексоголизм;

зависимость от другого человека;

шопоголизм;

игромания;

зависимость от социальных сетей;

ипохондрия (навязчивый поиск заболеваний у себя);

религиозный фанатизм;

мифомания (зависимость от сочинительства);

нарциссизм и т.д.

Как же понять, зависимы вы или нет? Есть очень простой способ проверить: сможете ли вы обходиться без этого месяц? И будет ли вам плохо?

Многие зависимые, которые не хотят признаться себе в том, что у них проблемы, скажут: да, конечно, я могу без этого (алкоголя, компьютера, переедания и т.д.) месяц. Но если попробовать, всё может оказаться совсем не так, как им кажется.

## Дисфункциональная и здоровая семья

Термин «созависимость» появился в результате изучения природы химических зависимостей, их воздействия на человека и влияния, которое оказывает заболевание химически зависимого на окружающих. Например, алкоголик зависит от алкоголя или наркоман зависит от наркотиков, игрок – от казино, а их близкие зависят от самого алкоголика, наркомана или игрока.

Созависимость отличается от других зависимостей и имеет особенности и черты, имеющие болезненный характер. Болезненный, потому что мы зависим от больного человека и как бы заражаемся от него его болезнью. Американские ученые, много лет занимающиеся этой проблемой, пришли к выводу, что в первую очередь созависимостью страдают люди, у которых было так называемое «тяжелое» детство, люди из неблагополучных семей, где отсутствовал один из родителей или родители страдали алкоголизмом, где дети подвергались насилию; люди с детскими травмами, полученными не только в семье, но и в школе, на улице, от сверстников, учителей или других значимых взрослых. Сюда же входят жертвы сексуального, физического, эмоционального, сектантского насилия, самих химически зависимых от алкоголя, наркотиков, лекарственных средств и т. д.

В широком понимании термин «созависимость» применим в отношении супругов, партнеров, детей и взрослых детей алкоголиков или наркоманов, самих алкоголиков или наркоманов, которые почти наверняка росли и развивались в дисфункциональной семье. Созависимым можно считать любого человека, живущего в неблагополучной семье, с нездоровыми правилами, способствующими созависимым отношениям. Беря ответственность за других, они остаются совершенно безответственными к себе, к тому, как они отдыхают, что едят, как выглядят, сколько времени спят, и не заботятся о своем здоровье. В глубине души спасители хотят, что бы их похвалили за то, что они помогают своему непутевому сыну, мужу. Тем самым они облагораживают себя. Своим контролем они подсознательно хотят решить свои неразрешенные проблемы детства. Почему женщина, которая пережила несчастливое детство, выходит замуж за алкоголика? Дело в том, что созависимые люди тянутся друг к другу, как магнит. Сам зависимый химически был когда-то созависимым. Впоследствии он найдет себе созависимую жену. Муж и жена – Зависимый и Созависимая. В их детстве есть одна общая деталь. Оно было неблагоприятным. Их детство проходило в неправильно построенных отношениях их же родителями! В свою очередь, их родители воспитывались тоже по неправильной системе. Еще в самом раннем детстве их приучили нести какую-то ответственность за пьющего отца либо за что-то другое. Такие дети, вырастая, находят друг друга!

Созависимые люди нерешительны, мнительны, часто чувствуют неловкость, когда слышат комплементы в свой адрес. Их может смутить желание другого человека поддержать его. Хотя на самом деле он хочет больше всего на свете той самой поддержки, которой ему так не хватало в детстве. Созависимый всю свою жизнь несет это чувство с собой.

Особенности функциональной и здоровой семьи представлены в табл. 2.

Таблица 2

Дисфункциональная семья	Здоровая семья
Отрицание проблем, поддержание иллюзий, что всё хорошо. Например, в семье происходит насилие или один из членов семьи выносит из дома вещи, чтобы продать их и приобрести вещество; муж напился, потому что его начальник урод	Проблемы признаются и решаются. «Знаешь, хороший мой, что-то у нас происходит не так. Давай искать помощь, давай думать, говорить об этом...»
Замороженные чувства и роли «Не говори, не чувствуй, не думай, не доверяй»	Каждый имеет свою уникальность
Не знают о потребностях друг друга. «Ты что сама без рук?!», «Чего это я буду ради тебя стараться?»	Семья знает потребности друг друга, уважает их и умеет удовлетворять. Дарить подарки, сделать что-то хорошее, не дожидаясь благодарности (например, подать чай)
Вакуум интимности. «Не верь не бойся не проси». Нет доверия	4. Доверие, хранение тайн. «Я могу не доказывать, мне поверят»
Замалчивают, осуждают, лгут. «Друзжат» против друг друга	Могут говорить открыто, «по башке не прилетит». Меня поймут
Собираются вместе только по проблеме (похороны, свадьба)	Есть время и желание для совместных встреч
Абсолютизирование воли и контроля. Власть – одному	Гибкость правил, есть рост и место каждому члену семьи
Границы либо отсутствуют, либо жесткие: «знай своё место»	Границы признаются и уважаются. Это вытекает из знания потребностей
Гиперопека или эмоциональная холодность. Мама, папа либо «квочки-наседки», которые не дают ребёнку развиваться, самостоятельно делать свой выбор и т.д., либо «мы с моим ребёнком такие друзья, он у меня всё сам делает» (ребёнку, допустим, 10–12 лет)	Ребёнок должен научиться выбирать. Договор, последствия. Воспитанная с детства ответственность. Для того, чтобы у человека появилась ответственность, ему её надо дать. И не осуждать ребёнка, когда он ошибётся; мы все ошибаемся; мы до конца жизни будем ошибаться
Неумение выражать любовь и говорить о ней. Хорошее о человеке говорят только у могильного холма	Открытое выражение любви. Всегда можно найти простые маленькие вещи, за которые можно похвалить. У нас нет долюбленных и перелюбленных людей
Обвинение, вышучивание, наказание, постоянно говорят «нет»	Поддержка, принятие помощи. Я могу попросить, и мне помогут, меня выслушают и поддержат

Следует добавить, что не только заболевание заражает, но и выздоровление заражает таким же образом. И не важно, кого первого в этой семье затронет выздоровление – самого зависимого или кого-то из его зависимых близких.

## Потребности

Что такое потребности? Какие потребности есть у человека? Потребности – это нужда в чем-либо, объективно необходимом для поддержания жизнедеятельности и развития организма, человеческой личности, социальной группы, общества в целом. То есть это внутренний побудитель активности. Потребности делятся на несколько видов. Например, биологические свойственны животным и человеку, социальные имеют исторический характер и зависят от уровня экономики и культуры. Осознанные обществом, социальными группами, общностями и индивидами потребности выступают как их интересы. В психологии потребности – особое состояние психики индивида, ощущаемое или осознаваемое им «напряжение», «неудовлетворенность» – отражение несоответствия между внутренним состоянием и внешними условиями его деятельности; обнаруживается во влечениях и мотивах.

Потребности изменчивы, на базе удовлетворенных возникают новые. Потребности личности образуют как бы иерархию. На первом месте – биологические, необходимые в первую очередь для поддержания жизни в человеческом теле. Далее идут потребности в самореализации, самоутверждении, то есть творческой деятельности. Употребление алкоголя и наркотиков – это быстрое, но, увы, иллюзорное удовлетворение своих потребностей, так как, давая временный эффект, они не решают наших проблем в действительности.

Иерархия потребностей:

выживание (инстинкт самосохранения); безопасность; прикосновение (телесный контакт); внимание; отражение и отклик (подпитка самооценки и негативная обратная связь); руководство; слушание (то есть слышать, а не слушать); быть реальным (то есть быть таким, какой я есть); быть частью чего-то; быть принятым; возможность горевать из-за потерь (это дает рост); поддержка; верность и преданность; достижения (умение доводить до конца начатое); пробуждение сознания (то есть выход за рамки обыденного); сексуальность; удовольствие, развлечение; свобода; подпитка (цели, ценности); безусловная любовь.

**Три самые важные потребности:**

**Значимость.** Каждый человек хочет быть важным, нужным. Дети, живущие в семье, соревнуются друг с другом и находят пути быть особенным, чтобы чувствовать свою уникальность. Значимость проявляется, когда мы сравниваем себя с другими. В поисках нашей значимости мы принимаем участие в различных иерархических структурах (различные сооб-

щества, социальные группы). Мы можем чувствовать себя значимыми, потому что мы достигли чего-либо, построили что-то, преуспели в чём-то или мы можем добиваться важности, опровергая кого-либо или что-либо. Положительной стороной значимости является то, что мы стремимся повышать наш уровень развития. Но если мы зациклены только на значимости, концентрируясь больше на своем отличии от других людей, чем на самих людях, могут возникнуть проблемы в общении. Получить значимость можно разными способами: зарабатывая деньги и обеспечивая семью, выполняя значимую работу, делая большой вклад в развитие человечества или просто преумножая свое богатство.

Некоторые достигают чувства значимости, совершая ошибки, и даже становясь самым худшими в чём-либо и имея самое низкое чувство достоинства.

Ассоциативные слова: гордость, важность, стандарты, достижение, выполнение, совершенствование, важность, дисциплина, соревнование и отказ от соревнования, саморазвитие, власть, сила.

*Безопасность.* Мы хотим быть в безопасности, избегать боли и чувствовать себя комфортно в окружающем мире. Каждый человек нуждается в ощущении уверенности и безопасности – иметь крышу над головой; знать, где можно взять еду; быть уверенным, что твой сосед не нападёт на тебя. Конкретные значения этой потребности зависят от личности человека.

Ассоциативные слова – уверенность, комфорт, защищённость, безопасность, стабильность, крепко стоять на ногах, контроль, конкретность.

*Принятие.* Все мы в разной степени испытываем потребность в принятии, одобрении меня такого, какой Я есть. Удовлетворение этой потребности поддерживает нас, помогает чувствовать силы, уверенность в себе, самостоятельность, целостность. Помогает строить отношения с людьми без притязаний, требований, манипуляций, обмана, ревности и насилия. Помогает быть искренними, отзывчивыми, заботливыми, понимающими, прощающими и принимающими, способными любить, чувствовать себя и другого, считающимися со своими и чужими потребностями.

Ассоциативные слова: общность, стремление, сплоченность, тепло, нежность, страсть.

В книге «Дети и подростки» Джеймса Тобиаса автором выделен ряд потребностей, характерных для подростков. Как мы помним, духовное, эмоциональное и психологическое развитие человека в процессе употребления ПАВ замирает. Поэтому данный список потребностей будет актуален для людей, начинающих реабилитацию, выздоравливающих:

четкие границы допустимого (может быть составлен договор – что можно, что нельзя);

быть четким и ясным (в соответствии с Миннесотской программой это может выражаться, например, в плане трезвости и в договоре с родителями на 3 месяца);

необходима справедливость и последствия. Дети и подростки не признают авторитетов, они выбирают их себе сами;

возможность четко выражать свои мысли и чувства (Я – это я. Ты – это ты. Я в этом мире не для того, чтобы жить по твоим законам. Ты в этом мире не для того, чтобы жить по моим законам);

уметь разделять человека и его поведение (человек всегда прекрасен, он создан Богом. А Бог брака не делает. Никто не вправе судить, мы можем говорить только о себе.);

возможность радоваться и наслаждаться; умение переживать горе;

возможность иметь успех (многие боятся успеха);

структурированные семейные мероприятия;

последовательное отношение к правилам;

поощрение и ответственность;

прикосновение (объятия и смех – признаки выздоровления);

преданность со стороны родителей и друзей;

понимание того, что есть какая-то сила больше меня и её можно просить.

## **Маски и роли**

Маска – это защитный механизм, чтобы выжить. Защита очень надежная, но чревата опасностями. Дело в том, что придуманный защитный образ имеет свойство «врастать» в человеческую сущность. Происходит конфликт внешнего и внутреннего. Маска представляет соответствующий тип личности. Чем глубже травма, тем чаще человек вынужден носить маску.

Часто осознавая свою неправоту или боясь осуждения своего поведения, человек надевает маску ригидного, замкнутого, одинокого человека. Чтобы лучше представить, как связаны между собой травма и её маска, предлагаем аналогию: внутреннюю травму можно сравнить с раной, к которой давно привык; не обращаешь на неё внимание, не заботишься о ней. А чтобы не видеть рану, вы заматываете её бинтом. Этот бинт и есть эквивалент маски. Но это не решение проблемы. Мы это очень хорошо знаем, и только ЭГО не знает этого, оно дурачит нас. А теперь представьте, что кто-то дотронулся до бинта в порыве лучших побуждений, не желая причинить боль, а ты кричишь: «Мне больно!». Однако этот человек не хотел причинить тебе боль. Тебе больно потому, что ты сам решил не заниматься лечением раны. Другие не виноваты в твоей боли!

В табл. 3 представлены основные варианты защитных механизмов.

Таблица 3

## Основные варианты защитных механизмов (маски и роли)

Название роли или способ выживания	Внешняя манера поведения	Внутренний мир (чувства)	Роль в семье	Возможное будущее без помощи	Возможное будущее, если получить помощь
«Герой»	Живет по правилам, подчиняется взрослым, перфекционист. Делает хорошие дела для получения одобрения	Боль, неловкость, вина, низкое самоуважение, страх потери контроля, одиночество	Объект гордости	Трудоголик, вечно правый, в браке только с теми, кто нуждается в помощи, контролирует и манипулирует, не может сказать «нет»	Компетентный Организованный Отличный сотрудник Становится удачливым
«Козел отпущения» (трудный ребенок)	Враждебный, дерзкий, подавленный, мрачный, не контактный, взрослые – не авторитет, иммигрант	Боль, одиночество, гнев, негодование, вина, смущение, неудобства, низкая самооценка	Притягивает на себя всех	Алкоголизм, наркомания, тюрьма	Сила воли Умение пойти на риск. Отлично помогает другим Хорошо видит реальность
«Потерянный ребенок»	Одиночка, тихоня, мечтатель, застенчивый, избегает стрессов (эмоциональный дальтоник)	Чувство ненужности, одиночество, запрет на выражение чувств, боль	Вздых облегчения	Отсутствие вкуса к жизни, забывчивость, стереотипность, одинокий, распущенный, не может сказать «нет»	Независимый Талантливый Созидаемый Уверенный Находчивый
«Шут»	Слишком забавный, незрелый, объект насмешек, хрупкий, нуждается в защите, генеративный, с трудом концентрирует внимание	Низкое самоуважение, чувства скрытого гнева, ненужности, неудобство, одиночество, неуверенность в себе и тревога	Юмор семьи	Не умеет справляться со стрессом; всегда на грани истерики, в браке будет искать «героя»	Обаятельный гость и хозяин Отличное чувство юмора Независимый

## **Стадии выздоровления**

### *Переходный период:*

осознание мотивации;  
осознание необходимости воздержания.

### *Стабилизация:*

признание необходимости помощи;  
изучение способов прерывания тяги;  
изучение способов прерывания стресса;  
развитие надежды.

### *Начальное выздоровление:*

изучение способов справиться с проблемами без алкоголя и наркотиков;  
развитие системы ценностей, построенной на трезвости.

### *Среднее выздоровление:*

создание саморегулируемой программы выздоровления;  
исправление социального ущерба от болезни;  
установление жизненного баланса.  
умение вносить изменение в жизнь.

### *Заключительный этап:*

осознание влияния проблем детства на трезвость;  
исследование проблем семьи;  
изменение стиля жизни.

### *Поддержание:*

умение жить день за днём;  
непрерывный рост и развитие;  
способность справиться с переменами.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ**

### **Процесс реабилитации**

Основным методом реабилитации зависимости является групповая психотерапия. Работа с пациентом идет несколькими путями.

а). *Обучение* (образовательная часть) – пациент изучает болезнь, ее суть, симптомы, как на него действует, как проявлялась в его «пьяной жизни» и в какой мере проявляется во время выздоровления. Это и есть отождествление с болезнью, то есть признание себя зависимым, чтобы начать выбираться из ловушки, которой оказалось употребление химического вещества. Это нужно для того, чтобы пациент стал специалистом, знатоком, «экспертом» своей болезни, затем, чтобы сам мог отслеживать, когда появляется опасность возобновления болезни, растёт возможность употребления, чтобы предотвратить ее.

Мы знаем, что при болезни зависимости чем больше пациент знает и понимает, тем лучше перспективы выздоровления.

б). *Групповая работа* с заданиями, эмоциями и с трезвым поведением – чтобы пациент начал учиться жить по-новому, без алкоголя.

в). *Терапевтическое сообщество*, в котором пациент учится ответственности и приспосабливается к общественной жизни. Составляют его все пациенты данного отделения и весь его персонал.

г). *Ведение «Дневника чувств»* – чтобы учиться различать чувства, связывать их с определенными ситуациями, проявлять их.

*Весь этот процесс объединяет программа «12 шагов анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов»*, которая является фундаментом и создает структуру и рамки всего процесса реабилитации и шире – выздоровления. Поэтому пациенты ходят на встречи АА и АН, а их члены должны регулярно посещать отделения реабилитации.

Кроме того, для каждого пациента должен быть создан *«Личный план выздоровления»*, по которому ведется лечение зависимости. Пациент получает *«Личный план выздоровления»* от своего ведущего – это член команды отделения (в Польше, например, это может любой член команды: врач, психолог, консультант, медсестра), который занимается данным пациентом. Он ведет с ним также индивидуальные встречи (разговоры); сначала сам, а затем (по ходу работы) вместе с пациентом определяет для него задания.

Чтобы работа была успешной, нужно видеть не только симптомы пациента, но и самого его как человека; его жизненную ситуацию, индивидуальность (возраст; семья; работа), уровень образования; состояние здоровья, его историю жизни и историю употребления ПАВ, преморбидные личностные характеристики и как он переживает то, что оказался наркозависимым.

**Работа с эмоциями** – одна из самых важных составных частей реабилитации. *Вместо того чтобы писать здесь, на сколько существенной является работа с чувствами зависимых пациентов, я (Додзюк А.) лучше ознакомлю вас с удачной, на мой взгляд, попыткой вовлечь их в эту работу:*

*Мы хотели бы пригласить тебя на встречу со своими чувствами. Иногда бывает так: «что-то» как будто вспыхивает внутри, давит в груди или наполняет глаза слезами. Что происходит? Что это за «что-то»? – Это твои чувства, твои эмоции. Познакомься с ними, приручи их. Ведь это частица тебя. Если ты с ними познакомишься и полюбишь их, то они будут тебе служить долго и верно.*

*Их много, но с помощью «Дневника чувств» ты получишь возможность различать их у себя и использовать для себя. А когда научишься определять все эмоции, они перестанут быть для тебя чужими, угрожающими, стеснительными. Неизвестные и непонятные тебе силы перестанут толкать тебя, и ты честно посмотришь в лицо самому себе. И тогда твои чувства вознаградят тебя так, как ты даже не меч-*

*тал. Ты станешь более чувствительным, ласковым, привлекательным для себя и других. Ты войдешь на вершину такой горы, с которой видны неизвестные раньше пейзажи. Попробуй! Ты решился?... Тогда мы приглашаем тебя в путешествие в страну твоих чувств.*

Поскольку неумение справляться с чувствами вело к употреблению алкоголя или наркотиков для «решения» эмоциональных проблем, зависимому пациенту в процессе реабилитации необходимо научиться ладить с ними – не только опознавать, определять и называть свои эмоции, но и проявлять их приемлемым путем, свыкаться с ними, управлять и воздействовать на них.

*О чувствах и их проявлениях.* Даже самые обширные списки чувств не исчерпывают всей палитры, всего многообразия эмоциональных состояний человека. Эмоциональные состояния отличаются высокой специфичностью, даже если они при современных грубых методах оценки имеют одно и то же наименование. Существует много оттенков гнева, радости, печали и других чувств. Некоторые чувства совпадают по содержанию и отличаются лишь интенсивностью. Например, удивление и изумление отличаются только по силе, то есть по степени выраженности; точно так же гнев и ярость, удовольствие и блаженство и другие.

Списков чувств довольно много, больше 300. Лично я (А. Додзюк) предпочитаю указывать до двадцати, потому что тогда и у меня, и у пациентов будет уверенность, что мы сумеем удержать над ними контроль.

Один из примеров списка чувств  
(городской центр реабилитации зависимости в Щецине, Польша)

- |                              |                               |                    |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 1. Тепло, симпатия.          | 7. Радость.                   | 13. Стыд.          |
| 2. Чувство безопасности.     | 8. Чувство опасности, угрозы. | 14. Чувство обиды. |
| 3. Умиление, растроганность. | 9. Беспокойство, страх.       | 15. Скорбь.        |
| 4. Любовь.                   | 10. Злость, гнев.             | 16. Тоска.         |
| 5. Нежность. .               | 11. Ненависть.                | 17. Печаль.        |
| 6. Желание, влечение.        | 12. Чувство вины.             | 18. Ревность .     |

Пациенты могут добавлять в этот список разные чувства, надо поощрять их попытки расширять список.

Почти все чувства сопровождаются разными ощущениями, которые мы замечаем на физическом уровне, в своем теле. Бывает так, что трудно определить, что «я» сейчас чувствую; тогда физические ощущения могут нам помочь ответить на этот вопрос. Известные примеры: когда сжимаем скулы или начинаем двигать ногой, значит злимся; когда сводим плечи или чувствуем сильное напряжение в бедрах, значит боимся; когда начинает щипать кончик носа и болят глаза, значит чувствуем страдание (набегают слезы).

**«Дневник чувств».** Это самая важная часть работы с эмоциями в процессе реабилитации. «Дневник чувств» можно вести, например, как указано в табл. 4.

Таблица 4

ЧУВСТВА	Что произошло (мысль, воспоминание и др.); когда это произошло	КАКИЕ ОЩУЩЕНИЯ ПОЯВИЛИСЬ В МОЕМ ТЕЛЕ?	Мне было приятно или неприятно?	Как я себя вел/а/? Что я сделал/а/?
<i>Стыд, стеснительность</i>	<i>Опоздал на группу</i>	<i>Напряжение в плечах</i>	<i>Неприятно</i>	<i>Я подумал о наказании (введение в список)</i>
<i>Беспокойство</i>	<i>Мысль о том, что меня могут уволить с работы (во время группы)</i>	<i>Давление в желудке</i>	<i>Неприятно</i>	<i>Я сосредоточился, внимательно слушал</i>
<i>Радость, ликование</i>	<i>Мне позвонил сын</i>	<i>Учащенное сердцебиение, тон голоса выше</i>	<i>Очень приятно</i>	<i>Я улыбался, быстрее говорил, подумал: «Не все потеряно»</i>

«Дневник чувств» помогает научиться определять собственные эмоции, а благодаря этому – глубже узнавать себя. Постоянное ведение «Дневника» помогает лучше понимать свои реакции и действия. Результатом этого может быть замена старых форм поведения новыми, которые мешали наладить хорошие отношения с людьми или отнимали спокойствие и душевный покой, очень нужные в процессе выздоровления.

Пациенты заполняют «Дневник» каждый день, записывая туда чувства, которые переживали в течение всего дня, во время занятий и в другое время. В польских центрах обычно обсуждение дневников проводится ежедневно, чаще всего во время специальной вечерней группы, посвященной анализу записей в дневниках или анализу чувств за данный день. Как говорит один из консультантов, «дневник чувств – это зеркальце, в котором можно рассматривать то, что у нас внутри». И добавляет: «Не пиши дневник так, чтобы он понравился твоему психотерапевту. Это не пойдет тебе на пользу, а принесёт вред. Пиши о себе и для себя».

Вести запись своих чувств по такому же образцу рекомендуется и после окончания реабилитации; некоторые зависимые (и созависимые) ведут свои дневники годами и считают это очень полезным занятием.

**О роли стресса у зависимых пациентов в начале выздоровления.** Начало процесса выздоровления связано у зависимых пациентов с очень сильным стрессом. Его вызывает каждое важное изменение в жизни,

каждая необходимость приспособления. У всех есть такой опыт, потому что мы все меняли работу или школу, место жительства, начинали жить в другой семье или попадали в круг новых знакомых. Стресс такого рода у людей больных зависимостью особенно тяжело переносить в начале трезвого пути, потому что в мышлении, чувствах и образе жизни меняется абсолютно все.

Часто мы это знаем, хотя не всегда готовы с этим согласиться и не всегда способны понимать и принимать поведение пациента, являющееся реакцией на этот стресс. А пациенты с небольшим сроком трезвости, в сущности, постоянно находятся в сильном стрессе. Если мы будем смотреть на них с такой точки зрения, то вскоре начнем различать ситуации, которые являются источниками стресса, когда зависимый человек начинает лечиться и когда участвует в процессе реабилитации. И тогда можно (чтобы помочь и больному, и себе в работе с зависимыми) задуматься о том, как уменьшить этот стресс. Для этого стоит включать в процесс реабилитации общеизвестные антистрессовые процедуры: релаксацию, музыкотерапию и другие.

**Подход к пациенту в ранней стадии реабилитации.** От того, как мы будем относиться к пациенту, какой с ним наладим контакт, будет зависеть останется он в реабилитационной программе или уйдет, а если останется, то насколько захочет взять на себя труд выздоровления.

Лечить человека или болезнь? «Без сомнения, наш пациент сначала родился человеком со своим генетическим наследством, потом рос и впитывал влияние окружающей среды, в которой формировалось его восприятие, сознание и опыт, а только позднее он начал употреблять ПАВ часто из-за неспособности другим путем справиться с жизнью и сопровождающим его страданием. Развитие зависимости повлияло на то, как он мыслит и действует, произвело деморализацию, разрушило его ценности, уменьшило его способность чувствовать; но это влияние происходило на определенном фоне; оно связано с изначальной ситуацией и хотя бы по этой причине зависимые разнообразны; болезнь разная у разных пациентов, не развивается по всеобщим, универсальным правилам», – говорит Магдалена Ильницка, специалист психотерапии зависимости. Каждый из нас может привести многочисленные примеры таких различий, однако мы неоднократно забываем о «здоровой части» наших пациентов. Удивительно часто хороший контакт даже с трудными пациентами получается у тех, кто сумел поговорить о том, чем данный человек интересуется, что умеет хорошо делать, о его семейной истории или детях, о родных местах. Это направление – работу со «здоровой частью» – можно развивать во время реабилитации: известны такие отделения, где устраивали театр, вечера самодеятельности (игра на инструментах, пение), творческие курсы (рисунок, резьба), мастерские народного ремесла и украшений, в женском реабилитационном центре – обучение кройке и шитью. Все подобные инициативы, когда пациенты могут развивать свои творческие способности, увидеть

сами себя и показать другим именно свою «здоровую часть», поддерживают процесс реабилитации.

**Контакт с пациентом как неотъемлемый элемент процесса реабилитации.** Мы все имеем большой опыт в налаживании и поддержании контакта с окружающими нас людьми, делаем это много лет, с раннего детства. Надо только перенести этот опыт на общение с пациентами и не бояться пользоваться им. Хочется напомнить классическую в психотерапии теорию контакта с пациентом по Карлу Роджерсу (основные принципы клиент-центрированной психотерапии): чтобы создать хороший контакт, способствующий положительным изменениям у клиента или пациента, необходимы:

эмпатия (сопереживание),

принятие (акцептация),

достоверность (подлинность, аутентичность; по Роджерсу – это *конгруэнтность*; что чувствует и переживает, то и выражает, то есть говорит и показывает).

**Эмпатия, сопереживание.** О том, какую роль играет сопереживание в работе с зависимыми пациентами, говорит психотерапевт: «Ведущей темой в образе психического состояния во время абстинентного синдрома является чувство одиночества, полного отчуждения, чувство, что все меня бросили, никто не понимает. Смысл жизни и ответственность за свою жизнь – для зависимого человека понятия абстрактные; они повреждены из-за нарушения автобиографической памяти, из-за поступков, не совместимых с собственной системой ценностей, а иногда из-за отказа от какой-либо системы ценностей, а также удивления самим собой и формой своей жизни, возможно, ее деградацией или даже дегенерацией, которые приходится сопоставлять со своим бессилием и отчаянием. В порочном круге зависимости бессилие и отчаяние нагоняют следующую выпивку, употребление или игру. Психотерапия должна задержать этот порочный круг... Наверно все, с кем я разговаривала, без исключения, чувствовали себя виновными и поэтому – хуже других людей. С того момента, когда я узнала, что за каждым поведением человека, с которым разговариваю, скрываются страх, печаль и чувство вины, мне намного легче начинать каждый разговор».

Нижеприведённые высказывания пациентов подтверждают, насколько им необходимо роджерсовское сопереживание:

*\* «Последний запой длился наверно год, с жутким восприятием мира как чего-то ужасного: я двигаюсь в каком-то сне, с мощным страданием и чувством, что этот мир не для меня. Чтобы почувствовать себя лучше, я насмеялся, издевался над людьми, у которых есть семьи, которые растят детей, стремятся к чему-то в жизни. Я считал, что они ненормальные и старался убедить себя, что это я нормальный. Я помню, как когда-то я пил три дня в какой-то развалине, где был разрушенный чердак: над половиной еще была крыша, но ее вторая половина – одни балки, видно небо; мы смотрели на звезды и, чтобы возместить себе*

*это разрушение, вши и грязь, я построил себе теорию, что здесь у нас, как на Монмартре в Париже. А вернулся домой после этих трех дней, весь в каких-то насекомых, родители уже искали меня в больницах и других местах. Приехал брат и сильно мне помог, честно говоря, он меня уговорил поехать в наркологическую больницу. В состоянии ужасного похмелья я ехал в эту больницу и думал, чтобы как можно быстрее отдать себя в руки людям, которые смогут привести меня в нормальное состояние без страха перед алкогольной эпилепсией (Юзэк Люблин)».*

*\* «А еще не был таким окончательным завсегдаемым канав, но мое психическое состояние было ужасно, преобладало чувство безнадежности, что, мол, выхода уже никакого нет. Я ненавидел себя и других, у меня было громадное чувство вины и стыд. Я даже желал смерти всем моим близким, чтобы мне не надо было стыдиться моих пьянок. Я отлично знал, что я алкоголик, только я был уверен, что не пить невозможно, что это неизбежная часть моей жизни» (Болодя Быдгошч)».*

*\* «Моя жизнь была уже такой запутанной, что я боялся того, что будет дальше. Я висел на четвертом этаже, на балконе с желанием самоубийства, на следующий день я ходил по улицам и хотел броситься под колеса машин. Моя семья была разрушена, рушилась работа. Причиной того, что я начал искать помощь, был страх перед предстоящей жизнью. Страх и еще раз страх» (Петр Кошалин).*

*\* «Я непрерывно пил уже две недели, мать приехала ко мне и сказала: «Я договорилась, что тебя примут в стационар». А мне было в принципе все равно, что со мной будет, куда меня заберут, лишь бы я мог куда-то спрятать голову, так ужасно мне было стыдно, столько было во мне чувства вины, связанного с тем, что я опять подвел семью, жену, мать, себя самого. Я не мог смотреть людям в глаза».*

*\* «Когда я очутился на детоксе, я два дня не высовывал нос из палаты, даже кушать не ходил: во-первых – не мог, а во-вторых – мне было ужасно стыдно. Я принес себе какой-то детектив, старался будто бы читать, но, честно говоря, я прятал свое лицо» (Юрек Щетин).*

**Принятие, акцептация.** Несмотря на все особенности реабилитации зависимости, с такими пациентами это кажется еще важнее, чем в других областях психотерапии. Многие из тех, кто помогает зависимым, понимают это и утверждают так:

*«Когда спрашиваем зависимых пациентов, какой толчок привел их к решению остаться в отделении или амбулатории, они часто вспоминают хороший подход к ним: кто-то пожал им руку, кто-то обратился с уважением, кто-то спросил: «Как себя чувствуешь?» и т.п. Казалось бы, ничего особенного, но эти небольшие проявления принятия как человека часто являются для зависимых чем-то необычным, удивительным и, следовательно, иногда приводящим на ум мысль: «Может, я еще что-то стою и у меня что-нибудь получится?»».*

«Поэтому фундаментальное значение имеет то, чтобы человек чувствовал, что в этом месте его принимают вместе с тем грузом, с которым он сюда пришел. Наши пациенты очень боятся моральной оценки того, что они делали, осуждения их пьянства, отсутствия здравого смысла и сильной воли. Обычно когда человека принимают таким, какой он есть, заметно уменьшается напряжение, он чувствует облегчение».

«В лечении зависимости очень важно, чтобы пациент мог оказать нам доверие, чтобы чувствовал, что мы его уважаем, храним его достоинство».

«Как я разговариваю с теми, кто первый раз перешагнул через порог нашей амбулатории? Самое главное – я забочусь о том, чтобы они почувствовали себя безопасно на столько, на сколько это возможно. Тогда через некоторое время они смогут рассказать о своем настоящем страдании. Я уже знаю, что мое дружелюбие и уважение важны не менее, чем информация, которые они от меня получают. Я думаю, что иногда эти чувства даже важнее. Умение внимательно, активно слушать – это фундаментальный инструмент в моей работе. Я много раз испытывала, что только таким путем я могу убедить того, с кем разговариваю, что он заслуживает уделенного ему времени и внимания».

«Мы принимаем пациента как человека, вместе с его потребностями, возможностями и недостатками; вместе с его умением пользоваться разрушением и нехваткой умения отвечать на окружающую среду конструктивно. Это не значит, что мы с терпимостью подходим к поведению, которое обижает других, к несоблюдению норм и правил, к нарушениям границ и проявлениям неуважения. Несмотря на то, мы понимаем, откуда взялось такое поведение, какой его источник – но, понимая, мы не оправдываем». Для пациентов принятие их и (как они сами говорят) подход как к человеку является решающим фактором для решения, чтобы начать реабилитацию:

*\* Полицейские уже третий раз привезли меня в наркологию, а главврач поблагодарил их за то, что привезли меня, и пожал мне руку. Потом пригласил сесть, выслушал до конца. Для меня это был шок. Этого пожатия я до смерти не забуду: он меня не пугал, не критиковал, не оценивал – заметил во мне человека. Благодаря этому я начал задумываться, может ли во мне еще быть какая-то частица добра. Тогда еще не существовала программа реабилитации, я пытался сделать что-то самостоятельно, расспрашивал, много читал. С того времени я иду по трезвому пути более семи лет (Тадеуш, село в области Хелм).*

*\* А пришел к выводу, что в наркологии работают люди, которые хорошо относятся к зависимым (Матвей, Познань).*

*\* Меня приняли в стационар, я там встретил замечательных людей и сразу же поверил, что я алкоголик. Я их всех полюбил, включая санитарку, которая меня переодевала (Януш, Сокулка).*

Последний пример, который касается принятия пациента, отчетливо показывает, что если действительно с этого начинать и глубоко так чувствовать, то условия для работы становятся намного лучше: «Я довольно часто спрашиваю у людей, как они чувствуют себя одинокими и что тогда

делают. А говорю это таким голосом, что становится понятно: это нормальная вещь – использовать губительный способ, которым является употребление алкоголя и наркотиков для того, чтобы справиться с одиночеством. Много людей так делает, хотя это их уничтожает, и я это понимаю. Что-то такое у меня на лице и в голосе, что убеждает: это не подвергается наказанию и это не грех, а один из возможных способов, который перестал помогать. С такой точки уже можно начать другой разговор, что возможно найти другой способ и как это сделать. Что во время реабилитации можно расширить набор возможных средств и методов против одиночества и перестать пользоваться этим разрушающим».

**Достоверность (подлинность).** Насколько она нужна пациентам и как быть достоверным, говорят психотерапевты:

«В подходе к пациенту нужна такого рода достоверность, которая вызывает доверие пациента к психотерапевту, потому что он ведет себя последовательно, не надевает маски в присутствии пациента, не притворяется. Чувства, которые появляются у обеих сторон, могут быть для психотерапевта темой для обработки, и злость, и растроганность, и страх, и восторг».

«Важно, чтобы человек, который разговаривает с теми, кто приходит, был «настоящим» и дружелюбным. Чтобы то, что говорит и показывает, было правдой: если ты сам не веришь в то, что говоришь, что зависимость – это болезнь и её нужно лечить, трудно убедительно передать это другому человеку и требовать, чтобы поверил».

«Конечно, надо обращать внимание на культуру общения с пациентом, но я думаю, что сказать напрямик: «И чего ты, брат, треплешься?» иногда бывает более психотерапевтическим действием, чем длинные объяснения. Также и с проявлениями злости. Ты думаешь, что когда ты злишься на пациента, он об этом не знает? Когда ты скрываешь злость, он чувствует, что ты его отвергаешь и обманываешь, так что когда ее покажешь, для него это может быть очень значимым. Правда, иногда это может быть шок, но я так делаю».

«Иногда быть достоверным тем, кто помогает зависимым, – очень трудная задача. Многие из них должны этому учиться. О начале своей работы с зависимыми рассказывает психолог и психотерапевт: «Я люблю людей» – такую надпись я гордо носил на груди, разгуливая по залу в центре обучения во время тренинга по психологической помощи. Другие участники ходили – также у всех на виду – с другими своими лозунгами или важными для себя принципами, читая их, друг у друга. Когда психолог, который вел этот тренинг, посмотрел на мою надпись, его брови поднялись очень высоко – это был отчетливый сигнал удивления. Эти брови, вызывающие тревогу, привели меня к многолетнему, внимательному наблюдению за моим подходом к людям. Действительно ли это так, как мне кажется? Я в этом уверен? Так почему, например, я терпеть не могу А., не выношу Б., не в состоянии выдержать В.? Почему?»

В заключение того, что касается контакта и эмоциональной связи, убедительно высказались два консультанта:

«Между пациентом и тем, кто ему помогает, возникает достаточно крепкая и особенная эмоциональная связь. Если бы психотерапевт или консультант перестал быть участником этой связи, то потерял бы контакт с пациентом; но, с другой стороны, ему нельзя погружаться в эти эмоции настолько, чтобы потерять себя» (Ежи Жук, Вроцлав).

«Я считаю, что кроме профессиональных знаний большое значение имеет еще и сердце».

*«Говорить несложно и понятно для всех!»* Каждый, кто работает с зависимыми должен развивать это мастерство. К пациенту, который начинает выздоравливать, поступает очень много нового и достаточно сложного материала, чтобы мы могли позволить себе осложнять его непонятными словами или непростыми формулировками. Сначала ему очень трудно сосредоточиться и сознательно пользоваться своим умом – поэтому он или она слышит только отдельные, особенно важные или/и эмоционально насыщенные, как мы говорим, «слова-ключи». Стоит подумать: какие слова в похожей ситуации мы хотели бы услышать от своего психотерапевта или консультанта? В десятках обучающих групп, которые я вела, участники ставили себя на место пациентов и получали одинаковый результат: они хотели бы услышать слова поддержки, ободрения, надежды. Стоит подготовить себе несколько таких фраз, а потом проверить и проконсультировать, чтобы они звучали убедительно и затем использовать эти слова-ключи. Иногда надо немного поупражняться, потому, что некоторым из нас трудно произнести простые фразы: «Я верю, что у Вас получится», «Ваши шансы не меньше, чем у других», «Мне кажется, что у тебя достаточно сил, и ты справишься». Иногда пациенты спрашивают «Станет ли мне лучше?». Я тогда отвечаю: «Знаете, по крайней мере, не хуже». Это уже какая-то надежда для человека, у которого ее нет вообще. Надо быть осторожным, чтобы не обещать слишком много, но и показать, что всё-таки кое-что возможно.

Полные опасений и страха, пациенты редко говорят об этом спонтанно. Такие чувства им трудно выразить и поэтому надо проявить эмпатию: определить их и начать говорить о них вместо пациента, предупреждая и успокаивая. Вообще важно в контакте с пациентом быть готовым активно вести с ним общение – особенно существенно это в тех областях или по отношению к таким проблемам, которых он сам не затронет.

*«Люди, которые перешагивают через порог наркологического заведения первый раз в жизни, пересекают одновременно невидимую границу двух миров: мира полного одиночества и мира, в котором в присутствии кого-то чужого придется страдать из-за собственного стыда и беспомощности. Мне близки те, кто попал за эту волшебную линию, и я понимаю, в какой трудной ситуации они находятся. Я уже знаю, что они часто ведут себя довольно неприятно, потому-то им очень стыдно. Ведь не так-то легко рассказывать чужому человеку о своих личных неу-*

*дачах и провалах». «Я иногда разговариваю с мужчинами, для которых обращаться за помощью – это унижение. Меня это не удивляет, ведь в нашем обществе образ настоящего мужчины – это сильный, ни в чем и ни в ком не нуждающийся человек». «Мне не один раз приходилось видеть большое облегчение у пациентов, когда я объясняла им, в чем состоит реабилитация. Я думаю, что это серьезное препятствие и трудность, с которой надо справиться: недостоверные, старые и неоднократно ложные (фальшивые) информации о реабилитации. Призрак психбольницы и дисульфирама вызывает чувство полной беспомощности; часть пациентов, попавших к нам впервые, думает, что именно это их ждет» (психолог Малгожата Матусик).*

Доступные объяснения основных понятий – стоит над ними поработать, чтобы иметь подготовленные довольно короткие, несложные, понятные, но значимые формулировки. Чтобы, например, предлагая реабилитацию, не употреблять не понятные пациенту слова и фразы. Стоит также подготовить ответы на вопросы: «Что такое зависимость?», «Что такое наркомания?», «Что такое алкогольная болезнь?», «Кто такой наркоман/алкоголик?».

«Самым лучшим способом передачи новых знаний является такой, который используется в АА: формулировки предельно простые, отчетливые, понятные каждому. Нашей самой распространенной ошибкой являются слишком трудные слова, слишком трудное содержание и слишком трудные фразы. Можно сказать так: мы говорим человеку что-то с 11 этажа, а он стоит на первом, а потом решаем, что он ничего не понимает. А он не понимает, потому что не в состоянии понять. То, что мы передаем, к тому же должно быть практическим. Все, чему мы учим пациента, должно быть такое, чтобы он потом мог это использовать, в том числе информацию о болезни – сказать что-то и сразу же показать, куда это годится. Такой подход – это тоже составная часть контакта» (Ягода Еречек).

Поэтому нам нужны меткие, сочные метафоры, которые легко запоминаются: «из соленого огурца никогда не получится свежий», «лечить похмелье алкоголем – это как лечить человека, отравленного ядовитыми грибами, следующей порцией ядовитых грибов», «вытащи вату из ушей и положи себе в рот» (перестань говорить, начни слушать). В этой области мы все можем стать изобретателями, как Чеслава Новак, которая так заботится о тех, кому стыдно: «В начале нашего общего пути я говорю пациенту, что он может не опасаться меня, стыдиться или что-то мне обещать – я не страдала от его употребления, я ему не мать и не жена».

Самые простые способы воздействия имеют волшебный эффект: встать, когда пациент входит; протянуть руку; представиться; пригласить его сесть; предложить стакан чая. Так рассказывает об этом одна из опытных психотерапевтов зависимости Гражина Плахцинска: «Самое важное в начале – это смотреть в глаза, видеть человека и улыбаться ему. Хотя иногда даже улыбка воспринимается как насмешка или осмеяние. Потому что обычно в стационар или амбулаторию приходят люди, которым стыдно и

которые боятся. Они показывают тогда два вида поведения: или видно, что кто-то чувствует себя дрянным, никудышным, подавленным, или именно так чувствует себя внутри, а на поверхности он лихой и дерзкий. Такому пациенту не надо говорить, что я это вижу, а только для себя заметить и дружелюбно смотреть. Я думаю, что очень важно также чувство юмора, которое снижает напряжение, уменьшает сопротивление».

Еще один фактор: «Важный вопрос – это обеспечение зависимому человеку во время реабилитации чувства, что у него есть свое место. Обычно, чтобы могло сформироваться хорошее отношение к месту, где идет реабилитация, должны сначала образоваться хорошие отношения с какими-то людьми оттуда, и эту большую роль играет ведущий терапевт или тот, с кем пациент строит свой *личный план выздоровления*». «Называется это по-разному, но суть в том, чтобы был определенный человек, который интересуется мной и моими делами, тем, что я делаю и как это у меня получается, для которого я являюсь важным» (Ягода Еречек).

«Самым важным фактором в принятии пациентом решения, останется ли он в реабилитации, или нет, является не то, что мы ему предлагаем, но, прежде всего то, какие это люди – те, кто ему помогают, какой у них подход к пациенту. Я думаю, что нет ничего такого, как ящичек с чудодейственными способами воздействия на пациентов или набор трюков, благодаря которым мы можем заманить человека в реабилитацию. Суть дела в том, на сколько я и другие, к которым он обратился за помощью, готовы быть вместе с пациентом и на его стороне, а на сколько -против него. Я считаю это решающим условием получения терапевтического успеха. Потому что если у нас изначально такая установка, что пациент ниже и глупее нас, что он чем-то хуже, то мы сами уменьшаем свои шансы, чтобы могла произойти встреча с этим человеком. Важно и то, воспринимают ли нас пациенты как людей, у которых серьезный подход к своей работе, которые профессионально относятся к своим обязанностям и сами верят в то, что предлагают. Это нехорошо, если мы создаем слишком большое расстояние между собой и пациентом, но я не считаю, что человек, помогающий зависимым должен, прежде всего, быть хорошим товарищем, дружкой. Зависимый человек, когда приходит в реабилитационный амбулаторий или стационар, ожидает серьезного подхода, хочет, чтобы ему предложили серьезное лечение» (Халина Гинович, специалист психотерапии зависимости; наркологическое отделение больницы в Лукове).

Годы нашего опыта показали, что *контакт (отношение, общение) на много важнее, чем процедуры, методы, технологии, сценарии*. Вспоминают бывшие пациенты:

*«Для меня это была приятная неожиданность: в амбулатории было совсем по-другому, чем когда-то, когда я только получал дисульфирам, что мне не помогало. Зато на этот раз я встретил человека, который – я это почувствовал – хочет мне помочь. Я впервые встретил кого-то, кто меня не упрекал ни в чем плохом, не придирался, не спрашивал, почему я так себя веду. Подход ко мне был, как к человеку, а не как к подонку.*

*А такое впечатление у меня было не только в отношениях с людьми, но сам с собой я тоже себя так чувствовал» (Роман, Бяла Подляска).*

*«Я чувствовал себя совершенным ничтожеством, а психолог разговаривала со мной, как будто бы я был кем-то важным и так дружелюбно на меня смотрела. Только поэтому я пошел к ней второй раз: мне, как воздух, было нужно другое человеческое существо – принятие и помощь. Она меня приняла и сказала, что хочет мне помочь. И я ей поверил» (Януш, Быдгощ).*

### **Мотивация как элемент психотерапии зависимости.**

«Большинство тех, кто лечит зависимых, мотивацию оставляет пациентам. Я думаю, что так получается, потому что это один из самых трудных этапов нашей работы». Создать мотивацию – это часть процесса реабилитации. Вот как рассказывает об этом специалист психотерапии зависимости Зофия Майтчак: «Во время многих обучений, конференций и профессиональных встреч я слышу высказывания: «пациент не идет по программе, у него нет мотивации»; «пациент ничего не добился, потому что отсутствует мотивация». Часто такие слова произносятся с обвинительными нотами, ясно указывая, чья это обязанность иметь мотивацию и кто должен этого достигнуть (конечно же пациент!). Такой подход, такое смещение центра тяжести с того, кто помогает, на пациента по сути дела освобождает от ответственности за результаты своей работы. И тут я вспомнила анекдот: «Какое условие надо выполнить, чтобы психотерапевт ввинтил лампочку? – Надо, чтобы лампочка хотела». Как-то странно они напоминают друг друга – эта лампочка и зависимый пациент: оба не хотят!».

Составной частью этой трудности является стресс, связанный с ситуацией, в которой мы часто работаем, как сапер: считаем, что можем ошибиться только один раз, пациент уйдет и не вернется. Поэтому возникает самый важный вопрос: что же нам сделать, чтобы он/а/ остался/лась/? Как получить такой результат? Я хочу обратить внимание, что это неправильный подход: разговор с нами – это только один из шагов на пути пациента к выздоровлению или к ухудшению. Самый опытный «ветеран» из сотен пациентов, которые попадали ко мне в группу, был в наркологических и реабилитационных отделениях 24 раза; и все считали, что у него ничего не получится, что он является собой безнадежный случай, а он прочно встал на путь довольно стабильной трезвости и во время нашей очередной встречи не пил более двух лет.

Так что мы не знаем, какие наши слова или действия могут сыграть существенную роль в том:

чтобы испортить пациенту «комфорт употребления», довести до его сознания, что он не пьет «нормально» и «как все»;

чтобы дать ему нужную информацию о реабилитации, привести убедительные аргументы, что там действительно могут ему помочь, а в том месте, где происходит реабилитация, ничего страшного нет;

чтобы показать ему, что есть для него надежда, что он сможет изменить свою жизнь и выжить без психоактивного вещества.

Иногда процесс принятия решения – обратиться за помощью – длится годами, а за последним решением, чтобы идти в реабилитацию, обычно стоит несколько разных факторов: нажим, разговоры, усилия разных людей, собственные раздумья.

И еще одно заблуждение, которое часто разделяют те, кто работает в наркологии: что результаты выздоровления зависят от того, пришел ли пациент лечиться добровольно или принудительно. Я хочу подчеркнуть, что процент пациентов, которые приходят лечиться добровольно, которые действительно хотят выздоровления, небольшой. Практически все пациенты являются по сути дела принужденными: их заставила жена, испугал врач, убедили дети, появился страх последствий. Как сказала Зофия Майтчак: «Наркология для употребляющего зависимого – это последнее место во вселенной, где он хотел бы находиться».

Так что даже если пациент повторяет за нами, что он алкоголик или наркоман, если подтверждает, что хочет лечиться, это не значит, что у него настоящая, глубокая мотивация. На профессиональном языке это называется мотивацией «выученной» (а не вытекающей из личного опыта, не исходящей из эмоционального уровня), «уговоренной» (когда я соглашаюсь, чтобы избежать конфликта или доставить психотерапевту удовольствие), «приспособленческой» (все говорят, что они зависимые и решили больше не употреблять – и я говорю).

**Четыре уровня мотивации.** Мотивация – это процесс, на разных его этапах нужны разные действия. Зофия Майтчак выделяет четыре уровня мотивации, причем, естественно, они связаны с этапами реабилитации, а точнее определяют их:

- 1) мотивация, чтобы прийти в отделение или амбулаторию и остаться;
- 2) мотивация, чтобы лечиться;
- 3) мотивация, чтобы бросить употребление и поддерживать это решение;
- 4) мотивация, чтобы выздороветь.

*На первом уровне* какие задачи у тех, кто помогает? В самом начале необходимо наладить контакт: понять; показать уважение; сообщить свое дружелюбное отношение; сделать что-то особенное (точнее, что пациент расценивает как особенное); показать заинтересованность жизненной ситуацией (когда последний раз кушал, где ночует, есть ли семья, дети...); убедить, что не будет критики, оценки, осуждения. Рассказывает психотерапевт зависимости: «Психологи одного из польских амбулаторных центров рассказывали мне, что говорили об этом их пациенты: «Когда я пришел сюда первый раз, ты обращалась ко мне *здравствуйте, садитесь, пожалуйста*, предложила мне стакан чая, а я сравнивал это место с другими, куда я раньше приходил и где подход ко мне был никудышный, сверху

вниз. Здесь было совсем по-другому: никто не оспаривал того, что я говорю. Оказалось, что это одно из самых приятных мест, в которых я в жизни побывал».

*На втором уровне* уже необходим диагноз, но, конечно, не длинная речь о зависимости и о способах лечения, а разговор о имеющихся уже у данного пациента симптомах болезни; это поможет ему провести идентификацию (отождествление) с наркоманией или алкоголизмом. Польские врачи чаще всего предлагают пациентам самим провести диагностическую процедуру: больные получают опросник (тест) и сами его заполняют, а потом обсуждают с психотерапевтом, консультантом или медсестрой в зависимости от того, кто в данном заведении проводит разговор в так называемом «первом контакте». Иногда пациентам дают не опросник, а список симптомов зависимости с информацией, что появление трех-четырех из них достаточно, чтобы начать серьезный медицинский опрос с целью поставить диагноз. В групповой работе иногда предлагают пациенту, не убежденному в своей зависимости (парадоксально) доказать группе, что у него эта зависимость есть.

Я лично часто начинаю с того, что делюсь своим убеждением: подозрение зависимости возникает, когда ты сам/а/ и/или твои близкие считают данный способ поведения вредным, а ты всё-таки не перестаешь это делать. Но тогда вред или потери надо рассматривать на очень конкретном уровне, проводить анализ деталей и обсуждать их, используя свои знания проявлений механизма отрицания.

*На третьем уровне* чтобы бросить употребление и придерживаться этого решения, нужны более активные процедуры. С этой целью мы ведем, например, подробную разработку «разрушений, которые алкоголь вызвал в моей жизни» и одновременно пациенты собирают информацию, какую пользу приносит им то, что не употребляют. Вот несколько вариантов такой работы.

1. Определение, какие области жизни и в какой степени нарушило употребление психоактивного вещества. Чаще всего для этого употребляется *Путеводитель* самопознания «алкоголь и моя жизнь» или «наркотики и моя жизнь»: пациенты записывают, что, в каком количестве и как часто употреблял/а/ и приводят по 10 конкретных примеров последствий употребления в разных областях своей жизни, а среди них: семейная жизнь (иногда отдельно «как муж/жена» и «как отец/мать»), работа или другие жизненные задачи (например, учеба, уход за хозяйством, досмотр предприятия), здоровье, общение с людьми, духовная жизнь. По другому образцу в *Путеводителе* пациенты приводят примеры, как употребление меняло их поведение, мышление и эмоции. В каждой области пациенты рассматривают свои примеры и записывают выводы, иногда сами, но чаще с одним или несколькими товарищами по группе или со своим ведущим психотерапевтом или консультантом. Выводы обсуждаются в группе.

2. Количественное определение, сколько данного вещества пациент употребил в своей жизни и сколько это стоило с записью в хронологиче-

ском порядке, по годам и даже месяцам (процедура эта в варианте для алкоголиков называется «литраж»). Все это подсчитывается и составляется обобщающий список, который позволяет не только увидеть, как развивалась зависимость, но и определить, сколько на это ушло денег и что можно было бы за это купить, например, две шикарные машины, квартиру, яхту, о которой всегда мечтал. У большинства пациентов мы замечаем сильную эмоциональную реакцию именно на эту процедуру. Надо добавить, что огромную роль здесь играет группа: другие участники обычно охотно проводят анализ и вносят свои корректуры, когда кто-то скрывает важные данные о своем употреблении.

3. Другие занятия (как у нас говорят) «по разрушению»: как еще я ухудшал и даже разрушал свою жизнь? Какие угрозы и опасности для жизни и здоровья своего и других я создавал/а/ своим употреблением? Здесь существенным оказывается не только то, что человек потерял впоследствии употребления, но и то, что из-за этого не состоялось в его жизни. Пациенты в некоторых отделениях пишут работы на тему: как я уменьшал свои жизненные возможности, как перечеркивал шансы? Тут помогают дополнительные вопросы: какие ценности я забросил/а/ из-за употребления? К чему я потерял/а/ заинтересованность? Что я сделал/а/ против своих идеалов или важных для себя целей? Все эти темы обсуждаются в группе.

4. «Взвешивание» положительных и отрицательных результатов прекращения употребления, преимуществ и недостатков такого решения. Самым простым инструментом является листок с нарисованными весами, на котором надо записать результаты употребления.

Другой пример: можно просто разделить листок на четыре части и записать плюсы и минусы, связанные с употреблением и воздержанием (трезвостью).

Мотивационное воздействие имеет также подведение итогов каждой недели реабилитации, которое проводится в группе и/или с ведущим терапевтом. Можно и нужно обращать внимание даже на небольшие изменения в поведении и мышлении пациента, подчеркивать его достижения.

5. Разные действия для убеждения в положительных результатах трезвой жизни. Такое влияние имеют спикерские собрания АА и АН, которые можно проводить также через скайп или видеозапись. Доказательством преимуществ трезвой жизни на практике часто бывает участие всей группой в турпоходах, танцах (дискотеках) в трезвой среде, в годовщинах групп АА и АН, в разных культурно-развлекательных мероприятиях. Нередко в программу реабилитации включаются бег или другая физическая активность; тут результаты улучшаются быстро и однозначно связаны с длинной периодом трезвости (чем дольше, тем лучше).

*На четвертом уровне* наша задача уже не создавать мотивацию, а поддерживать ее. Работа пациента состоит в том, чтобы укреплять трезвый образ жизни, устанавливать и реализовать свои цели, благодаря которым жизнь становится полной и насыщенной, так, чтобы человек больше не нуждался в употреблении психоактивных веществ. Пациент определяет

своими приоритетными задачами: закончить заброшенное образование, создать стабильные отношения (семью), собственное предприятие. Кроме поддержки на этом уровне мы предлагаем пациентам (уже бывшим!) периодически повторять работу над профилактикой срывов.

Примеры работы над мотивацией:

- Говорит психотерапевт зависимости Гражина Плахцинска: «Когда кто-то начинает: «Я пришел вам сказать, что я не алкоголик», отвечаю: «Превосходно», потому что те, которые с чем-то несогласны – это многообещающие пациенты. Здесь сразу есть точка опоры: если Вы не согласны, то знаете ли с чем? Что знаете об этой болезни? Он или она спорит со мной, а я этому радуюсь, и всегда это написано у меня на лице.

- Если начинает рассказывать, как пьют другие, я задаю вопрос: «А кто, по вашему мнению, алкоголик?». Обычно человек говорит тогда о последней стадии болезни и часто приводит пример, скажем, соседа. Иногда даже говорит: «Вот он и должен лечиться». Спрашиваю: «А как (по каким признакам) вы узнаете, что этот человек болеет алкогольной болезнью?». Он собирает аргументы, а я дальше расспрашиваю: «А у вас есть что-нибудь из этого?» – «Ну, немножко уже чего-то такого есть, но не сильно». В первом разговоре я спрашиваю об основных жизненных условиях. Это первая конфронтация ведет на уровень определенных сведений – конкретных деталей, заставляет поставить ноги на землю, чтобы человек сам увидел, что у него осталось. Не надо подводить итогов, ничего подчеркивать. Свои вопросы надо задавать осторожно, они должны быть короткие, не оставаться долго у одной темы».

- Говорит психотерапевт зависимости Зофия Майтчак: «Когда начинаю работу над выработкой мотивации у пациента, спрашиваю, что такого случилось в последнее время, что сегодня привело его в нашу амбулаторию. Чаще всего человек осознает тогда, что на этот раз случилось что-то необычное даже для него, что он нарушил свое святое НИКОГДА: «никогда ничего не унесу из дома, чтобы продать», а унес; «Никогда не ударю ребенка», а ударил; «никогда не выпью денатурат», а выпил. Это убедительное начало разговора».

- Говорит психотерапевт зависимости Ягода Еречек: «Я обещаю такому человеку, который пришел первый раз, что научу его быть таким, каким он хочет быть, когда обращается к алкоголю или наркотикам, но без них».

Необходимо отметить три правила, связанные с работой над мотивацией. *Важно, чтобы те, кто работает с зависимыми:*

*приняли, что сформировать у пациента мотивацию – это главная задача;*

*воспринимали мотивацию как процесс, которым надо заниматься на разных этапах реабилитации;*

*на практическом уровне осуществляли правило, что мотивацию можно строить только на фундаменте полноценного контакта.*

## Как вести конфронтацию: быть неумолимым для болезни и дружелюбным для больного

Реабилитация зависимости невозможна без конфронтации, то есть без того, чтобы пациент встал лицом к лицу со своей болезнью и ее последствиями для него и для других. О выздоровлении не может быть и речи без активного стремления к правде о своей зависимости и без готовности изучать и анализировать ее, чтобы обезоружить. Но ведь в жизни пациента конфронтация происходила уже много раз: ему доказывали, как он погубил жизнь свою и родных, что он плохой и безнравственный, что мог бы опомниться и перестать употреблять. Именно поэтому жесткая конфронтация, которую так любят в некоторых системах реабилитации, не слишком эффективна. Конфронтация необходима, но она правильно действует только тогда, когда уравновешена дружелюбием и уважением к больному. Согласно принципу «жесткой любви» мы должны любить и поддерживать больного человека и в то же время быть беспощадным для его болезни.

Конфронтация – это не бокс.

У меня (Додзюк А.) иногда появляется впечатление, что для психотерапевтов или консультантов, ведущих конфронтацию, важнее, чтобы выиграть («я прав», «мое мнение правильное»), чем помочь пациенту сделать шаг к выздоровлению. О таком подходе в начале своей работы в амбулаторном режиме рассказывает один из польских консультантов Ежи Полянски:

*Вначале я чаще всего делал так: сразу же начинал довольно жесткую конфронтацию. Это вытекало из моего убеждения, что каждый приходящий сюда непременно зависимый (хотя об этом человеке я еще совершенно ничего не знал) и я обязательно должен убедить его об этом. Сегодня я эту тактику называю «долбить, как дятел» и меня совсем не удивляет, что многие пациенты ушли – я и сам не люблю, когда контакт со мной начинают с такой «долботни».*

*Вторым важным фактором был подход к реабилитации и способы поведения приходящих. Я выделил три характерных образца, для которых придумал названия.*

*«Боксер». Такой пациент приходит на занятия с определенной целью и внутренней подготовкой: чтобы отражать нападения (и это у него очень хорошо получается) или нападать. Для него важнее спорить и сражаться, чем выздоравливать. Чаще всего на вопрос «что привело вас сюда?» звучит ответ: «У меня все нормально, нет никаких проблем с алкоголем/наркотиками; меня заставили приехать сюда, вот я и приехал».*

*«Несчастненький». Такой пациент считает себя очень несчастным, в своем восприятии обиженным другими, именно так он себя преподносит. «Это другие виноваты, а ко мне придираются без причины», – такое высказывание можно услышать очень часто.*

*«Философ». Такой пациент любит много говорить, считает, что он специалист в каждой области и всегда имеет готовый ответ на каждую тему. Он часто перебивает других и включается в их разговоры, чтобы провозглашать свои идеи.*

*Если эти два фактора (мое действие и один из этих образцов поведения совпадут), то получается «ринг свободен, схватка первая». Именно поэтому люди перестают участвовать в занятиях. Вместо заботы о том, чтобы пациент чувствовал себя безопасно, свободно, чтобы его внутреннее сопротивление стало меньше, мы это сопротивление поддерживали и укрепляли».*

Какой подход нужен зависимым пациентам?

Дело в том, что не существует ответа на такой вопрос, особенно, если речь идет о первом контакте. О своем опыте рассказывает Данута Цеслюк из Центра лечения зависимости в городе Кошалин:

*Пациенты приходят с разным отношением к центру, по-разному о нем думают, так что надо понять, боится такой человек или нет, любит говорить или нет. Тогда надо внимательно слушать, не мешать, разрешить выговориться, но и уметь отвечать на вопросы и сомнения. Это создает приходящим возможность, чтобы узнать, что это за болезнь, отождествиться с нею и решить, начать ли реабилитацию.*

*Это моя задача – создать у всех пациентов чувство безопасности; своим подходом, голосом, выражением лица не пугать, не вызывать стыд, только сделать так, чтобы человек почувствовал, что здесь его место, что он попал туда, куда надо. И что никто в нашем центре не будет угрожать, отчитывать, принуждать. Некоторым пациентам очень стыдно и поэтому новых принимаем в отдельной комнате, за закрытой дверью, чтобы они вообще были в состоянии сказать что-нибудь.*

К каждому пациенту нужен особый подход, я это вижу уже тогда, когда он идет к нам по лестнице: как себя ведет, как смотрит, как выглядит, как двигается. По глазам можно определить, боится или нет (иногда проявляет агрессию, а в глазах у него страх). Боится и ведет себя агрессивно или боится и закрывается, ему трудно говорить. Мне приходится решать: дать время пациенту, чтобы он высказался, или мне сказать первой несколько предложений, чтобы человека ободрить.

Бывают пациенты агрессивные, но у меня с ними никогда не было никаких проблем. Когда такой пациент что-то говорит, то пусть говорит, он от этого получит облегчение. Когда выговорится, агрессия уменьшается и по-немногу можно начать разговаривать более-менее нормально.

Бывают пациенты, с которыми надо разговаривать медленно, спокойно, ни к чему их не принуждать, не доказывать, что они больные, позволить им принять собственное решение. Но бывают и такие, которым надо сразу сказать: «Вы больны и вам нужно лечиться, даже если придется это сделать принудительно». Иногда надо действовать твердо и решительно, даже принять решение за человека.

О необходимости решительного поведения говорит Гражина Плахцинска: «Некоторым – тем, кто чувствует себя беспомощными и у кого позиция «хорошего ученика», – нужен просто директивный подход, им надо указать, что делать, повести их за руку, показать нужный шаг. Помню пациента, которому я при первой встрече заявила: «Звоню в отделение и, если будет место, вы сразу же туда отправитесь». А он посмотрел на меня, как на Спасителя, сказал «хорошо» и прошел там полный курс реабилитации.

Наша цель – помочь. *Кроме индивидуального подхода к пациентам, способности различать их потребности и возможности, кроме гибкости, важную роль в эффективной конфронтации играет твердое чувство компетенции. «Иногда бывает так, что во время первой беседы человек спрашивает меня, считаю ли его зависимым. Тогда я напоминаю ему то, что он сам мне сказал, и опираясь на его информацию определяю, так ли это. Если считаю, что это зависимость, доказываю и объясняю пациенту, какая ее суть. Я однозначно показываю, что по болезни я эксперт. Человек имеет право задавать вопросы, а я как специалист по зависимости обязана ему ответить. Возможно, ему станет больно на некоторое время, но ведь то, что с ним происходит, болит много сильнее» (Гражина Плахцинска).*

Конечно, приходится говорить пациентам неприятные слова, которые для них звучат иногда, как приговор. Часто конфронтация вызывает сильную злость, иногда такую большую, что пациент уходит. Но, удивительно, часто возвращается, хотя не обязательно в то же самое место, может, в другой центр, может, в группу АА или АН. Почему? Потому что именно уровень его злости показывает, что тот, кто с ним разговаривал, попал своим аргументом в какое-то важное место, и устранить эту информацию из головы уже невозможно. «Что в этом важно? – спрашивает Ягода Еречек. – Что наша задача – это помощь пациенту, а ему не обязательно быть довольным. Многие психотерапевты и консультанты путают эти две цели: понравиться пациенту и помочь ему».

Среди многих парадоксов зависимости и ее реабилитации есть и такой: «Часто люди после реабилитации самыми хорошими психотерапевтами считают тех, которых сильно не любили и даже ненавидели во время лечения. Я такую оценку получаю от пациентов в 90 случаев на 100», – признается Гражина Плахцинска. – Они говорят: «На первый взгляд выглядит как девочка, но когда откроет рот, то страшно врать». Один парень сказал мне: «Когда не смотришь, то это плохо, то когда откроешь свои глазки, то я уверен, что слышишь мои мысли». Конечно, не слышу, но вижу, что он хитрит, не говорит правду, и сразу по моему лицу это видно, еще раньше, чем сообщу свои сомнения. Такого рода высказывания зависимых имеют одну общую черту: пациент встретил кого-то, кто не дается воздействию его манипуляции, но одновременно принимает его и позволяет ему увидеть положительные перспективы. Как будто он получал такой мой сигнал: я не согласна на разные твои манипуляции и буду в дальнейшем их тебе показывать, но я не отвергну тебя, ни на один момент, потому что я тебя

уважаю. Ты достоин самого глубокого уважения и именно поэтому я не согласна на такое твое поведение, которое тебя губит».

Опять же парадокс: терапевты считают требования от пациентов проявлением уважения к ним и заботы о них. Как говорит Ежи Мороз, заведующий отделением реабилитации в Щетине: «Оказалось, что теплые отношения и уважение не противоречат ни строгому подходу команды к своим обязанностям, связанным с выполнением реабилитационной программы, ни удерживанию строгой дисциплины. Поэтому пациенты жаловались, что это не отделение реабилитации, а концентрационный лагерь или армия».

Двойная задача как психологический фундамент конфронтации. «Суть дела состоит в том, чтобы зависимый человек стал способным к двум вещам одновременно – задержаться, осознавая свои провалы и неудачи, разрушение важных жизненных дел, и одновременно увидеть: «Это действительно место, в котором я сейчас нахожусь, но это не то место, в котором я буду вынужден провести остальную часть своей жизни». Поэтому надо помочь зависимому человеку свыкнуться с правдой о его жизни, чтобы подготовить его к выбору нового пути; он должен почувствовать в своей новой жизненной ситуации, что надо начать работу над целостным преобразованием своего места в мире.

Это и есть решающее значение принятия собственного бессилия. Почувствовать это состояние и преобразить его в начало нового пути – это очень требовательное задание. Люди от этого защищаются. У них обычно недостает сил, знаний и умения, поддержки для того, чтобы в этом месте задержаться подольше, чтобы удержать связь с ощущением всей этой области разрушения, провалов, разочарований. В работе с пациентом мы должны не только предпринимать разные шаги, чтобы пациент увидел и обследовал вместе с нами эти доказательства и информации, но еще нам необходимо так поддерживать пациента, чтобы он не сбежал с этого переполненного страданием, жуткого места, чтобы мог удержаться «на связи» с ним. Мы помним, что это место для него отнюдь не новое, он уже там неоднократно побывал, но в панике убегал оттуда к употреблению психоактивного вещества. Как привести его к тому, чтобы он не убежал вновь?».

Что мне помогает поддерживать дружелюбное отношение к (почти) каждому пациенту.

«Без сомнения, самым важным фактором в том, как я помогаю зависимым, является то, что с самого начала, без предварительных условий стараюсь полностью принимать тех, кому помогаю. Конечно, самое главное – это подход, но важно также убедительно его выражать. Так что стараюсь показывать свое принятие настолько отчетливо, насколько я в состоянии это сделать. Это вопреки привычкам и ожиданиям пациентов, но такое уж мое старомодное мышление: когда мы имеем дело с человеком встревоженным, угнетенным бедой и измученным (другие к нам за помощью не идут), он больше всего нуждается в сочувствующем взгляде и добром слове. Мне часто кажется, что я даю его в кредит, так как вначале у многих пациентов столько напряжения и такие сильные защитные механизмы, а иногда и

злость, что мне трудно представить себе человека, находящегося за таким непроницаемым фасадом. Однако нередко случается, что сразу же могу представить себе, каким был данный человек в детстве и интуитивно почувствовать, какие ему пришлось в жизни перенести травмы, которые стали причиной сегодняшних особенностей его поведения.

А поскольку я вообще так воспринимаю людей, то когда они постепенно раскрываются и в течение психотерапевтического процесса все больше о них узнаю, то все отчетливей вижу, какие они перенесли страдания и как постарались с ними справиться и выжить, а это приводит меня к сочувствию, часто признанию, а не к оценкам и осуждению. И так одним из главных козырей моего способа помогать пациентам является способность отличать человека от его стереотипной, ригидной или защитной формы поведения.

Конечно, у меня не всегда так получается, тогда я считаю это сигналом, что данная женщина или мужчина ассоциируются с какими-то следами моих собственных эмоциональных травм. И что мой перенос – или, как говорят психоаналитики, трансфер – является причиной восприятия этого человека так, как будто бы он был кем-то из моего прошлого; и не на него, только на моего отца или мачеху я даю такую эмоциональную реакцию, а пациент или пациентка только адекватно отвечают на проявления моих чувств. Если я это знаю и не хочу продолжать такие неправильные отношения (приносящие вместо пользы психотерапевтический вред) и принимаю решение поговорить об этом или поработать с другим психотерапевтом, то проблема исчезает. Впрочем, чаще всего это происходит автоматически: когда идет процесс сплочения группы и участники раскрываются, то довольно быстро все сходства с персонажами из прошлого исчезают.

Второй важной частью моего подхода к людям, которым я помогаю, является целостное, последовательное представление о том, как функционирует человек (если бы это не звучало слишком механически, я бы сказала, «как устроен человек»). У меня этот образ несложный и к тому же очень оптимистичный: все рождаются с огромными возможностями, с полной способностью давать гибкие реакции на то, что происходит, с положительным подходом к миру и людям. А потом травматические переживания отдаляют человека от самого себя, его реакции становятся все более стереотипными, ригидными, жесткими. Можно сказать, что каждый из нас – жертва травматических событий, которые случились в его жизни, и «каждый является своей замороженной историей». Моя задача – помочь ее разморозить, способствовать разрядке болезненных эмоций накопленных в прошлом, как правило, в детстве, а также предоставить возможность попробовать новые способы поведения, соответствующие взрослой ситуации: чтобы человек мог почувствовать собственные силы и энергию и убедиться, что у него есть доньше неосознанные возможности.

Результатом такого мышления является стремление, чтобы адекватно или просто правильно воспринимать эмоции и потребности человека, которому я помогаю. От моих даже самых красивых, самых умных гипотез (потому что я не представляю возможным думать о пациенте и создавать

план его реабилитации по-другому, чем строить временные гипотезы, а не принимать окончательное определение или устойчивый диагноз) и привлекательных идей я быстро отказываюсь, если поступает даже небольшой сигнал от пациента, что мои идеи не согласны с его внутренним или внешним миром. Благодаря такому подходу можно точно выбирать способы воздействия и психотерапевтические методы, решать, когда они нужны, а когда нет, и по ходу оздоровительного процесса строить новый образ данного пациента и данной психотерапевтической ситуации.

К тому же я очень ценю свой «ящик с инструментами», который собирала годами, – это набор процедур и методов для разных ситуаций; я их выучила на тренингах, увидела у других ведущих группы, придумала сама. Иногда достаточно только провести «просмотр ящичка» и выбрать из набора методов и упражнений такое, которое подходит к данной ситуации. Скажем, если женщина очень сурово осуждает свое выполнение роли матери, хотя дети уже взрослые, я могу просто обратиться к другим женщинам в группе, чтобы они поделились своим мнением, но могу также вытащить что-то из ящичка: организовать заседание суда с прокурором, защитниками, свидетелями и даже присяжными. Эта постановка воздействует на пациентов очень сильно и поэтому я пользуюсь ею только в чрезвычайных ситуациях – когда не действуют другие средства конфронтации такой матери с возможностью думать о себе по-другому.

Я считаю, что возможность увидеть свою проблему извне помогает приобрести чувство контроля над ситуацией и одновременно – если это происходит в группе – получить обратную связь, узнать, какой опыт у других и какие эмоции у них появлялись. Среди множества способов «извлекать» проблему наружу самым простым является, конечно, возможность громко рассказать о ней, но это может быть также, например построение из одного или нескольких человек скульптуры «мой страх», разговор с каким-нибудь своим стремлением, которое может сыграть кто-то другой. Самое главное, чтобы проблемы не оставались только в голове, а можно их было разглядеть, подумать о каких-то новых решениях или даже просто прогнать.

Еще одна предпосылка, которая помогает мне работать с пациентами, очень простая: почти всегда стоит воздействовать на самооценку, то есть сказать человеку хорошее слово или сделать что-то, что будет для него сигналом об уважении и симпатии. Эта часть моего ящичка заполнена обильно, так как думаю, что отрицательные информации попадали к людям и укладывались у них в голове в такой разнообразной форме, что надо иметь для них много разных противоядий. А еще мне кажется очевидным, что когда человеку в процессе реабилитации зависимости придется стать лицом к лицу с какой-то трудной правдой о себе, то он справится с этим лучше, если будет думать о себе более положительно. Впрочем, в этой области недостает так много, что большинству моих пациентов жить с таким недостатком трудно и больно, а их самооценка является настолько существенным слагаемым общего удовлетворения и жизнерадостности, что заниматься ею всегда имеет смысл.

Я стараюсь в как можно большей степени использовать силу группы. Когда кто-то слышит от десяти и больше человек, что, например, достоин любви, или что его старое поведение, за которое себя до сегодняшнего дня укоряет, было оправдано той жизненной ситуацией (обычно не удается это совсем отвергнуть), и он остается со своим старым мышлением. В группе, как правило, найдется кто-то, кто конструктивно решил проблемы, похожие на мои, или как-то с ними сладил – это не только дает надежду, но и снабжает образцами поведения. Впрочем, вообще разнообразие опыта, который раскрывается в группе, часто воспринимается как поддержка и обогащение собственного жизненного опыта.

Однако решающим фактором в воздействии группы является, по всей вероятности, что-то другое: атмосфера поминания, дружелюбия и принятия. Поэтому пациенты в группе находят в себе смелость, необходимую для исследования раньше неизведанных областей своего внутреннего мира, поисков новых решений и для того, чтобы рисковать с новыми формами поведения. И хотя это поведение с точки зрения пациента новое, однако весь этот процесс часто и этим пациентом, и другими членами группы воспринимается как возвращение к себе или восстановление настоящего себя. Если я способна заботиться об этом процессе, поощрять его и поддерживать, то моя помощь становится более эффективной и одновременно растет сознание, что я тут скорее ассистент, акушерка, сторонник и помощник, чем автор изменений.

### **Эмоциональное состояние пациента во время реабилитации**

Как выглядит психологическая ситуация человека, который решился искать помощь в связи со своими проблемами употребления алкоголя или наркотиков? Обратиться за помощью к кому-нибудь в наркологическую амбулаторию, в стационар, к группе анонимных наркоманов или алкоголиков – это значит, что человек отказался от идеи «я сам себе помогу» и хотя бы в небольшой степени осознает, как реально выглядит его жизнь, что со временем она становится все хуже и, несмотря на серьезные усилия, ее не удастся привести к устойчивому улучшению.

Как чувствует себя пациент, который начинает реабилитацию?

Такой человек принужден сознаться себе самому и другим, что он слабый, что потерпел поражение, что у него отвратительная биография. Зависимый, чтобы обратиться за помощью, вынужден много раз преодолеть барьер стыда. Надо подчеркнуть, что у женщин-алкоголичек и наркоманок, к которым применяются другие общественные нормы, чем к мужчинам, стыд намного сильнее (сильнее, чем мотивация) и часто этот барьер им преодолеть намного трудней, чтобы обратиться за помощью, бывает страх. Мы все знаем, что зависимый человек боится прекратить заговор молчания вокруг своих проблем с употреблением, ожидая (при чем иногда он прав), что после этого ухудшится его ситуация на работе, среди знако-

мых и родственников, часто сильно употребляющих. Важным фактором является страх перед изменениями. Многие предпочитают свой образ жизни, который хорошо знают, с которым свыклись. Им кажется, что лучше по-старому страдать, чем рисковать, тем более, что решение о выздоровлении от зависимости – это решение об изменении всего своего образа жизни, а это может казаться задачей непосильной. Вместе с воздержанием появляется множество проблем, хотя зависимые лица часто питают ложную надежду, что когда перестанут употреблять, все будет хорошо. К сожалению, чем сильнее такие нереальные ожидания, тем труднее справиться с неприятной прозой жизни.

Так как переносить тягу? Как по трезвому жить с женой и детьми? Как выдержать конфронтацию с тем, что человек навыворачивал, когда пил или употреблял наркотики? Как быть в ситуациях напряжения и стресса? Что делать в свободное время? Как разговаривать с людьми и вообще налаживать с ними отношения? И это только небольшой список возникающих проблем. Часто воображение о трезвой жизни ассоциируется с полной изоляцией от других людей. Это хорошо известная закономерность. Из-за употребления разрушились связи со старыми друзьями и родственниками, знакомых, связанных с употреблением, надо покинуть, раз принято решение бросить пить или принимать наркотики. Эта изоляция еще труднее и потому, что заводить новые знакомства раньше казалось совсем просто, а вот без алкоголя или наркотиков это кажется невероятно трудной задачей. В то же время общение с людьми на самом раннем этапе выздоровления нужно намного больше, чем в других трудных ситуациях. Ведь раньше психоактивное вещество было нужно для того, чтобы заглушить в себе потребности, связанные с другими людьми: принятия, близости, понимания. Решение о прекращении употребления принуждает, чтобы почти с первого дня быть готовым общаться с людьми без «обезболивающего» со своими болезненными, часто трагическими чувствами одиночества, отчаяния, печали, вины, собственной никчемности и ничтожности. Поэтому потребность в дружелюбии, одобрении, поддержке растет до огромных размеров.

Стремление получить помощь задерживается еще и чувством безнадежности. Могут ли мне предложить что-нибудь такое, что действительно поможет? Часто и люди, окружающие зависимого человека, и даже те, кто профессионально занимается помощью, не верят, что у него/нее/ еще есть шанс подняться. Существует одна группа, которая является в этом деле исключением, – это выздоравливающие зависимые, самые убедительные мастера передавать надежду; они никого заживо не хоронят, никого не считают безнадежными. Но иногда и у них не хватает оптимизма. Бывает, что зависимые, у которых несколько раз «не получилось» в разных амбулаториях и больницах, считают, что в тех местах, где они должны получить помощь, их только осудят, отвергнут или не обратят особого внимания – никто не поймет, как им тяжело. Тем более, что люди, которые там сидят, часто не умеют проникнуть вглубь, через «фасад» (внешний слой) дерзкого, агрессивного поведения, лжи, манипуляции, упрямства и добраться к чело-

веку подавленному, беспокойному, растерянному, смущенному, в состоянии сильной тревоги. В конце концов важным тормозом, который мешает осуществить решение «я перестану употреблять», является убеждение, что «такой, как я, не заслуживает в жизни ничего хорошего» (или «помойка – вот подходящее место для таких, как я»). Человек, который обращается за помощью, обычно думает, что он недостойн внимания, интереса, дружелюбия и заботы, усилий, которые вкладывают в его выздоровление те, кто ему помогает. Все это вместе создает эмоциональную нагрузку, с которой трудно устоять. И когда нас начинает раздражать пациент, который не хочет лечиться, у которого нет мотивации, чтобы пользоваться нашей помощью, который не обращает внимания на то, что мы ему говорим, или когда мы отчитываем себя за то, что «из-за моего неумения или неловкости человек, который к нам пришел, больше не вернулся», «если бы я сказала это по-другому...»; нам надо помнить, что чувства, скрывающиеся за поведением, которое мы часто считаем проявлением отсутствия мотивации к лечению, – это стыд, страх, чувство безнадежности и собственной неполноценности. Такие эмоции (обычно очень сильные) легко могут «вырасти» выше мотивации.

**Рассказ про вагон.** Часто вместо лекции об эмоциональной ситуации человека, который решил обратиться за помощью, я прошу участников обучающего тренинга, чтобы они нарисовали то, чем такой пациент эмоционально «загружен», в виде вагона. Почему? Потому что тогда становится очевидным: иногда груз такой тяжелый, что даже при большой мотивации его трудно сдвинуть с места одному человеку, чтобы вагон начал катиться. Так чем же загружен этот вагон у пациентов наркологии? Повторю: страхом, стыдом, злостью, чувством вины, беспомощностью и безнадежностью (хотя немного надежды обычно тоже есть), недоверием, болью, страданием и отчаянием и многими другими чувствами, в основном, трудными, неприятными, угнетающими. Рисунок помогает увидеть их совокупность, чуть ли не физически почувствовать тяжесть груза. Потом, во время обсуждения, часто появляются очень интересные комментарии. Например, некоторые рисуют вагон на рельсах, которые ведут куда-то (на горизонте в некоторых рисунках появляются горы, замки, города), а у других рельсов почти вообще нет, что приводит к выводу: пришедшему легче включиться в реабилитацию, когда отчетливо показаны перспективы, когда указано хорошее будущее, на горизонте маячит надежда. Часто у вагона нет окон или дверей, а иногда ни окон, ни дверей. Многие понимают это как образ изоляции пациента, как ему трудно проявить себя, свои настоящие чувства и потребности. Как будто бы он застрял в ловушке и без помощи извне ему не выбраться оттуда. По отношению к таким рисункам чаще всего появляются выводы, что надо наладить контакт с пациентом («на вагонном языке» – построить ступеньки, вырезать окна, сделать дверь) и что это задача психотерапевта или консультанта. Даже перед дверью – пациент, полный нерешительности и сомнений.

Об эмоциональной ситуации пациентов, начинающих реабилитацию, говорит небольшой отрывок книг Анны Додзюк и Владимежа Камецкого «Выбраться из ловушки», построенной как разговор трех персонажей: Анки – психотерапевта зависимости; Володи – выздоравливающего алкоголика; Моника – молодой женщины, заинтересованной зависимостью (выдуманный персонаж).

*Володя: я боялся идти в наркологическую амбулаторию больше, чем черт святой воды. Я думал: уже у входа почувствую себя, как человек «второго сорта», ведь нормальные люди туда не ходят. Там, наверно, будут смотреть на меня свысока, будут читать нотации, что нельзя так много пить. Будут меня спрашивать – кто-то мне говорил – пью ли я всякую дрянь, а если скажу, что не пью, все равно не поверят. Сосед мне говорил, что психолог дала ему какие-то кубики, чтобы он их собрал, и все время пристально косилась на него. А, что если начнут проверять степень моего умственного развития и окажется, что я дебил?*

*Моника: это значит, что у будущих пациентов так много недоверия?*

*Володя: я везде подозревал подвох, никому не доверял и думал, что все только и ждут, чтобы я сознался, что много пью, а тогда они сразу заклеят меня, будут называть алкоголиком, с чем я тогда совсем не был в состоянии смириться. Мне казалось, что даже миленькая медсестра, с улыбкой приглашающая пациентов в кабинет, в глубине души смеется надо мной, а не улыбается мне.*

*Моника: ты думал, что подход к тебе будет плохой?*

*Анка: и к этому были основания. У каждого зависимого есть неприятные воспоминания, хотя не у всех такие плохие, как у знакомого мне Гены: «У меня в голове прочно засело, что если я пойду в наркологию, со мной там будут поступать так жестоко, как в вытрезвителе. Там меня избили, обокрали и устроили ледяной душ за решеткой, раздетому догола. Потом меня заставили одеть коротенькую рубашонку, а когда выпустили, дали только на автобусный билет, хотя у меня было довольно много денег». Некоторые алкоголики побывали в психиатрических больницах, некоторые знают о них только настоящие или выдуманные рассказы – всегда напоминающие кошмар. А ведь некоторые наркологические отделения – это более или менее отдельная, но часть психиатрических больниц. Поэтому мне не кажется странным аргумент, которым пользуются иногда люди, которых уговаривают идти лечиться: «Я не сумасшедший и к психиатру ходить не собираюсь» или «Не дам себя посадить в психушку».*

*Володя: я тогда ожидал не помощи, а безразличия и непонимания. Жизнь уже не раз убедила меня, что никто не будет за меня сильно переживать. Как обо мне может заботиться врач, если я сам считаю, что не заслуживаю дружелюбия и внимания?*

*Анка: стыд, страх, путаница, неуверенность – такой багаж отягощает алкоголика, который приходит туда, где ему могли бы помочь. Это касается не только медицинских учреждений, но и собраний анонимных алкоголиков. К счастью, «новый» пациент все чаще встречается людей, которые понимают, что прийти за помощью в наркологию намного труднее, чем пойти к обычному врачу и даже к зубному. В маленьком городе у входа в консультационный центр, с командой которого дружу, висит плакат производства одного из сотрудников, трезвого алкоголика: «Когда я входил сюда первый раз, я тоже боялся. Богдан».*

*Володя: «одну вещь я точно знал – ничего хорошего там со мной не может случиться. Я знаю нескольких парней, которые так сильно боялись, что перед первым посещением реабилитационного центра выпивали 100 грамм для храбрости, что конечно было принято нехорошо». Им говорили: «Придите к нам, когда вы будете трезвыми». И они пропадали на полгода или дольше.*

*Анка: я попросила когда-то группу трезвых алкоголиков и специалистов по наркологии, чтобы они написали те фразы, которые чаще всего загружают голову человека, который пришел лечиться. Здесь мне не могут, потому что:*

*у них нет времени или им не хочется заниматься тем, что меня отягощает;*

*тут никто не сможет меня понять;*

*не будут меня слушать, они лучше знают;*

*я не в состоянии сказать им то, что они от меня ожидают;*

*еще никто никогда мне не помог;*

*будут только обещать, как во всех других местах, куда я ходил за помощью;*

*в глубине души будут надо мной смеяться, презирать, осуждать;*

*захотят, чтобы я делал невозможные вещи;*

*я – безнадежный случай, никто не сможет мне помочь;*

*мне не хватает надежды, я не умею мобилизовать себя;*

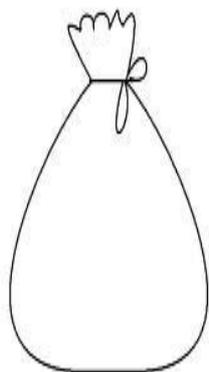
*из всего этого ничего не получится.*

*А что же дальше? Систематически проверять состояние чувств наших пациентов и работать с ними над все более адекватным контактом со своими эмоциями. Это настолько необходимо в процессе реабилитации, что с самого начала выздоровления до более продвинутых его этапов, наши пациенты и выпускники ведут «Дневник чувств» (некоторые трезвые зависимые делают это постоянно, долгие годы, просто, как свою ежедневную практику). И тем, кто помогает наркоманам и алкоголикам, надо не забывать об этой необходимости, чтобы включать или углублять эмпатию, лучше понимать, что происходит с данным пациентом. Почему, например, работа задерживается или тормозится, находится ли он или она в состоянии рецидива, почему появились непонятные формы поведения и т.д.*

*«Дневник чувств» – это самый главный и постоянный метод работы с эмоциями, но часто пациенту или группе нужен дополнительный толчок,*

помогающий рассмотреть поближе эмоциональное состояние. Я хотела бы рассказать о нескольких приемах, повышающих эффективность такого анализа, так как они используют не только обсуждение (которое все же остается нашим основным методом работы с чувствами).

Метафора «вагона» нам еще не раз пригодится в работе с определением и выражением пациентами своих чувств, хотя некоторым больше понравится, чтобы они рисовали мешок, скрывающий их эмоции (а может, заполняли своими переживаниями рисунок мешка, который принес им ведущий группы), или консервную банку. Новые информации появляются, когда пациенты пишут, какие их эмоции находятся вне мешка, а какие внутри и которыми можно управлять (держат под контролем), а которыми нет.



Знаменитый американский психотерапевт, основатель биоэнергетики, Александр Лоуэн использовал сравнение с клеткой и находящимися в ней своими вытесненными эмоциями. Самым замысловатым портретом собственных чувств, я видела у пациента во время реабилитации: это была не то крепость, не то замок с башнями, окруженный высокими стенами, совсем недоступный снаружи. Автор этого сравнения провел меткий анализ своего жизненного опыта, который привел к сооружению такой защитной постройки, и рассказал группе, каким был одиноким и как годами страдал «в своем замке».

Это был решающий момент его реабилитации, он стал более открытым и приблизился к другим членам группы. Иногда стоит – если проводим анализ скрытых, труднодоступных чувств – попросить пациента или группу, чтобы нарисовали карту, как добраться до спрятанных (скрытых) чувств? Можно это сделать для каждого чувства отдельно.

Может пригодиться и термометр чувств (пациенты могут его нарисовать, но лучше, если ведущий принесет рисунок) со шкалой, например от 0 до 100 градусов, чтобы мерить силу эмоции. Шкала с отрицательными и положительными температурами позволяет наглядно показать другие различия, не только чувства «с плюсом и минусом», но и относительность такого деления.



Возможные темы обсуждения:

слабые, трудноразличимые эмоции (небольшая температура);

пациент выбирает ситуацию, которая произошла на прошлой неделе и имела определенную температуру, а другие члены группы говорят, какую температуру имела бы эта ситуация для них;

названия зависят от температуры чувств, но и от нашего собственного определения. Кто-то может беситься при 40 градусах, а кто-то другой

при 70 градусах все еще только злится. Пациенты скоро начинают видеть в этом какие-то закономерности или логику.

Пользование рисунками позволяет в какой-то степени обойти защитные механизмы. Часто просто обращаемся к пациентам, чтобы нарисовали – лучше всего красками или цветными карандашами – свою злость, радость, грусть, страх, стыд. Конечно, выбираем те эмоции, которые как раз всплыли в группе или в работе с данным пациентом.

Мое любимое упражнение, которое вызывает много интереса и сильный эмоциональный отклик (его не надо предлагать новичкам, а для групповой работы годится только тогда, когда в группе много опытных пациентов), – это *создание своего эмоционального портрета*. Рисунок, лучше делать красками или цветными карандашами. Вариант, более интересный для меня, – это *портрет, составленный из вырезок из цветных журналов* (могут быть абстрактные или значимые элементы). Возможности обсуждения огромные. Что обозначают эти эмоции? Как пациенты их выражают, что положительное, а что отрицательное в разных способах их выражения? Конечно, отсюда идет широкий путь к более сложным анализам, например, рисунки отношений в группе или в семье в прошлом и сегодня.

О своем восприятии таких форм работы в реабилитации говорит один из выпускников, алкоголик Юзеф Списацки из Люблина: «Меня восхитило, что я могу определить то, что происходит во мне внутри, например, нарисовать мои отношения с братом, контакты с родителями, что я могу навести в этих делах порядок в своей голове и как результат – повлиять на это. Я осознал, что могу сам размещать эти черточки и стрелочки, уложить их так, как я хотел бы, хотя это будет требовать времени и усилий».

Следующая возможность – использовать *символические воображения*. Например: «Представь себе свою грусть, какой это мог бы быть образ? Расскажи об этом образе». Конечно, делаем такие упражнения и для других эмоций, в зависимости от надобности. Другой пример: «Найди (в комнате, на улице, в лесу, в альбоме с картинками) *символ для твоей эмоциональной жизни*, покажи его группе и расскажи о нем». Особенно в центрах, находящихся в лесу или среди лугов, пациенты приносят удивительные символические предметы и говорят о них поразительные вещи, раскрывающие иногда очень глубокие пласты их эмоциональной жизни. Когда мы хотели бы провести такую работу в закрытом помещении, поручение звучит так: «Найди в этой комнате что-то, что привлекает твое внимание, на чем часто задерживаешь взгляд, с чем как-то отождествляешься. Расскажи об этом от своего имени, как будто ты и есть то, что выбрал».

Пантомимические представления и скульптуры тоже позволяют получить необходимую и труднодоступную информацию о чувствах самому выполняющему данную задачу пациенту, другим членам группы и ведущему. Самый простой вариант – выражение без слов своих чувств «здесь и сейчас» или в какой-то значимой ситуации во время реабилитации, в жизни за пределами центра, в будущем. Можно вводить обратную связь от группы или другие могут угадывать, какое чувство было им показано.

В варианте «живые куклы», если у кого-то пантомима не получается, (то есть группе не удастся угадать), доброволец из группы предлагает попробовать его/ее/ вариант – показывает движение, жест, выражение лица и просит воспроизвести их.

Множество возможностей доставляют «скульптуры». Пациент строит из одного или нескольких членов группы какое-то свое чувство и должен расположить себя по отношению к этой скульптуре.

Другой вариант, позволяющий сблизиться со своими чувствами и принять их. Пусть другой член группы будет той частью «живого образа», который представляет тебя, а ты – свое чувство, например, страх или злость. Пусть он покажет тебе, как можно справиться в форме перестройки скульптуры или пантомимы, скажем с парализующим страхом, ослепляющей злостью, подавляющей грустью.

*Заключение.* Нельзя забывать, что эмоциональное состояние, характерное для начала реабилитации, будет возвращаться в поздних стадиях выздоровления. К счастью, уже не будет так сильно выражено и так длительно, но все-таки неизбежно будет появляться, когда в реабилитации возникнут особенно трудные задачи, требования или кризисы и когда такие вызовы поставит перед бывшим пациентом жизнь после реабилитации. Помнить об этом необходимо и нам, чтобы мы умели правильно оценить прогресс пациента, а точнее, чтобы пациенты не попадали в ловушку «терапевтического пессимизма», когда он или она возвращается к старому образцу поведения. Но прежде всего знать это должны сами пациенты, потому что они часто считают, что все их огромные усилия оказались бесполезными и ненужными, поскольку опять страдают почти так же, как в начале выздоровления. Наша задача показать им, насколько они изменились, какие у них достижения и вселить рациональную надежду, что сумеют вернуться к лучшему состоянию, поскольку после реабилитации, и опыта трезвой жизни у них есть для этого инструменты, умение, сила.

Мне и моим друзьям в принятии трудных и неприятных чувств появляющихся в разных этапах выздоровления и разных жизненных ситуациях, помогает такая мысль: *чего не чувствуешь, того не можешь исцелить.*

**Работа над чувством собственного достоинства в процессе выздоровления.** «Чувство собственного достоинства» звучит лучше по-русски, чем по-польски, так как на нашем языке этот термин звучит в дословном переводе как «чувство собственной стоимости». А достоинство точнее показывает нам, что делать, чтобы помочь нашим зависимым пациентам: им необходимо восстановить чувство собственного достоинства, то есть почувствовать, что они:

достоинны того, чтобы кто-то им помогал;

достоинны того, чтобы кто-то заботился о них;

достоинны уважения за труд своего выздоровления;

достоинны того, чтобы стать здоровым человеком, который уважает себя, ценит свою жизнь, нашел себе в ней место (или пока еще ищет его) и окружает себя хорошими людьми.

**Самооценка и зависимость.** Напомним коротко. Поскольку нам необходимо это хорошо знать, как чувствует себя человек, который решил обратиться за помощью по поводу своих проблем с употреблением алкоголя или наркотиков. Он чувствует себя беспомощным и слабым, ему стыдно, он часто боится. Появляется чувство, что «я никто», «я никуда не похужу», а в области общения с людьми – чувство глубокого одиночества, отчаяния, печали, чувство вины, собственной никчемности и ничтожности и неверие в то, что кто-либо может понять и помочь. Часто в таком эмоциональном состоянии пациенты включают защитный механизм и показывают нам только агрессивное поведение, ложь и манипуляции. Тогда нетрудно остаться на уровне оценки поведения, перестать искать в зависимом пациенте эту, как можно пошутить, одну мозговую извилину, которая хочет выздороветь и сотрудничать в процессе реабилитации. Вся эта ситуация создает и для пациента, и для тех, кто ему помогает, эмоциональную нагрузку, с которой трудно справиться. Так что когда нас начинает раздражать пациент, который не хочет лечиться, у которого нет мотивации, чтобы пользоваться нашей помощью, который не обращает внимания на то, что ему говорим, нам надо помнить – чувства, скрывающиеся за поведением, которое часто считаем проявлением отсутствия мотивации к лечению или признаком сопротивления, – это стыд, страх, чувство безнадежности и неполноценности. И эти эмоции бывают очень сильными, иногда пациенту очень трудно их принять. А поскольку перед зависимым человеком, который пришел к нам за помощью, стоит трудная задача перестать употреблять и встать на путь к выздоровлению, то такой человек, как каждый выполняющий эту задачу, нуждается в поддержке. А поддержать надо в первую очередь чувство собственного достоинства – то, как он или она относится к себе и как чувствует себя с собой.

*Самооценка.* Что именно мы имеем в виду, когда говорим о самооценке? Конечно, первое, самое простое определение, которое приходит в голову, это – «Что я думал о себе? Хорошо или плохо? Считаю ли себя умным, интересным, способным, красивым, добрым, стоящим человеком?». У каждого из нас какой-то автопортрет, комплексный образ, общее чувство по отношению к себе. Известный американский психотерапевт Эрик Берн называл это чувством «я ОК» или «я не ОК», в порядке или нет. Можно об этом говорить и немного по-другому: «какое у меня отношение к себе? согласен/согласна/ ли я быть таким/ой/, какой/ая/ я есть? принимаю ли я себя, нравлюсь ли себе, люблю ли себя?». Удивительно часто в разных группах, с которыми я работала, появлялись нехорошие, неприятные, критические высказывания о себе на фоне такого же мышления.

Каковы составные части нашего автопортрета? Из каких слагаемых он состоит? Я могу предложить ответ, хотя, конечно, это только одна из возможных классификации или систем ориентиров.

Самооценка в определенных областях:

- а) мое тело, внешний вид;
- б) мой ум, интеллект, мои способности;
- в) моральная оценка, «я хороший/плохой»;
- г) я как мужчина/женщина;
- д) в отношениях с людьми;
- е) в близких связях, в семье;
- ж) в других важных для меня областях.

Стоит, как я считаю, помнить о некоторых свойствах самооценки или чувстве собственного достоинства:

оно меняется в зависимости от обстоятельств и времени – например, резко падает, если приходишь как новый человек в сплоченную команду; и резко повышается, когда кто-то в тебя влюбился;

зависит от социально-культурного «фона» – здесь нельзя не заметить огромное влияние рекламы и моды, которое иногда можно даже назвать диктатурой;

выражает субъективный подход – реальная ситуация может вообще не влиять на самооценку. Все мы встречали в жизни замечательных, интересных, талантливых, красивых людей, которые с детства считали себя ничего не стоящими и никуда не годными.

Как формируется мнение о себе на протяжении человеческой жизни?

Источником полученных нами сведений о себе была информация, которая поступала к нам из разных мест в разные периоды жизни.

В пренатальный период (до рождения) настроение матери, ее страх или радость, был ли ребенок желанным или его не хотели – все такие и подобные эмоциональные состояния влияли на биохимические процессы в организме матери и через физиологические жидкости передавались ребенку.

Через влияние родителей и других окружающих. Это, конечно, самое мощное влияние, которое начинается с младенческого возраста и происходит в основном в детстве, когда ребенок не способен сопоставить мнению родителей никакое другое мнение или наблюдение, когда еще не умеет провести самостоятельный анализ. Это воздействие часто не заканчивается в детстве, длится десятилетиями, поскольку отрицательную информацию о себе, мы, как правило, вытесняем и она проживает годами на незнательном уровне. Именно поэтому плохая самооценка так устойчива и без психотерапии ее трудно поменять.

Информация сообщалась нам сверстниками, иногда беспощадными по поводу наших недостатков, или это были просто отличия от того, что считалось нормальным среди ровесников. Многие пациенты вспоминают, что начинали употреблять, чтобы не чувствовать себя «белыми воронами».

Источником неприятной, полной презрения, унижительной информации была для многих из нас школа, где достаточно часто звучали слова «идиот», «дура», «ничего из тебя не выйдет», а часто похуже. Для многих

учителей до сегодняшнего дня доказать ученикам, насколько они плохие и бездарные, – это главный педагогический метод.

Огромную роль в удерживании нашей самооценки на низком уровне играют СМИ. Рекламы на телевиденье, цветные журналы, фильмы показывают нам прекрасные, хотя не совместимые с реальностью, образы людей, ситуации, жизненные возможности, о которых мы можем только по мечтать. «У меня никогда так не получится» или «Я никогда такой не буду», повторяет себе неосознанно много раз в день почти каждый из нас. Опять же, как в школе, принято больше критиковать, чем хвалить.

Очень важно для нас то, что говорят или невербально сообщают нам наши любимые, партнеры, мужья, жены. Особенно в близких отношениях видно, что чаще всего мы настолько сосредоточены на себе и своих потребностях, что сразу же замечаем и преувеличиваем все, чего нам недостает, а того, что у нашей «второй половинки» получается хорошо, не замечаем.

У некоторых заметно повлияли на их самооценку требования на работе. Они видны особенно отчетливо в условиях корпорации, где разыгрывается крысиная гонка.

В работе с пациентами стоит искать ответ на вопрос: кто является автором твоей самооценки? Часто оказывается, что она сформировалась давно и к сегодняшнему дню отношения не имеет.

Важным направлением работы с пациентами должно быть определение стереотипного мышления, которое образовались в прошлом: какие сообщения о себе мы получили в детстве? Насколько они сегодня определяют нашу жизнь? Если выявить, как появились отрицательные убеждения о себе, которые кто-то поместил у нас в голове, то они становятся слабее и перестают быть такими цепкими. Тогда можно стараться поменять их на более положительные.

*Последствия определенной самооценки.* Последствия высокой или низкой самооценки выявляются на познавательном, эмоциональном и поведенческом уровне. Например, «какую картину своих возможностей я себе пишу, какой образ рисую, если у меня плохая самооценка? Какие чувства чаще всего испытываю? К какому поведению ведут именно такие чувства и мысли?».

Чувство собственного достоинства является источником или компонентом большинства психологических проблем. *Низкая самооценка ведет к обильным отрицательным последствиям.* Можно сказать, что люди с плохой самооценкой становятся авторами собственных неудач и провалов. Стоит провести такой анализ:

Почему людей с низкой самооценкой не берут на хорошую работу?

Почему они выбирают себе не тех партнеров и друзей?

Как их самооценка сказывается на выборе образования, на карьере по работе и вообще как влияет на жизненные шансы?

Тот же вопрос о последствиях низкой самооценки мы можем задать по-другому. Каким образом или путем то, что человек плохо думает о себе, осложняет ему жизнь? А как облегчает ее то, что он или она думает о себе хорошо? Попробую ответить с помощью метафоры.



Вкратце: от того, как ты думаешь о себе, у тебя могут расти крылья, но это может тоже их обрезать. Для некоторых это мотор, который обеспечивает их жизненной энергией, помогает проводить проекты, мероприятия, планы, исполнять желания и мечты; у других это может стать гирей на ногах, тяжелым грузом, из-за которого все дается с трудом, успехи случаются редко, а мечты не сбываются никогда (Доздюк А. Полюбить себя, 2009).

Надо обратить внимание, что иногда люди с низкой самооценкой ведут себя как раз наоборот: громко доказывают, что все могут и умеют, сколько в их жизни было успехов, какие у них знаменитые друзья и знакомые. Таким образом, проявляет себя механизм отрицания – компенсация плохой самооценки демонстративным превосходством (кто ценит и уважает себя, не нуждается в том, чтобы показывать другим, что он лучше их).

Как можно повлиять на свою самооценку? Самое простое воздействие – это сказать что-нибудь хорошее не только кому-нибудь другому, но и себе самому. Способы воздействия на чувство собственного достоинства несложные, но, как всякое лекарство, их надо принимать, чтобы подействовали. С пациентами мы можем использовать простые упражнения, причем важно их выполнять в письменном виде. Итак, для улучшения самооценки надо упражняться в том, чтобы:

хвалить и награждать себя;

периодически составлять список своих положительных качеств и достижений;

ставить под вопрос (подвергать сомнению, оспаривать) отрицательные убеждения о себе, особенно отрицательные сообщения извне.

Можно, например, вести обсуждение так. Откуда ты знаешь, что ты некрасивая, глупый, что ты плохой человек и никуда не годишься? Если спросить, какая первая мысль приходит в голову в ответ на такой вопрос, чаще всего можно услышать: «от папы», «от мамы» или «от родителей». Иногда авторами отрицательных сообщений являются учителя, злые родственники

(тетушки), бабушка или дедушка. Очень редко можно услышать «я сам».

Стоит поработать с такими «внушенными» убеждениями путем их конкретизации – подробной проверки их обоснования. Например, что на самом деле значит «я всю жизнь думала о себе, что я эгоистка». Когда началось это «всегда»? Кто так утверждал? Каким путем это сообщал/а/? Если передавал/а/ это словами, то как они звучали? А если это было невербальное сообщение, то, как оно выглядело и на какое высказывание можно его «перевести»? В каких ситуациях или обстоятельствах эта отрицательная мысль появляется? Подтверждает ли что-нибудь сегодня такое мнение о себе? А что его опровергает?

Примеры упражнений, которые способствуют повышению самооценки:

Кто и за что меня любит, ценит, уважает?

Мои «положительные качества»: что хорошего я могу сказать о себе? Здесь можно предложить работу в разных областях самооценки. Например, твой внешний вид, тело, твоё физическое Я, что тебе в себе нравится? Напиши не менее 5 качеств. Важно, чтобы пригласить группу пополнить список, особенно, если пациент написал мало или вообще не нашел своих положительных качеств. В индивидуальной работе в таких случаях необходима активная роль психотерапевта или консультанта. И обязательно надо следить за тем, чтобы пациент записывал то, что скажет ему ведущий или группа.

Что у меня в последнее время получилось? Обычно прошу моих пациентов, чтобы разделили лист на три части и написали, что у них получилось сегодня, за последнюю неделю и за последние 12 месяцев. Это помогает обратить внимание на разные перспективы. Некоторые пациенты не замечают своих небольших, но существенных достижений (за день, за неделю), некоторые не умеют увидеть, сколько достигли за более длительный период.

Почему я заслуживаю, чтобы выздоравливать? Почему я заслуживаю, чтобы быть счастливым? Почему я заслуживаю, чтобы жить? Напиши не меньше 5 причин. В работе с пациентами выбираем из этих вопросов или предлагаем такой, который подходит группе или определенному человеку. И в этом, и в других упражнениях, если члены группы подскажут кому-то положительную черту, которая подходит другому пациенту, то он тоже должен ее записать.

Как создавать новые, конструктивные убеждения о себе? Тут я только перечислю некоторые способы, но к каждому из них можно найти объяснения в Интернете или выучить путем тренинга и накопления собственного опыта, а потом разработать процедуры и упражнения:

аффирмация (положительные утверждения, помогающие изменить наш образ мыслей и сформировать то будущее, к которому мы стремимся);

визуализация положительных ситуации и действий;

мечты и разборка возможности их осуществления;

получение обратной связи («можно просто спросить»);  
разрядка отрицательных эмоций (их выражение в благоприятной ситуации, например, во время занятий в группе или в разговоре с хорошим другом);

уменьшение влияния токсической (разрушающей) окружающей среды: вредные, отравительные воздействия (как их определять и как избегать?);

создание поддержки для себя;

постепенный, целенаправленный процесс «потепления» отношений с близкими.

Некоторые навыки и умения, способствующие укреплению самооценки. Каждый из нас и, естественно, наши пациенты, могут развивать у себя некоторые из следующих навыков:

«Впечатляющие примеры». Составить для себя набор историй людей, у которых что-то важное получилось несмотря на трудные условия, и рассматривать их.

«Крохи чуда». Восстанавливать в памяти самые лучшие моменты своей трезвой жизни.

Кто в меня верит? Кто надеется, что я справлюсь? Создать и укреплять круг поддержки и дружелюбия.

«Мои братья и сестры». Построить и поддерживать связь с теми, у кого в жизни были такие же травмы, как у меня.

Связь с Высшей Силой, природой, гармонией Вселенной. Стоит ее возобновить (мы все рождаемся, имея эту связь) и заботиться о ней.

Развитие своих творческих способностей. Как доказывает опыт многих лет реабилитации зависимых, среди таких пациентов большой процент очень способных и талантливых. Особенно если среди психотерапевтов и консультантов есть тот, кто готов учить пению, вести хор, театр, ансамбль танца, кружок живописи, творческий курс по литературе (прозе и/или поэзии), то такая деятельность будет мощной поддержкой процесса выздоровления.

Активное лечение психологических травм. Психотерапия с группой поддержки, разрядка эмоций.

Развитие позитивного мышления: аффирмации, визуализация, мечты и работа с возможностью их осуществления, фокусировка на положительном, ежедневное вечернее подведение итогов «Что хорошего произошло у меня сегодня?».

Несколько стратегий поддержки своей хорошей самооценки:

а) *защищаться* – сопротивляться разрушающим воздействиям, закаляться против них;

б) *конструктивное «нет»* – четко определять границы своей территории и защищать их;

в) *замечать свои достижения и прогресс*, например, вести «Дневник успехов», подводить итоги своих достижений не реже чем каждые полгода, а во время реабилитации – каждую неделю;

г) *формирование чувства собственной эффективности* – самый важный фактор – это осознать свое участие в создании автопортрета. «Я могу» – одно из самых мощных средств сопротивления автоматическим отрицательным мыслям, связанным с сообщениями направленными против себя;

д) *обратная связь* – формирование навыка обращаться к другим за информацией о себе, своем поведении, своих возможностях и шансах и т.д.;

е) *теплый и мягкий подход к себе и другим* – нежный внутренний монолог, умение дружелюбно обращаться к людям, вербальная и невербальная поддержка других как жизненный навык. «Ваша теплота вернется к вам». Учиться сообщать другим свое одобрение, привязанность, любовь, теплые чувства словами, поведением, мимикой, жестами;

ж) *улучшение эмоционального и энергетического баланса*. Что это значит? Возможно и себя, и пациентов научить следить за уровнем стресса. Чтобы положительный стресс, необходимый нам для поддержания заинтересованности и жизнерадостности, не падал ниже определенного уровня, а отрицательный, отягощающий и утомительный, не рос выше допустимой высоты. Нужно также заботиться об отдыхе и о своем физическом состоянии (например, не допускать хроническую усталость); переутомление и болезни, физическое и эмоциональное истощение прямым путем ведут к снижению самооценки.

Как сообщать свою признательность пациентам?

Это очевидно, что все вышеупомянутые способы воздействия на свою самооценку могут быть использованы в работе с зависимыми пациентами. Кроме того, хочу напомнить о простых возможностях повышать их самооценку во время контакта с ними:

давать прямые, непосредственные сообщения: хвалить, говорить о положительных чертах, о своих хороших наблюдениях, об уважении и т.д.;

подчеркивать то, что говорит пациент, что считаем правильным, хорошим, интересным, красивым (не упускать в такие моменты, давать обратную связь о положительном);

использовать выражения и определения, которыми пользуется пациент;

открыто признаваться в своих трудностях, зависимости, особенно если были или есть проблемы похожие на те, которые есть у пациента;

не соглашаться, активно противодействовать, когда пациент унижает себя, говорит плохо о себе и о том, как воспринимают его другие. Надо искать и другие способы вербального и невербального воздействия на чувство собственного достоинства пациента. Улыбка, теплый голос, внимательный и дружелюбный взгляд имеют здесь огромное значение. Все действия, связанные с самооценкой пациента, должны быть настоящие. Не стоит ничего играть, пациенты (и другие, к кому это относится) все равно почувствуют, если будешь фальшивить; они примут только подлинные слова и жесты.

**Особенности (возможности) групповой работы с чувством собственного достоинства.** В группе возможна обратная связь, в частности, когда пациент общается только со своим стереотипным вариантом мышления о себе: «я не умею ничего толком объяснить», «все так красиво и умно высказываются, только я несу какую-то чушь», «здесь так же, как в других местах, меня никто не любит», «тут я никому не интересен, все ко мне равнодушно». В каждой такой ситуации в группе надо сразу же проверить, действительно ли это так, обращаясь к другим ее членам (всем!), чтобы дали обратную связь (задача ведущего – дать вопросу точную формулировку и наблюдать за тем, чтобы участники не отвлекались).

Группа предоставляет возможность ознакомления с жизненным опытом других и сравнения его с собственным. Хотя бы то, что у других похожие проблемы, облегчает их вес. А если есть еще такие участники, которые хотя бы в какой-то степени с ними справились, то это уже источник оптимизма и надежды. В области самооценки опыт других показывает, что мнение о себе – это не «настоящая правда», «реальность», а приобретенное свойство нашего мышления, и поэтому его можно поменять на другое, которое будет для нас приятнее и полезнее. Но самое главное, мнение о себе будет адекватнее и более соответствовать образу, который имеют другие, и нашим реальным свойствам.

Преимуществом работы в группе является то, что мы можем использовать наиболее эффективные методы: групповое обсуждение; обратная связь; психодрама; мозговой штурм; работа в парах и подгруппах.

*Несколько общих замечаний.* Большинство способов воздействия на самооценку можно воспользоваться не только в работе с пациентами, но и в отношениях с семьей, друзьями, коллегами по работе, подчиненными.

*Изменение подхода к самооценке как изменение подхода к себе и своей жизни.* Можно сказать, что всегда серьезная работа над самооценкой ведет к большим изменениям отношения к себе и вообще к жизни. Что нужно для этого:

*Стать своим лучшим другом* – одна из реальных целей работы над чувством собственного достоинства. Перестать относиться к себе, как к врагу, а стать своим другом и союзником. Иногда мы говорим о том, что пациентам надо перестать саботировать свое выздоровление, свое счастье, удачи и здоровье, а начать содействовать их достижениям.

Когда подход к себе меняется и человек начинает считать, что стоит прилагать усилия для достижения настоящей трезвости и хорошей жизни без употребления, весь лечебный процесс ускоряется, а вероятность возврата болезни и срыва сильно уменьшается.

*Судить себя не по результатам, а по усилиям* – это резкое изменение мышления, которое способствует отключению разных механизмов поддерживающих плохую самооценку. Например, человек перестает все время сравнивать себя с другими (конечно, не в свою пользу!) или постоянно

поднимать планку после каждого достижения. Как говорил Ноа Уейнберг, «каждая попытка – это успех».

*Способствовать улучшению контактов с другими.* Если станет очевидным, что чувство собственного достоинства сильно зависит от наших отношений с другими, то нашу эмоциональную батарею необходимо периодически заряжать. Мы сможем постепенно, целенамеренно, сознательно, по плану воздействовать на эти отношения так, чтобы они стали теплее и приятнее. Начать создавать вокруг себя дружелюбную, целебную, любящую среду можно еще во время реабилитации, тем более, что тогда есть возможность получить обратную связь и таким путем проверить, как другие воспринимают наши положительные действия, направленные к ним.

*Как моя самооценка влияет на возможность поддерживать других?* Чаще всего эта взаимосвязь такая: чем лучше и устойчивей мое чувство собственного достоинства, тем легче и естественней мне оказывать поддержку другим. Поэтому все те, кто работает с алко- и наркозависимыми, должны заботиться о своей самооценке.

*Можно ли достигнуть полного принятия себя?* Этот вопрос часто появляется в связи с самооценкой. Пока мы не знаем ни одного человека, у которого это получилось, но когда следуем в этом направлении, то у нас появляется все больше удовлетворения и жизнерадостности, иногда так много, что выздоравливающие благодарны за то, что заболели зависимостью.

## Зависимая семья

Зависимая семья, что в ней происходит, как зависимость влияет на членов семьи? Ловушка созависимости.

Если взять как пример алкоголизм, то легко показать, что зависимость – это болезнь всей семьи. И, конечно, когда имеем дело с зависимостью от других психоактивных веществ (наркотиков и лекарств), в семье происходят похожие явления, поскольку действуют такие же психологические механизмы.



Так же, как алкоголик вертится вокруг бутылки, семья алкоголика вертится вокруг него.

Можно сказать, что члены семьи зависимого человека все меньше и меньше живут для себя и получают то, что им нужно. В здоровой семье принципом совместной жизни является компромисс: каждый удовлетворяет свои потребности так, чтобы другие могли удовлетворить свои. В зависимой семье центр тяжести смещается. Когда зависимый член семьи употребляет алкоголь или наркотики, семейная жизнь в большой степени от этого зависит, а когда не употребляет, поведение членов семьи определяет страх, что он может опять начать употреблять.

Характерные черты зависимой семьи. Поскольку зависимость – это болезнь прогрессирующая, то чем глубже она становится, тем больше усилий требует от семьи, перед которой возникает огромная задача: *приспособление к тому, к чему приспособиться невозможно.*

К сожалению, многие из нас это хорошо знают по собственному опыту, но чтобы напомнить вам, какое это напряжение, представьте себе простую ситуацию. С чемоданами и детьми собираетесь в отпуск, выезжаете отдыхать, но вдруг автобус или машина, на которой ехали на вокзал, сломалась. И вы не знаете, успеете ли на поезд. Вы взволнованны, и дети уже тоже начинают нервничать. В голове множество образов: вот вы возвращаетесь, разбираете вещи из чемоданов, думаете о новых расходах, в доме нет никакой еды и т.д. Каждый, кто был хотя бы несколько минут в такой ситуации, знает, что это невыносимо, особенно если это не минуты, а дни, месяцы, годы. Но ведь напряжение – это только один из невыносимых элементов жизни с зависимым членом семьи.

*Характерные черты семьи, в которой один из ее членов зависимый:*

все члены семьи сосредоточены на том, который употребляет;

все стараются скрыть его зависимость – семья солидарно хранит тайну;

остальные члены семьи перестают заботиться о себе, о своих потребностях;

они находятся в ситуации постоянного стресса и угрозы, страдают, теряют чувство безопасности;

в семье все больше беспорядка, хаоса, чувства потерянности;

в семье много конфликтов, они случаются часто и протекают бурно;

у всех членов семьи «замороженные» чувства;

семейные роли смещаются, обязанности и задачи зависимого берут на себя другие члены семьи;

семья живет в общественной изоляции. Можно привести множество примеров для каждой из такого рода ситуации. Среди наших знакомых, соседей, родственников, сотрудников, товарищей из школы и института их достаточно, все эти характерные черты нам хорошо знакомы.

**Созависимость – в чем ее суть?** Большая часть специалистов согласна, что можно проследить *определённую совокупность симптомов расстройств личности*, которые называются созависимостью. Др. Тиммен Сермак (США), один из самых известных американских психиатров, обследуя жен алкоголиков, считал, что именно клинический подход позволяет нам при наличии указанных симптомов поставить диагноз созависимости:

постоянная зависимость собственной самооценки от способности держать под контролем себя и других, особенно в ситуации угрозы и опасности;

принятие на себя ответственности за удовлетворение потребностей других, даже ценой неудовлетворения своих собственных потребностей;

проблемы, связанные с определением границы между потребностью быть очень близко и потребностью удерживаться на расстоянии (сохранить дистанцию) и появляющийся в связи с этим страх;

предрасположенность к связям с партнёрами, которые зависимы от химических средств;

наличие не менее трёх из перечисленных свойств (характеристик):

сильно развитый механизм отрицания;

вытеснение эмоции;

депрессия;

слишком большая бдительность;

компульсивность (принудительные мысли и поведения);

страх и опасения;

сверхупотребление химических веществ;

физическое или сексуальное насилие в настоящее время или в прошлом;

психосоматические заболевания (связанные со стрессом);

пребывание не менее двух лет в браке или другой близкой связи с зависимым человеком без попыток искать помощь.

Конечно, не каждый, кто живет в семье с зависимым, будет иметь симптомы созависимости. Поэтому недостаточно учитывать только внешние факторы, особенно то, как употребляет член семьи. Необходим точный, подробный диагностический процесс.

Другие специалисты предпочитают видеть созависимость как *синдром неправильного приспособления*. Они обращают внимание в основном на эмоции и тогда говорят об определенных свойствах созависимости:

страдание и эмоциональный хаос;

психосоматические расстройства или неврозы;

употребление снотворных, транквилизаторов (успокоителей), алкоголя, чтобы облегчить боль, напряжение и опасения;

система иллюзии и отрицания, которая мешает реалистически определить масштаб семейных проблем связанных с употреблением;

укрепление супружеской и семейной системы, которая поддерживает употребление.

Часто бывает так, что созависимую пациентку лечат на уровне симптомов, то есть в основном её психосоматические заболевания (например, типичную для созависимости гипертонию) или же лечат её «невроз». По польским исследованиям пациентки отделений неврозов в психиатрических больницах – это не менее чем в 50–70 % жёны и дочери (или одновременно и жёны, и дочери) алкоголиков.

Часть врачей, к которым обращаются созависимые женщины с разными медицинскими жалобами, делают одну фундаментальную ошибку: выписывают транквилизаторы, таблетки обезболивающие или снотворные, что может вести к зависимости от медикаментов.

Из этого следует, что созависимость может возникнуть только в определенных условиях: когда существуют длительные близкие отношения двух взрослых людей, не обязательно брак. Но непременно в них должно быть много разных более или менее долгосрочных связей, определяющих совместную жизнь (общая квартира, дети, сеть взаимных зависимостей финансовых и связанных с другими проблемами быта).

Одна из «половинок» этой связи должна вводить деструктивные (разрушающие) элементы, не обязательно связанные с употреблением. Может, например, образоваться созависимость от такого партнера, который в семейной жизни применяет насилие, а другой партнер к этому приспосабливается.

Джанет Иойтитц в книге «Брак на льду. Психологические проблемы жен алкоголиков» пишет: «Ты не можешь жить с пьющим алкоголиком, не подвергаясь глубоким изменениям. Каждый человек, который ежедневно находился бы под таким обстрелом, как ты, заслуживал бы звание героя лишь за один только факт, что ему удалось остаться в живых. Ты не знаешь, что может случиться завтра или через час, ты представляешь себе разные ужасные вещи и твои предсказания так же часто сбываются, как оказывается ложными. Тебя терзает мысль, что будет, когда он вернется домой (если вообще вернется). Весь день ты нервничаешь, все время ты в напряжении. Тебе не спится. Ты не питаешься, как надо. Выглядишь ужасно. Уходишь все дальше от своих друзей. Орешь на детей».

Тому, кто живет рядом с алкоголиком, не избежать хотя бы нескольких из тех характеристик, которые перечислю. Разная бывает только степень их интенсивности. Итак, следующие характеристики являются симптомами созависимости: сверхконтроль, сожаленная сосредоточенность на алкоголике, стыд, доминанция, выполнение его обязанностей, чувство вины, принудительные мысли, которые невозможно остановить, пессимизм (все время выявляются худшие варианты), страх, ложь, нереальные надежды (иллюзии на счет будущего), разочарование, эйфория, нехватка ориентиров, сексуальные проблемы, безразличие (апатия), чувство безнадежности, обиды, отчаяние» (Janet Wititz: *Małżeństwo na lodzie (Брак на льду)*, Warszawa, 1997). А мне в этом описании не хватает еще боли, печали, досады, одиночества.

Согласно определению Зофии Соболевской, *мы можем говорить о созависимости, когда двое взрослых людей создали длительную связь и один из них ведет себя деструктивно (разрушительно), а другой приспособляется к этим разрушениям, упрочняет и ухудшает ситуацию, которая вредит ему. Это и называем «психологической ловушкой созависимости».*

Легко привести примеры поведения созависимости, например, усилия жены или мужа, чтобы скрыть последствия употребления: уборка после буйства, ложь начальству, когда муж (жена) не выходит на работу, помощь в лечении абстинентного синдрома (похмелья) и многие другие. Такое поведение не только не вызывает задержки злоупотребления, но даже помогает дальше употреблять; создает, как мы говорим, комфорт употребления, или «защитный зонт».

*Все ли, кто живет с зависимым, попадут в созависимость?*

Большинство из нас, помогающих зависимым и их семьям, считает ответ очевидным: да, все живущие с зависимым непременно созависимые. Однако вполне возможно в такой ситуации не попасть в созависимость или попасть в небольшой степени (поскольку это не черно-белое свойство, созависимым можно быть больше или меньше). Влияет на это несколько групп факторов:

*реальная внешняя ситуация* – это материальные проблемы, организационные трудности (например, кто будет заниматься детьми), жилищные условия;

*характеристика ситуации вне семьи* – работает ли она или он и какая у нее/него/ профессия, сколько зарабатывает, есть ли у нее/него/ родственники и друзья, может ли она/он/ получить поддержку;

*личностные характеристики* – например, склонность к опасению, способность справляться со сложными ситуациями;

*особенности психологической ситуации*, которая образуется как *результат жизни в длительном стрессе созависимости*, например, повреждение границ, снижение самооценки и многие др.

Совокупность и композиция разных факторов заставляют нас каждый раз индивидуально решать вопрос о диагнозе и реабилитации. Но общее для всех то, что со временем и с углублением зависимости все сильнее становится вовлечение в ловушку. Созависимая женщина или созависимый мужчина не удовлетворяет своих потребностей; все его действия – это ответная реакция на реальное или возможное поведение партнера. Можно сказать, что созависимые сами себя все сильнее и глубже загоняют в ловушку.

*Почему трудно выбраться из ловушки созависимости?*

Причин тут немало:

потому что эта ловушка образуется постепенно и трудно найти момент, когда надо было бы решить ( это уже вышло за рамки допустимого);

потому что сильно действует норма, что семейные проблемы не выносятся наружу (по-польски есть такая поговорка, что «неприлично стирать белье на людях»);

потому что просто стыдно;

потому что многие окружающие стараются успокоить, что все еще не так плохо, а зависимый утверждает, что ведет себя нормально («у меня все в порядке», «пью, как все» или «ведь все употребляют»). А даже если осознает, что злоупотребляет, то пытается винить за это семью: плохую жену, нехорошего ребенка, ужасного мужа или мать;

потому что все равно тут нельзя помочь – угнетающее чувство беспомощности;

потому что трудно расстаться с надеждой, что все-таки как-то это уладится, он (она) перестанет употреблять и тогда все будет хорошо.

Для женщин, которые живут с зависимым, характерно особое понимание роли женщины, жены, матери и требований, связанных с этими ролями. Так как большая часть из них выросла в патологических семьях, им недостает модели здоровой семьи.

В здоровой семье принципом совместной жизни является удовлетворение потребностей каждого ее члена так, чтобы другие могли удовлетворить свои, а в зависимой семье всё подчиняется именно зависимости. Важной частью такой модели жизни являются убеждения, которые способствуют продолжению и укреплению безвыходной ситуации:

если жена пошлет своего мужа в наркологию лечиться от алкоголизма (наркомании), то он ей это никогда не простит;

когда муж пьяный, лучше не сопротивляться, а то будет еще хуже;

женщина без мужчины сама не справится;

тот, кто хочет слишком много, может потерять все;

я не могла бы жить без своего мужа;

очень часто это жена виновата, что муж много пьет или принимает наркотики;

если моя семья рухнет, это значит, что я ничего не стою;

у каждого человека такая судьба, какую он заслужил;

я не думаю, чтобы кроме мужа какой-нибудь мужчина захотел быть со мной;

нетрезвый муж лучше, чем никакой;

я женщина неинтересная, непривлекательная;

пьяный мужчина имеет право быть агрессивным;

я должна все вынести, все выдержать, потому что у детей должен быть отец;

если муж бьет, значит любит;

я не заслуживаю лучшую жизнь, чем у меня есть;

стыдно признаваться перед людьми, что муж злоупотребляет алкоголем или употребляет наркотики;

человек не должен говорить плохо о своей семье;

никто другой не может помочь, если муж и жена сами не найдут согласие;

человек должен всегда сам справляться со своими проблемами;

я не имею права загружать других людей своими бедами;

я не теряю надежду, что в конце концов муж опомнится и перестанет употреблять;

если жена сильно любит мужа, то, непременно, вернутся счастливые дни;

мужчина может стать совсем другим, если он любит женщину;

если терпеливо выдержать самое плохое, то судьба меня вознаградит;

муж позаботится о том, чтобы я снова была счастлива (Zofia Sobolewska: *Niszczące przekonania (разрушительные убеждения)*. «Świat Problemów» nr 1(60), Styczeń 1998).

Часто члены семьи зависимого не осознают, что это только их убеждения, и они неверно считают, что так устроен мир, что это истина. Самым естественным и несложным воздействием является просто проведение с созависимой женщиной анализа этих убеждений, в какой степени они действительно отражают реальность? Насколько сходны с опытом других созависимых ее убеждения? Способна ли она доказать (привести примеры), что это правда?

*В чем нуждаются жены и матери и другие члены семьи зависимых?*

Психологические потребности созависимых членов семьи определяют, какая помощь им нужна. Построение психотерапевтического контакта и обучение создают фундаменты для дальнейшей работы над созависимостью. Только начиная с них можно получить в этой работе результаты.

Необходимы:

1. Поддержка, надежда, чуточку оптимизма и хотя бы немного веры, что он или она достойны помощи и заслуживают лучшую жизнь. Доверие к тому, кто помогает, кто не осуждает, принимает, понимает, сопереживает, знает свое дело и сумеет быть руководителем в процессе выздоровления.

2. Обучение: знаниям о зависимости как болезни; об особенностях ситуации в семье, в которой кто-то зависимый; как перестать помогать алкоголику пить или наркоману употреблять наркотики и как начать жить собственной самостоятельной жизнью – начать выбираться из ловушки созависимости.

3. Работа над этим:

1) на поведенческом уровне – тренировка определенных умений, таких, например, как «жесткая любовь», защита границ;

2) на эмоциональном уровне – работа над чувствами, которые поддерживают и укрепляют созависимость, например, снижение уровня страха и злости, больше любви к себе;

3) на уровне мышления – работа с убеждениями, определение ригидных схем поведения и возможность заменить их другими, более конструк-

тивными и более гибкими схемами; постройка новой жизненной программы.

Работа на всех этих уровнях взаимосвязана.



По такой схеме можно рассматривать психотерапевтические действия в важных областях реабилитации созависимости, например, по отношению к «жесткой любви», повышению самооценки, определению и защите границ, удовлетворению собственных потребностей.

Можно сказать, что обобщает эту модель работа над экзистенциальными проблемами: самоопределением; смыслом жизни; системой ценностей; проблемами бытия. Кто я? В каком направлении идет моя жизнь? А куда должна идти? Зачем я живу? С какой целью?

**Модель психотерапии созависимости.** В работе с созависимым надо соблюдать некоторую последовательность, а процесс реабилитации можно разделить на четыре этапа (это не жесткая схема, а ориентиры).

*Этап первый – вступительный.*

- **Налаживание контакта.** Часто терапевты не уделяют этому нужного внимания, сразу же переходят к диагностическим вопросам, начинают передавать информацию о зависимости, давать советы.

- **Определение ситуации пациентки и способов ее приспособления к ситуации,** когда в семье кто-то болеет зависимостью. Это надо делать не только для себя, но, в первую очередь, для нее; чтобы она сама увидела, в какой ситуации действительно находится, и чтобы могла хотя бы в небольшой степени разрядить накопленные эмоции: страдание, злость, страх, печаль. К сожалению, большинство помогающих созависимым во вступительной части разговора сосредоточены в основном на том, чтобы получить данные нужные для документов и поставить диагноз.

- **Согласование цели совместной работы.** Часто ведущие психотерапию этого не делают, забывая о том, что у пациентов, которые понимают смысл и направление процесса выздоровления, которые к тому же принимают его как свой, мотивация будет намного сильнее и содействие намного лучше.

- **Терапевтический договор.** Его надо совершать с каждым пациентом, но с созависимой такой договор должен содержать один особенно важный элемент. Не будем работать над тем, чтобы алкоголик перестал пить, наша цель – изменение к лучшему жизни пациентки.

*Этап второй – обучающий (ориентировочный).*

Созависимые пациентки часто чувствуют себя потерянными, и их жизнь кажется погруженной в хаос. У них часто нет собственной системы оценки того, что происходит в семье. Особенно важными в процессе обучения являются несколько тем:

понимание созависимости – пациентка должна стать специалистом по созависимости и зависимости;

определение размера и проявлений разрушительного процесса в семье, анализ его примеров. По аналогии с зависимостью можно сказать, что это работа с механизмом иллюзии и отрицания;

определение схем поведения, которые поддерживают разрушающие процессы и погружение в ловушку созависимости. Работа с эмоциями, умение определять их, проявлять, успокаивать (не вытеснять!), способность их выдерживать. Все это ведет к более реальному подходу к жизни и повышает способность управлять ею;

обучение новым возможностям поведения (активными методами, то есть путем упражнений, ролевых игр и т.д.).

*Этап третий – изменение убеждений и подхода к себе.* В этом этапе надо работать с убеждениями, которые поддерживают чувство бессилия и беспомощности, усиливают опасения связанные с новым образом жизни, поддерживают деструктивное стремление (ранимость, стыд, отрицательные убеждения о себе), мешающими искать помощь вне семьи. И, прежде всего, надо заниматься самооценкой и жизненными сценариями, смыслом и целью жизни.

*Этап четвертый – психотерапия эмоциональных проблем, которые возникли как результат созависимости и травм детства.* Дальнейшая работа над самооценкой, чувством обиды, страхом, сильно влияющими на все жизненные ситуации, злостью, стыдом и др. На этом этапе начинается процесс проработки психологических проблем, который является существенной частью целенамеренного личного развития и роста.

Советы для членов семьи с проблемой зависимости:

- тебе не нужно больше избегать тему зависимости. Начни искать информацию об этой болезни, основанную на фактах;
- тебе не нужно больше обвинять своего зависимого мужа. Сосредоточься на своём поведении, так как из-за этого ты можешь либо упасть, либо встать;
- тебе не нужно больше держать контроль над зависимым человеком. Сосредоточься на возможностях лечения, поговори с ним об этом;

- тебе не нужно больше «выручать» своего алкоголика или наркомана. Позволь ему страдать и дай возможность нести ответственность за все последствия его употребления;
- тебе не нужно больше интересоваться, почему он употребляет. Начни возвращаться к нормальному образу жизни;
- тебе не нужно больше угрожать. Начни говорить то, что думаешь, и делать то, что говоришь;
- тебе не нужно больше ни принимать, ни выпрашивать обещаний. Научись отклонять их и перестань считаться с ними в реальной жизни;
- тебе не нужно больше скрывать, что ты нуждаешься в помощи. Начни открыто говорить об этом со своим зависимым;
- тебе не нужно больше жаловаться, ворчать, читать лекции, заискивать. Начни давать ему толковую информацию о его неподобающем поведении. Начни относиться к нему, как к взрослому;
- тебе не нужно больше позволять мужу агрессивное поведение по отношению к тебе и детям. Не разрешай ему разрушительные действия по отношению к себе, начни себя защищать;
- тебе не нужно больше быть марионеткой. Начни существовать отдельно.

### ***12 шагов к выздоровлению:***

- искренне признайся, что есть проблема, которую ты не можешь решить самостоятельно (с помощью тех знаний и тех средств, которыми располагаешь на сегодняшний день);
- начни искать настоящие причины своих проблем;
- научись видеть причины своих проблем в отношениях, а не в людях;
- не обвиняй других в своих проблемах;
- перестань постоянно критиковать себя за ошибки и недостатки;
- перестань манипулировать и играть словами, когда хочешь чего-то добиться;
- попытайся просить, когда ожидаешь чего-нибудь от другого человека;
- научись до конца чувствовать и выражать свои чувства;
- тренируйся в умении осознавать свои чувства, мысли, потребности и желания;
- научись определять свои психологические границы в отношениях с людьми;
- научись близости с другими, чтобы ты могла получать от них необходимые тебе информацию, заботу и обратную связь;
- позволь себе изменяться в отношениях с другими, развивая свои самые лучшие возможности.

## Заключение

Избавление человека от физической зависимости от наркотика – это только первый шаг при лечении наркомании, и одними медицинскими средствами с наркоманией не справиться. Помимо физических болей, у зависимого человека остается искажённый опыт о культуре человеческих взаимоотношений, социальных нормах, необходимых для эффективного взаимодействия с людьми, ролей, видов деятельности, опыта общения. Наркомания – это состояние, которое изменяет всю личность в целом. Поэтому должны применяться комплексно и медицинские, и реабилитационные меры. Для эффективной реабилитации необходимо научить человека жить без наркотика, найти способы самореализации, приобрести опыт решения проблем. Для более эффективного воздействия на больного в лечении и социальной реабилитации зависимых должна применяться максимальная индивидуализация реабилитационных технологий (стационарные, полустационарные или амбулаторные программы). Это прохождение курса лечения и реабилитации каждого наркомана с учетом клинических особенностей заболевания, социальных осложнений, вызванных употреблением ПАВ, определением особенностей структуры личности, микросоциального окружения зависимого, анализом собранной информации, составлением индивидуального профиля каждого пациента и включение его в подходящую для него программу реабилитации. На всем протяжении реабилитационного воздействия оно должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное составляющее с разной продолжительностью частей реабилитационного процесса у разных наркоманов. Реабилитационные программы способны разрушить функциональные системы патологических пристрастий и в настоящее время являются наиболее эффективными методами лечения наркоманий.

## Список рекомендуемой литературы

*Гастфренд, Д.Р.* Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых / Д.Р. Гастфренд, Ю.Б. Шевцова // Наркология. – 2013. – № 3. – С. 16–20.

*Иванец, Н.Н.* Наркология: национальное руководство / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

*История наркомании.* URL: <http://www.kantuev.ru/istoriya/>

*Медико-социальная работа в наркологии* / Ю.В. Валентик [и др.] – Архангельск: Изд-во АГМА, 2001. – 234 с.

*Огурцов, П.П.* История формирования северного стиля потребления алкоголя в России / П.П. Огурцов // Алкогольная болезнь. – 2000. – № 6. – С. 12–19.

*Рохлина, М.Л.* Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ / М.Л. Рохлина. – М.: Литтерра, 2010. – 256 с.

*Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных: метод. рекомендации* / Брюн Е.А. [и др.]. – М.: Институт наркологии, 2013. – 124 с.

*Шабанов, П.Д.* Наркология. [Библиотека врача-специалиста](#) / [П.Д. Шабанов](#). – М.: [ГЭОТАР-Медиа](#), 2012. – 832 с.

*Энциклопедия наркотических средств.* Наркотики, наркомания, лечение наркомании. URL: <http://narcotics.su>.

*McLellan, A.Th.* Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? / A.Th. McLellan, D. Carise, H.D. Kleber // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2003. – Vol. 25. – P. 117–121.

*National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS)* // Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. – 2010.

Изготовлено по заказу ОГКУ «Центр реабилитации наркозависимых  
«Воля» в рамках реализации долгосрочной целевой программы  
Иркутской области «Комплексные меры профилактики злоупотребления  
наркотическими средствами и психотропными веществами»  
на 2011–2013 годы

*Колягин Василий Васильевич*  
*Додзюк Анна*  
*Новикова Валентина Владимировна*

# **НАРКОМАНИИ**

## **Медико-социальная реабилитация зависимых и созависимых пациентов, подход и взаимоотношения**

Учебно-методическое пособие

Редактор Е.М. Куликова  
Оператор электронной вёрстки Л.И. Давыденко

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Arial. Бумага SvetoCopi.  
Уч.-изд. л. 5,8. Тираж 200. Заказ 1/14.

Отпечатано в РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО.  
664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, к. 302.  
Тел (3952)46-69-26. E-mail: igiuvpress@yandex.ru