



Сергей Кулаков

*Руководство
по реабилитации
аддиктов*

4-е издание

Сергей Кулаков

**Руководство по реабилитации
аддиктов. 4-е издание**

«Издательские решения»

Кулаков С.

Руководство по реабилитации аддиктов. 4-е издание /
С. Кулаков — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-838481-3

**НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ,
ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД
ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ
УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.** В

руководстве излагаются основы реабилитации химических и нехимических зависимостей, обобщающие многолетний опыт ее проведения автором.

Читателю предлагают ознакомиться с основными приёмами, вмешательствами био-психо-социо-духовной модели, применяемыми в условиях клиники.

Книга иллюстрирована многочисленными примерами из практики. Учебник предназначен для врачей, психологов, социальных работников, оказывающих помощь аддиктам и пациентам с расстройствами личности.

ISBN 978-5-44-838481-3

© Кулаков С.

© Издательские решения

Содержание

Введение	7
Клинико-психологическая диагностика	14
СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ	18
Структурный диагноз	22
Диагностика пограничной структуры	28
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРЦИССИЗМА	29
Мишени психотерапии в реабилитации пациентов с зависимостями	30
Случай ИЗ ПРАКТИКИ №1	32
Случай из практики №2	34
Случай из практики №3	37
Случай из практики №4	39
Диагностические и тактические ошибки	42
Формирование мотивации на лечение как первый этап в медико-психологической реабилитации	43
Профессиональное психотерапевтическое сопровождение на этапе раннего постабстинентного периода	46
Отделение начального этапа реабилитации (Предреабилитация)	46
Профессиональное психотерапевтическое сопровождение в позднем постабстинентном периоде и начальном этапе формирования ремиссии (отделение основного этапа реабилитации – стационар)	48
Биологические аспекты зависимости	49
Сопротивление к выздоровлению	51
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5	54
Целеполагание. Планирование. Режим	57
Планирование	58
План дня	59
Утреннее собрание	60
Итоги дня (ИД)	62
Дневник чувств	63
Рекомендации по написанию дневника чувств	65
Мой ежедневный самоанализ	68
Итоги недели (ИН)	70
Психообразовательный подход	71
Лекции	72
Темы лекций врачей, психологов, социальных работников-консультантов	73
Методы стимуляции творческой активности	74
Арт-анализ и арт-терапия	75
Мозговой штурм	78
Негативные и ПОЗИТИВНЫЕ автоматические мысли	79
Кинотерапия	80
Сопровождение семей пациентов в стационаре	81
Организационные собрания	82
Организационное собрание пациентов	83
Организационное собрание специалистов	84

Конец ознакомительного фрагмента.

85

Руководство по реабилитации аддиктов 4-е издание

Сергей Кулаков

© Сергей Кулаков, 2023

ISBN 978-5-4483-8481-3

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Введение

Реабилитация – это сложная медицинская, психологическая, социальная и духовная система, направленная на восстановление физического, социального и духовного здоровья пациента, его личностного и социального статуса

Большинство специалистов в области медицины и других смежных наук отлично поняли необходимость реабилитационной работы с зависимыми (аддиктами – от лат addiction – страстие). Возникают реабилитационные центры, общины, дневные стационары, полустационары, где сотрудники используют весь накопленный опыт работы в этой области. В рамках медицины, психологии, социологии, педагогики и других наук продолжают проводиться исследования зависимостей от химически активных веществ. В период ремиссии, находясь в закрытом стационаре или реабилитационном центре, лица, страдающие химической зависимостью, как правило, получают помощь разных специалистов: психиатра-нарколога, терапевта, психотерапевта, клинического психолога, социального работника-консультанта, медицинских сестер и других специалистов. Не существует таблетки от химической зависимости – для выхода из сложившейся ситуации человеку необходимо взять на себя ответственность за свои действия, нужно захотеть измениться и поверить в положительный результат. Поэтому после завершения дезинтоксикации усилия специалистов должны быть направлены на то, чтобы пациент изменил свои взгляды на себя и на мир, осознал необходимость начать жить по-новому. Это очень сложный процесс. В первую очередь, это война не с наркотиками, а сражение с желанием аддикта убежать, спрятаться от страха перед реальной жизнью в мире приятных ощущений и фантазий.

Здесь имеют значение любые результаты. Крайне важно, чтобы реабилитант начал задумываться о своей жизни, стал понимать, что за все, происходящее с ним, отвечает только он сам. Даже если видимый результат психотерапии отрицателен и пациент сорвался и вновь употребил наркотики, посеянное в его душе психотерапией зерно сомнения в собственном «праве употребить» обязательно «прорастет» и даст свой результат в будущем. Главное на первом этапе лечения, чтобы у пациента началась «борьба мотивов». Чтобы, даже мысль о любом аддиктивном агенте, вызвала бы тяжкие колебания и сомнения. **Если пациент начал думать и сомневаться – это означает, что первый шаг к успеху терапии сделан.** В терапевтическом сообществе созревание решения в пользу выздоровления проходит легче.

Авторские разработки, опубликованные в «Руководстве по реабилитации наркозависимых» (Кулаков С. А., Ваисов С. Б., 2006) были передовыми, включали в себя групповые методы лечения в сочетании с 12-шаговой программой и до сих пор активно применяется во многих Центрах. *Терапевтическая среда и терапевтическое сообщество является фундаментом любой программы.*

С момента публикации этого издания прошло много лет. Изменились психоактивные вещества, изменилась структура личности пациентов. Мы столкнулись с ситуацией, когда в Центр стало поступать все больше пациентов с коморбидной патологией и низкой мотивацией на трезвость и продолжение лечения, низким реабилитационным потенциалом (Приложение 1), что привело к необходимости пересмотра концепций и направлений работы.

Что заставило пересматривать концепцию лечения аддиктов?

Двойной диагноз
Низкий реабилитационный потенциал
Высокая степень отчуждения заболевания

Несформированная внутренняя мотивация и внешняя мотивация (семейная) на трезвость и лечение
 Синдром «размытой идентичности» и слабое Я
 Наличие дефицитов в личностной структуре
 Со всем этими компонентами не сделать 1-й шаг – признать свое бессилие – или его делают формально.
 Акцент на развитие рефлексии («наблюдающее Я»)

Более мягкая, индивидуализированная система реабилитации: не дожидаясь принятия 1 шага, начинается глубинная психотерапия.

Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго. Это приводит к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

Искусство реабилитационной команды заключается в подборе такого индивидуального реабилитационного маршрута, который способствует сдвигу в сторону ремиссии, а не хронификации.

В результате применения описанных в «Руководстве» методик к пациентам стационарного реабилитационного отделения «Центра Бехтерев» возник ряд существенных дополнений. Появилась необходимость организации отдельного отделения Начального Этапа реабилитации (Предреабилитации), где пациентам проводилась интенсивная мотивационная работа по специальной Программе, которая была разработана и внедрена в 2009 году и постоянно совершенствуется.



Рис. 1 Синергетическая модель зависимостей

В нашей клинике помимо био-психо-социо-духовной модели развития болезни стали внедряться такие концепции как синергетическая модель и экзистенциальная модель зависимостей (рис.1). Синергетический подход можно представить 4 основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом (духовным развитием). Соматогенез предполагает развитие систем и функций

организма; психогенез – развитие психических функций, социогенез – развитие социальных ролей и отношений, ноогенез – динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, 4 базовые экзистенциальные мотивации, систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию и т. д.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная динамика и фрактальность. На рис. 1 можно увидеть, что большинство пациентов поступают на лечение в 4 «фрактале». В точках бифуркации (выбора) процесс выздоровления будет зависеть от многих переменных (мотивации, контакта с психологом, включении родителей в терапию и т. д.). Иногда длительно болеющие пациенты неожиданно выходили в стойкую ремиссию вопреки прогнозам врачей.

Наверное, специалисты-реабилитологи первыми начали рассматривать зависимости как био-психо-социо-духовное расстройство и 12 – шаговая модель лечения является духовно-ориентированным инструментом. Вместе с тем, до настоящего времени в реабилитационных программах экзистенциальные проблемы не систематизированы и экзистенциальная терапия носит интуитивный характер, основанный на опыте выздоровления консультантов, представляющих значительную часть реабилитационной бригады.

В современной экзистенциальной традиции (Э. Спинелли, Э. Ван Дорцен, А. Лэнгле и др.) наблюдается тенденция к отказу от скоропалительных диагнозов, определений состояний клиента или его «очевидных» трудностей и проблем. В экзистенциальном подходе к терапии «зависимостей» также отказались от использования термина «Addiction» (пристрастие) в его диагностическом значении. Данный отказ позволяет воздержаться от использования и других популярных априорных конструкций, описывающих проблемы зависимого поведения: «Зависимость – это неизлечимая болезнь», «Пожизненный приговор пациента», «Зависимые – слабые, никчемные, ничтожные люди» и т. п.

Тем не менее, отходить от диагностической категории «зависимость», особенно для пациентов, находящихся в стационаре, не всегда полезно. Важно не приклеивать на всю жизнь диагностический ярлык, а содействовать принятию своего расстройства и работать с ним. Термин аддикция вполне адекватен (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.), так как наряду с химической зависимостью пациенты страдают или страдали от многих нехимических зависимостей: партнера, покупок, компьютера и т. д. Многие аддикты имеют признаки психических расстройств, приводимые ниже и «двойной диагноз»:

нарушение	чувства	непрерывности,
постоянства и идентичности своего физического		
и психического «Я»;		
отсутствие чувства постоянства и идентичности		
переживаний в однотипных ситуациях;		
некритичность к себе и своей собственной психической		
продукции (деятельности) и ее результатам;		
несоответствие	психических	реакций (адекватность)
силе	и частоте	воздействий среды, социальным
обстоятельствам и ситуациям;		
неспособность самоуправления поведением;		
в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;		
неспособность планировать собственную		
жизнедеятельность и реализовывать эти		
планы;		
неспособность изменять способ поведения в		
зависимости от смены жизненных ситуаций		

и обстоятельств.

Поэтому руководствоваться одним из фундаментальных положений экзистенциализма — отказом от каузальности не представляется возможным, так как мы работаем с пациентами, а не клиентами. Психодинамические аспекты зависимости постоянно находятся в поле зрения специалистов. Симптомы выполняет функцию ложной идентичности, заполняя собой дыру в «Я». Это в свою очередь отражает ту патологическую групповую динамику, ту систему отношений, в которой происходит развитие пациента, а это и связь с психодинамической психотерапией.

В большинстве реабилитационных центрах акцент делается на групповых формах работы, а индивидуальная работа и последующее сопровождение преимущественно нацелена на программные задачи сохранения трезвости. Вместе с тем пациенты нуждаются в проработке внутри- и межличностных конфликтов. В ряде исследований было обнаружено, что больные, страдающие различными видами зависимости, больше чем обычные люди имеют трудности, связанные с саморегуляцией поведения.

В нашем подходе увеличено количество часов индивидуальной работы. Каждый пациент при переводе на отделение основного этапа реабилитации прикрепляется к индивидуальному психологу, который не только контролирует выполнение программных заданий, но и проводит личностно-ориентированную психотерапию, направленную на проработку глубинных личностных проблем пациента, организует совместные семейные сессии и сопровождает пациента после выписки. Индивидуальная терапия, вскрывающая глубинные или бессознательные феномены (отношение к объектам, привычные формы реагирования на стресс, устранение нарциссического дефицита или других отклонений в индивидуальном функционировании), успешно дополняет групповые формы работы. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо.

Внедрена групповая интерактивная (психодинамическая) модель работы, направленная на укреплении Эго пациента. Коморбидные пациенты, зачастую неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля». Такую терапию Ф. Флорес называет сочетанной (conjoint therapy). 12-шаговая модель рекомендуется как поддерживающая духовно-ориентированная технология после выписки из стационара как в изолированной форме, так в сочетании с индивидуальной психотерапией или сопровождения пациента специалистом.

Кроме организационных собраний внедрены балинтовские и супервизионные группы для специалистов, проводимые 2 раза в месяц для профилактики профессионального выгорания. Для пациентов, проходящих постстационарную реабилитацию, создана отдельная программа «Потенциалы развития».

Наконец, расширены клиничко-психотерапевтические консилиумы для сложных в дифференциально-диагностическом плане пациентов.

В настоящее время каждый пациент выполняет задания сначала в Рабочей тетради начального этапа реабилитации, а после перевода на отделение основного этапа реабилитации получает новую рабочую тетрадь «Анонс для новичка».

Приоритетной задачей реабилитации зависимых является формирование опыта жизни без психоактивных веществ и развитие искусства сопротивления влиянию внешней среды.

Неспособность аддиктов устанавливать и поддерживать здоровые межличностные отношения вносит свой вклад не только в их аддикцию, но также и в трудности сохранения трезвости.

Зависимость – болезнь эмоций. Химически зависимые люди очень часто жалуются на нервозность, раздражительность, напряженность; на то, что какие-то житейские мелочи

вызывают бурю эмоций. В норме сила, яркость эмоций колеблются в определенных пределах. У химически зависимых амплитуда колебаний эмоций намного выше этих пределов, страсти захватывают их гораздо сильнее. **Большинство реабилитологов считает преодоление чувства вины и стыда труднейшей частью процесса выздоровления.**

Реабилитация предполагает решение следующих задач:

скрупулезное изучение значимости агента зависимости (алкоголь, наркотики, игра, работа, отношения и т.д.) в жизни пациента и совместный поиск возможных равнозначных и приемлемых последним альтернатив, самораскрытие;
предоставление необходимой пациенту информации;
анализ мотивов поведения и эмоций;
адекватное самопринятие;
поиск других, альтернативных, жизнеутверждающих источников самоуважения;
развитие навыков самостоятельности и ответственности;
развитие умений бороться со стрессом без употребления лекарств и наркотиков;
развитие умения распознавать форму «агитации» наркотической среды и сопротивляться ей;
развитие умения применять различные способы отказа и говорить «нет»;
развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами;
обращение к сфере эмоциональных отношений (облегчение проявления эмоций); работа с деструктивными эмоциями (обида, вина, жалость к себе, мстительность);
принятие ответственности за свои выборы;
формирование компетентности в преодолении трудностей;
поиск ресурсов для глубинной проработки заявленных проблем: внутренние и внешние факторы жизни, могущие стать источником энергии, положительных эмоций, а также физических и психологических сил;
расширение и углубление экзистенциального пространства пациента посредством гармонизации четырех жизненных (экзистенциальных) измерений: физического, социального, личностного и духовного;
выявление и утверждение жизненных опор и ориентиров: значимые (близкие) люди, референтные группы, ценности, убеждения, жизненные принципы и идеалы;
преодоление негативной жизненной позиции: безнадежность, бессмысленность жизни, скука, апатия, пустота, отчаяние, одиночество и т. п.
принятие ответственности – это базовое условие для изменения. Цель— заставить пациентов прекратить играть роль «жертвы», а понять, что они авторы своей жизни;
адекватное самопринятие и самоосознание, восстановление самоуважения;
развитие навыков борьбы со стрессом без лекарств и наркотиков;

построение жизненной перспективы: надежды, стремления, интересы, аутентичные мечты и цели;
практическое (деятельное) воплощение пациентом в свою жизнь выстроенного в процессе терапии образа жизни;
поддерживающее сопровождение реабилитанта в «новой жизни» (индивидуальное сопровождение, амбулаторная группа, группы «анонимные наркоманы и анонимные алкоголики»).

Таким образом, наша программа, отражая современную концепцию зависимости как био-психо-социо-духовного расстройства (рис.2), постоянно развивается и совершенствуется.



Рисунок 2. Био-психо-социо-духовное расстройство

Обратите внимание!

Определения основных понятий и главные положения приводятся в рамках, или жирным шрифтом. В глоссарии приведена расшифровка использованных терминов.

Клинические иллюстрации пронумерованы и маркированы специальным значком:

Случай из практики №

В конце учебника приведен список обязательной литературы, рекомендуемой для более глубокого самостоятельного изучения.

В приложениях приведен ряд полезных методических материалов, которые можно использовать при психотерапевтическом сопровождении пациентов в любом формате реабилитации.

Автор полагает, что учебник будет полезен врачам, психологам, социальным работникам реабилитационных центров, оказывающих помощь пациентам с зависимостями; студентам, обучающимся по специальности «психология» и «клиническая психология», а также всем специалистам, курирующим пациентов, у которых можно найти сочетание зависимости и расстройств личности.

На нашем сайте bechtere.ru в разделе реабилитация зависимостей и расстройств личности также можно найти полезные материалы. Предложения по улучшению учебника направлять по адресу kulaksergey@yandex.ru

Клинико-психологическая диагностика

Клинико-психологическая диагностика, которую проводит клинический психолог или психотерапевт, выполняет следующие функции: описание (жалобы), классификация, прогноз, оценка. Эти функции могут относиться как к отдельным пациентам, так и межличностным системам (семья, микросоциальное окружение). Они имеют значение для исследования и последующих вмешательств.

Сегодня в практике изучения пограничных психических расстройств обязательно анализируются факторы, важные для формулировки терапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная, профессиональная и семейная ситуация; в оценочном формате учитывается и демографическая ситуация. В процессе психологического обследования решаются вопросы диагностики, общие для всех ее сфер; кроме того, в исследовании решаются частные проблемы, например, исследование уровня организации личности и выявление ведущего аффекта в объектных отношениях (от этого зависят сроки пребывания в стационаре). Рассмотрим самые важные темы диагностического интервью.

Симптомы, патологические черты характера, психиатрическая история

Симптомы и патологические черты характера, которые привели пациента на лечение

Тщательная и систематическая оценка всех симптомов и трудностей, начиная с настоящей картины проблем, а также обзор трудностей и симптомов в истории прошлой жизни

История предыдущего психиатрического лечения, медикаментозной терапии и госпитализации

Медицинская история и история злоупотребления ПАВ, семейная история психических расстройств, история травматических событий, физического и сексуального злоупотребления или отвержения

Комплексная психиатрическая оценка симптомов, включая симптомы аффективных, тревожных, психотических, пищевых расстройств, проблем в обучении, злоупотребление ПАВ, аутодеструктивное поведение, история жестокости или криминала.

Обзор предыдущего лечения, включая трудности, возникшие в процессе его прохождения. Как закончилось лечение, мнение пациента о каждом эпизоде предыдущего лечения

Личностное функционирование в отношениях, работе и отдыхе

Степень, до которой симптомы и патологические черты характера препятствуют личностному функционированию

Межличностное общение, включая интимные отношения и секс.

Вовлеченность в работу, учебу сейчас и в прошлом.

Индивидуальные интересы, хобби и проведение свободного времени.

Структурные характеристики личности. Дименсиональная оценка организации личности (невротическая, пограничная, психотическая структура) и структурный диагноз

Формирование идентичности, чувство Self и Других. Способность инвестировать в отношения и осуществлять долгосрочные цели.

Качество объектных отношений. Межличностное функционирование. Понимание отношений в терминах взаимности или удовлетворения собственных потребностей.

Защитные стили. Адаптивные психологические защиты, основанные на подавлении, или незрелые, основанные на расщеплении и отрицании

Управление агрессией. Сбалансированное, своевременное выражение агрессии или блокировка агрессии или неадекватное её выражение по отношению к себе и окружающим.

Моральный компас. Интернализированные ценности и идеалы, определяющие поведение или неэтичное и антисоциальное поведение.

Комплексная дименсиональная оценка здоровья, включая тяжесть патологии, покрывающей каждый из пяти доменов (идентичность, объектные отношения, защиты, агрессия, моральные ценности)

Дополнительная цель, связанная с психотерапевтическим интервью – сообщение его результатов другим специалистам и членам реабилитационной команды.

Говоря о симптомах химической зависимости, в первую очередь необходимо перечислить симптомы эмоциональные (обида, неустойчивость настроения и т. д.), являющиеся следствием реакции напряжения, тревоги и фрустрации. Некоторые аддиктивные жалобы имеют еще один механизм происхождения – регрессионный, сочетающий в себе и физиологические, и психологические факторы (например, когда молодой человек не отделяется от семьи и не берет ответственность за свою жизнь, принимает наркотики и (или) дополнительно заболевает психосоматическим заболеванием).

Гипотеза появления проблемы, предложенная пациентом или членами его семьи, выявляет внутрисемейные убеждения, относящиеся к этой проблеме, их влияние на переживания и на методы решения проблемы. (Например, рецидив заболевания Юрия чаще всего возникает, когда его жена усиливает свой контроль: не дает ему возможности общаться со своими друзьями, постоянно его сопровождает). Такой порядок описания не позволит пропустить и явления коморбидности.

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем пациента. Остановимся на некоторых особенностях симптомов:

проявления аддикции являются также действием защитно-компенсаторных механизмов, способом противостояния подсознательных элементов психики подавлению со стороны сознательной цензуры;

проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) могут играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств, предшествовать или сопутствовать любому расстройству;

особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство; проблемы адаптации-деадаптации могут отражаться через симптомы зависимости и встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут возникать вследствие как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, могут служить проявлением психосоматического, личностного или эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны

с межличностными отношениями пациента, его экосистемой, а не только с самим пациентом.

Для того чтобы понять основные проблемы пациентов, поставить диагноз и составить лечебный план, психотерапевт должен последовательно рассмотреть ряд важных вопросов. Во многом этот процесс напоминает работу детектива, особенно при анализе истории семьи в нескольких поколениях. По мере необходимости психотерапевт отбирает и учитывает факторы, которые приводят пациента к специалисту, а также проверяет альтернативные гипотезы и схемы. Обычно процесс принятия решения начинается с клинического обследования. Оно преследует три цели: постановку диагноза (определение природы и причин проблем, формальный, клинический диагноз), определение прогноза (предположение о поведении пациента в определенных обстоятельствах), планирование и оценку терапии (план реабилитации и оценка ее эффективности).

Итак, какими установками мы руководствуемся в клинической практике?

Первая установка: **наркомания** обусловлена множеством причин.

Руководствуясь этим утверждением, мы должны выйти за рамки изучения наблюдаемых симптомов расстройства и рассмотреть возможные пути развития нарушений и взаимодействующие события, которые в совокупности вызывают проявление конкретного расстройства. (В нашей практике – это мультимодальный подход и постановка многомерных гипотез). Поэтому на психотерапевта или клинического психолога, работающего с таким пациентом, возлагается серьезная ответственность в проведении тщательной диагностики перед началом реабилитации.

Клиническое обследование направлено на оценку поведения, когнитивных функций и эмоций пациента, а также внешних обстоятельств, которые могут быть связаны с имеющимися у него проблемами.

Вторая установка подчеркивает взаимозависимость пациента и среды. Она уводит нас от традиции рассматривать лишь средовое воздействие на пациента и забывать при этом об обратном процессе, то есть о влиянии пациента на окружающую его среду. Аддиктивные расстройства должны рассматриваться в контексте наиболее значимой для пациента системы отношений. Это предполагает детальную диагностику семейных и других значимых отношений.

Для вынесения диагностического решения существуют разные методические пути получения данных.

Хотя многие специалисты в области психического здоровья используют психологические тесты, самый надежный метод на практике – диагностическая беседа (интервью). Диагностическая беседа служит не только для сбора информации, но одновременно выполняет консультирующую и терапевтическую функции. При диагностике особенно важно учитывать взаимное влияние поведения интервьюирующего и ответа-поведения интервьюируемого. Присоединение к пациенту во время интервью, когда появляются первые данные о расстройстве и собирается анамнез, может являться уже начальной фазой клинико-психологического вмешательства.

Психическая болезнь есть неспособность устанавливать и поддерживать конструктивные межличностные отношения, корень которой кроется в раннем опыте отверженности, одиночества, непонимания .

В отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при «пограничной патологии» вряд ли будут наблюдаться расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. Если такие проявления имеют место и исследователь испытывает затруднения при их верификации, то следует использовать такой диагностический инструментарий, как структурное интервью Кернберга (рис.3), провести тщательное психопатологическое исследование.

Необходимость и выбор метода лечения, вероятность отсутствия рецидивов в дальнейшем у пациентов с зависимостью связаны с системной оценкой проблем в различных областях: в семье, в школе, в межличностном общении, в индивидуальном психологическом функционировании, в мотивации на лечение. В реабилитации важной задачей клинического психолога и психотерапевта является постановка «структурного диагноза».

СТРУКТУРНЫЙ ДИАГНОЗ

Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее табл.3). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психоэмоционального развития. Развитие теории объектных отношений в клинической практике способствовало пониманию, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и так далее – табл.4). Это будет означать, что данному человеку свойственен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства. Одни функционируют на достаточно высоком уровне, другие находятся на ранних стадиях психоэмоционального развития. Сущность структуры характера не может быть осознана без понимания двух различных и взаимодействующих друг с другом измерений – уровня развития личностной организации и защитного стиля внутри этого уровня. Согласно современным психоаналитическим представлениям, пациенты невротического уровня опираются, в основном, на более зрелые защиты; при этом они используют также и примитивные механизмы, хотя наличие последних не исключает диагноза структуры характера невротического уровня.

В психоаналитической литературе было отмечено, что более здоровые люди используют вытеснение в качестве своей основной защиты, отдавая ему предпочтение по сравнению с менее дифференцированными способами решения конфликтов. Психотические личности чаще всего прибегают к уходу в фантазии, отрицанию, тотальному контролю, примитивной идеализации и обесцениванию, примитивным формам проекции и интроекции, расщеплению и диссоциации.

Первое измерение отражает уровень индивидуации пациента или степень патологии (психотический, пограничный, невротический, «нормальный» табл); второе обозначает тип характера человека (параноидный, депрессивный, шизоидный и так далее). Оценка центральной проблемы индивида (безопасность, автономия или идентичность), характеристического переживания тревоги (тревога уничтожения, сепарационная тревога или более специфические страхи наказания, повреждения, потери контроля), основного конфликта развития (симбиотический, сепарация—индивидуация, эдипов), способности к объектным отношениям (монадические, диадные, триадные) и чувства

собственного Эго (подавленное, втянутое в сражение или ответственное) образует одно всестороннее измерение аналитической психодиагностики. По этой схеме многие аналитические диагносты определяют структуру личности пациента. На оси развития расположены три главные категории организации. Фактически мы имеем дело с континуумом, имеющим отличия в степени выраженности. Следует отметить, что в условиях достаточно сильного стресса совершенно здоровый человек может иметь временную психотическую реакцию.



Таблица 4. Уровни организации личности

Для того чтобы исследователю было легче понять особенности каждого уровня нарушения, в таблице 5 в краткой форме представлены их характеристики.

Характеристики	Уровни нарушений по О. Кернбергу		
	Психотический уровень. Симбиоз	Пограничный уровень. Сепарация— индивидуация	Уровень от невроза до здоровья. Интеграция идентичности и константность объекта
Центральная проблема	Безопасность	Автономия	Идентичность
Характер тревоги	Тревога уничтожения	Тревога сепарации	Тревога наказания и потери контроля
Конфликт развития	Оральный: симбиотический	Анальный: сепарация— индивидуация	Эдипов конфликт
Тип конфликта по Эриксону	Базовое доверие или недоверие	Автономия или стыд и неуверенность	Инициативность или вина
Объектные отношения	Монадические	Диадные	Триадные
Чувство «Я»	Затопленное	Сражающееся	Ответственное

Таблица 5. Характеристики уровней нарушений

В психотерапии такой подход означает, что можно лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем (тревожность, внутренние дилеммы, зависимости, психосоматика и т. д.), но и с точки зрения целого, то есть в контексте социальных связей, составной частью которых он является. Поведение отдельного пациента, на первый взгляд представляющееся отклонением от нормы, необычным или странным, при индивидуальном подходе может показаться естественным или, по крайней мере, понятным, если рассматривать его как ответ на взаимоотношения, которые сложились в его семье. Диагностика уровня развития личности определяет объем и временной интервал дальнейших психотерапевтических мероприятий. Таким образом, адекватное или неадекватное представление о себе ребенок формирует на основе «отраженных оценок», исходящих от значимых других. Если ребенок не является желанным, и родители обращаются с ним жестоко, подвергая его унижениям, его Эго деформируется, наполняясь агрессивностью, жестокостью по отношению к миру. Здоровое и целостное Эго может возникнуть только на основе любви, эмпатии, уважения. Родительское отношение к ребенку, а также реакции на него значимых других будут определять самооценку и приспособительные функции на протяжении всей взрослой жизни.

Теория О. Кернберга хорошо соотносится с эриксоновскими стадиями детского развития и ролевого развития Я. Морено и представляет ориентир для психотерапевта. Так, например, если у пациента имеется чувство вины, это указывает, что проблема возникла в трех—пяти-

летнем возрасте – в период инициативы—вины. Даже если пациент точно не укажет возраст, все равно психотерапевт ищет корни проблемы, возникшей примерно в этот период.

Формирование идентичности – это процесс, длящийся всю жизнь. В круговом интервью Кернберга (рис.3) определение «синдрома диффузной идентичности» – одна из важнейших задач диагностики.



Рис 3. Круговое интервью Кернберга

Предлагаемый оценочный алгоритм «структурного диагноза» предназначен для тех специалистов и учреждений, которые нацелены на диагностику и психотерапию как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Структурный диагноз

А. ИДЕНТИЧНОСТЬ

1. Способность вкладываться в учебу, работу, отдых, получение удовольствия

1. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе (учебе) и досугу
2. Глубоко, постоянно и адекватно уделяет время работе/учебе ИЛИ досугу, проявляя поверхностность в другой сфере из двух.
3. Вовлеченность в работу и досуг непоследовательная и поверхностная.
4. Может уделять больше времени какому-то одному занятию или проявлять кажущуюся вовлеченность, больше для удовлетворения нарциссизма.
5. Минимальная вовлеченность в работу/учебу или досуг
6. Отсутствие вовлеченности в работу/учебу или досуг

Школа – первая работа подростка. Регулярное ее посещение и положительные школьные оценки требуют наличия определенных социально-психологических навыков у ребенка, соответствующих возрасту, определенного уровня развития социальной компетентности и минимального уровня ориентации на достижения. Социальная компетентность состоит в способности подростка адекватно общаться как с ровесниками, так и с взрослыми. Она включает в себя как минимум коммуникативные навыки, самоконтроль, умение расслабляться, отдыхать и разрешать проблемы. Школьная дизадаптация (несостоятельность) способствует появлению эмоциональных и поведенческих расстройств, а резкое снижение успеваемости в школе при нормальном или высоком интеллекте может навести на мысль о формировании личностного расстройства или злоупотреблении подростком наркотиками или зависимостью от компьютера, интернета. Очень важна объективная информация (характеристика из школы, показатель интеллекта).

Провалы в школьном образовании дают возможность вскрыть и семейный контекст консультируемого случая: какие установки у родителей на школьные достижения и поведение; разделяют ли родители ответственность за проблемы своего ребенка или они ругают школу; хвалят ли родители за школьные достижения ребенка или «учатся за него». Другими подкрепляющими или ослабляющими девиантное поведение условиями являются отношения учителей и дирекции школы с конкретным учеником: знают ли они его особенности; есть ли контакт у родителей с учителями или они находятся в конфронтации. Умение планировать отдых и развлечения также показатель «взрослости».

2. Чувство Я

Самоописание (поверхностное, глубокое); амбивалентность, постоянство чувства Я в настоящем; мнения, вкусы; нарциссические черты; чувство Я в интимных отношениях; самооценка. Выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки. Самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки: (от грандиозности к униженности).

1. Самоощущение хорошо интегрировано – связанное, сложное, сохраняемое в течение длительного времени, вне зависимости от ситуации.

2. Самоощущение хорошо интегрировано, но нестабильно в течение длительного времени или легкие, стабильные нарушения самоощущения (например, непонимание себя).

3. Самоощущение почему-либо плохо интегрировано (не согласуется в чем-либо, поверхностное, нестойкое или противоречивое, со значимыми нарушениями (например, одновременно идеализированное и девальвированное представление о себе, устойчиво грандиозное представление о себе или устойчиво обесцененное).

4. Самоощущение плохо интегрировано: нестабильное, слишком поверхностное, противоречивое или устойчиво грандиозное/девальвированное.

5. Самоощущение не интегрировано: крайне несвязное, поверхностное хаотично нестабильное с отсутствием ощущения ядра личности.

3. Репрезентации других

Значимые фигуры в настоящей жизни. поверхностное, глубокое описание, амбивалентность, меняющееся мнение о других или целостное восприятие достоинств и недостатков родителей или друзей.

1. Представления о других хорошо интегрированы – связные и устойчивые, в разное время и в разных ситуациях

2. Представления о других хорошо интегрированы, но есть некая поверхностность или легкая нестабильность в данных представлениях или в чувствах других по отношению к опрашиваемому.

3. Представления о других в чем-то плохо интегрированы – присутствует несогласованность, туманность, поверхностность, непоследовательность, какая-либо нестабильность и противоречивость в ощущениях других или в чувствах других по отношению к опрашиваемому, описания могут быть автореферентными (со ссылкой на себя как на источник информации для себя).

4. Представления о других плохо интегрированы – несогласованные, нестойкие, противоречивые, со значимыми нарушениями; описания во многом автореферентны.

5. Представления о других не интегрированы – карикатурные, хаотичные, противоречивые и крайне нарушенные; описания автореферентны.

Б. ОБЪЕКТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

1. Межличностные отношения

Присутствуют/отсутствуют, сколько времени (в норме устойчивые отношения должны наблюдаться не менее года).

Отношения с ровесниками – также серьезный предиктор эмоциональных и поведенческих расстройств у подростков. Специалисту следует расспросить, кто является близким приятелем данного пациента; чем они вместе занимаются; как пациент себя чувствует в неформальной группе. Предпочтение группы старших подростков или маргинальной группы может навести на мысль о семейной дисфункции, а избегание социальных контактов – на тревожное расстройство личности или слабое развитие социальных и коммуникативных навыков. Контактируя с другими, подростки не воспринимают адекватно границы между собственными намерениями в общении и чувствами других людей.

1. Есть как минимум один (или больше) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет; регулярные контакты с близкими друзьями; большая глубина вовлеченности; конфликты с друзьями редки и понятны (реалистичны).

2. Один (или более) хороший друг с продолжительностью дружбы не менее двух лет, но в самой близкой дружбе прослеживается поверхностность, конфликтность или меньшая вовлеченность, проявляющаяся вариативностью контактов и доверия, конфликтами в дружбе.

3. Можно говорить о наличии одного или более друзей с поверхностными отношениями, более короткой продолжительностью, значимо сниженной интимностью или нарушением взаимности доверия, значимыми конфликтами с друзьями.

4. Имеет знакомых, вряд ли – друзей. Отношения поверхностные, изобилуют конфликтами.

5. Отсутствие друзей. Описание дружбы бедное, поверхностное, хаотичное.

2.Интимные отношения и сексуальность.

Имеются ли романтические или интимные отношения, присутствует любовь или отсутствие сексуальной активности, наличие мастурбации. При первом контакте с подростком эти темы поднимать осторожно или отложить на следующую встречу.

1. Наличие удовлетворяющих интимных отношений с взаимной зависимостью, способность сочетать любовь и сексуальность в течение длительного времени (дольше 6 месяцев).

2.Наличие интимных отношений с изъяном (подавленные, грубые, ограниченно доверительные); может сообщать о наличии любви при подавленности сексуальности; могут быть сложности с интеграцией любви и секса.

3.Ограничение интимной сферы. Может сообщать о сложностях в сохранении интимных отношений; отношения характеризуются широтой конфликтов, кратковременностью и поверхностностью; могут быть длительные отношения с подавлением сексуальности, неверностью и/или нарушением доверия.

4.Краткие, малоинициативные поверхностные попытки установить интимные отношения; серьезная подавленность сексуальности и доверительности и/или промискуитет.

5. Отсутствие интимных отношений и сексуальной активности.

3.Внутренний вклад в отношения со значимыми людьми

Эгоцентризм, скука, открытость, закрытость, наличие эмпатии, экономический взгляд на отношения, конфликтность.

1. Легко поддерживает взаимную зависимость, не рассматривает взаимоотношения как средство удовлетворения потребностей. Полноценная способность к эмпатии и к уважению/осознанию потребностей других, вне зависимости от собственных потребностей. Легко сохраняет интерес к другим в течение длительного времени.

2. Способен сохранять взаимную зависимость. В целом, не думает об отношениях как о средстве удовлетворения потребностей. Может думать о том, что он (а) получает от отношений, но это – не центральная мотивация в отношениях. Полностью развитая потребность в эмпатии с некоторыми сложностями видеть потребности окружающих вне зависимости от своих в отдельных сферах (сексуальные отношения, соревнования с друзьями). Способен сохранять интерес к другим в течение длительного времени.

3. Ограниченная возможность в формировании взаимной зависимости. Может либо заботиться, либо нуждаться в заботе ИЛИ занимать доминирующую/подчиненную роль, вести или быть ведомым. Могут наблюдаться колебания между двумя позициями. Склонен рассматривать взаимоотношения как средство для удовлетворения потребностей. Ограниченные способности к эмпатии и к пониманию потребностей других в отрыве от собственных потребностей. Ограниченные способности к сохранению интереса с течением времени.

4. Нет способности к взаимной зависимости. Рассматривает отношения как средство достижения собственных целей. Незначительные способности к эмпатии. Не понимает потребностей других людей в отрыве от своих потребностей. Интерес к человеку после удовлетворения потребности мал или отсутствует.

5. Нет способностей к зависимым отношениям, к эмпатии. Рассматривает отношения целиком с точки зрения удовлетворения своих потребностей, не интересуясь потребностями других.

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ИДЕНТИЧНОСТИ

1. Целостная идентичность – ощущение себя и окружающих хорошо интегрировано, глубокая вовлеченность в работу и отдых.

2. Целостная идентичность но с областями легкого дефицита – ощущение себя и окружающих интегрировано, но с легкой поверхностностью, нестабильностью или нарушениями И/ИЛИ некоторыми сложностями вовлечения в работу или отдых.

3. Легкая степень нарушения идентичности – ощущение себя и/или других в чем-то плохо интегрировано (очевидная поверхностность, несогласованность или нестабильность, временами – с противоречиями и разрывами) с явными нарушениями способности вовлекаться в работу и/или отдых или вовлечение лишь удовлетворяет нарциссические потребности.

4. Умеренная степень нарушения идентичности – ощущение себя и других плохо интегрировано (значительная поверхностность, несогласованность, нестабильность, противоречия и нарушения), дефицит способности вовлекаться в работу/учебу и досуг.

5. Тяжелая патология идентичности – крайне поверхностные, хаотичные, резко противоречивые и разорванные представления о себе и об окружающих. Вовлеченность в работу и отдых отсутствует.

Примечание: Если нарушение восприятия окружающих значимо выше нарушений самовосприятия – следует заподозрить нарциссическую патологию.

В. АГРЕССИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ

1. Агрессия по отношению к себе: вред своему здоровью, рискованное поведение, самоповреждения, суицидальность, прекращение лечения в медицинских учреждениях, игнорирование рекомендаций врачей, хроническое нарушение режима.

2. Агрессия, направленная на других: враждебность, зависть, гнев, месть, ревность.

1. Отсутствие аутоагрессии или минимальный ее уровень (например, пощипывание кожи).

2. Редкие случаи саморазрушающего поведения (например, случаи чрезмерного употребления алкоголя, случайный секс) и минимальное пренебрежение здоровьем (неправильное питание, нерегулярная чистка зубов, нерегулярный прием назначенных лекарств).

3. Более значимое саморазрушающее поведение (допущение таких ситуаций, как незащищенный секс, любовные интрижки, запои). Выдирание волос или ресниц. Поведение, мешающее выздоровлению или ведущее к инфекционному заболеванию. Неспособность следовать медицинским рекомендациям с потенциально серьезными последствиями.

4. Значимая аутоагрессия: нередкое допущение ситуаций с риском для жизни, крайне рискованное поведение (незащищенный секс с незнакомцем, пьянки в опасных ситуациях, вождение в нетрезвом виде). Нелетальные самоповреждения (порезы, ожоги). Серьезное пренебрежение здоровьем. Суицидальные жесты.

5. Опасная аутоагрессия по «многим фронтам», с потенциальным серьезным вредом для здоровья. Одна или более суицидальных попыток.

Общая оценка агрессии важна для определения прогноза лечения и выбора амбулаторного или стационарного способа оказания помощи.

1. Агрессия под контролем. Могут иметь место эпизоды гнева или вербальной агрессии, но они кажутся адекватными ситуации.

2. Ситуация с агрессией не критичная. Дезадаптивные проявления ограничены минимальным саморазрушающим поведением или пренебрежением, контролирующим стилем отношений или вспышками вербальной агрессии. Вербальная агрессия чаще или сильнее, чем в случае 1. Может иметь место хороший контроль, но нарастающая враждебность.

3. Достаточно плохой контроль агрессии. Дезадаптивные проявления агрессии включают в себя значимое саморазрушающее или высоко рискованное поведение, пренебрежение собой и неподчинение. Также/или могут быть вспышки гнева, вербальная ненависть, частые случаи враждебного контроля над другими, садистическое удовольствие от дискомфорта или неудач

других. Может наблюдаться хороший контроль над поведением, но значительная враждебность.

4. Плохой контроль агрессии. Если агрессия направлена на себя, она может быть смертельно опасной, но не постоянной. Если она направлена на других, – эпизодическое, но частое вербальное издевательство, частые угрозы физического вреда себе или окружающим, нападения на других, удовольствие от оскорбления и/или злой власти над другими. Суицидальные жесты. Значительная или тяжелая враждебность.

5. Контроль агрессии минимален или отсутствует. Склонность к проявлению хронической, смертельно опасной агрессии. Частые жестокие, садистические вербальные издевательства. Атаки на других или самоповреждения с целью причинить вред. Создание ситуаций, опасных для жизни себя и/или других. Суицидальные попытки. Могут наблюдаться многократные попытки с целью умереть.

Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ

У пациентов с расстройствами личности решающую роль играют механизмы психологической защиты, представляя собой устойчивый, индивидуальный специфический набор приемов. С их помощью индивидuum привыкает преодолевать конфликты, возникающие между основными параметрами психической жизни, – собственно влечениями, потребностями, реальностью, прежде всего значимыми лицами социального окружения. Вместо расширения копинг-механизмов, что бывает у здоровых детей, у подростков с личностными девиациями преобладают защитные построения. Они позволяют пациентам контролировать болезненные, чаще тревожно-депрессивные реакции на конфликт и приводят к гомеостатическому решению проблемы. Далее защиты автоматизируются и перестают осознаваться, в этом причина их устойчивости и того, что больные с ними так неохотно расстаются. Лица с высоким структурным уровнем используют более зрелые защиты: рационализацию, вытеснение, сублимацию. Пациенты со средним и низким структурным уровнем выявляют идеализацию, обесценивание, проекцию, проективную идентификацию, нарциссические фантазии, параноидные симптомы.

Д. АДАПТАЦИЯ РИГИДНОСТЬ

Планирование, предвидение событий (антиципация), гибкость, самообвинения, застревание на конфликте, ухудшение самочувствия при незначительном стрессе.

Е. МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ

Имеется ли внутренний моральный компас (самостоятельный, постоянный, гибкий). Чувство стыда, вины. Присутствие жестокого, агрессивного, антисоциального поведения (драки, ограбления); отсутствие критики на отсутствие моральных ценностей, отсутствие вины, стыда, раскаяния.

1. Внутренний нравственный компас автономен, последователен и гибок. Отсутствуют признаки аморального поведения. Зрелое и адекватное чувство ответственности за потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Испытывает чувство вины.

2. Внутренний нравственный компас автономен и последователен, но с ригидностью или двойственностью в случаях возможной личной выгоды. Нет признаков явно аморального поведения. Некоторая ригидность или небрежность в ощущении беспокойства или ответственности за свое потенциально вредоносное или неэтичное поведение. Чувство вины есть, но оно пассивно, и не ведет к активным действиям по возмещению ущерба.

3. Некое чувство внутренних нравственных стандартов, слишком ригидное или слабое. Может иметь место неэтичное поведение, такое как плагиат, ложь. Могут наблюдаться трудности с применением нравственных стандартов для управления поведением. Может быть эксплуататором, с трудом берет ответственность за поведение, причиняющее вред другим. Недостаточно ощущает беспокойство и вину, или испытывает чувство вины лишь для садистического самобичевания.

4. Нравственные стандарты слабы, непоследовательны и коррумпированы. Может быть агрессивное антисоциальное поведение, такое как воровство, подлог, шантаж. Может идти на конфронтацию с жертвой, но без насилия (по крайней мере, запланированного). Морально ориентирован на то, чтобы не быть пойманным. Эго-синтонная эксплуатация. Не упускает случаев получить выгоду за счет других. Не испытывает вины или сожаления.

5. Не понимает, что такое «нравственные ценности». Наличие жестокого антисоциального поведения (запланированные нападения, побои) ИЛИ явная психопатия (непонимание явления нравственных ценностей) с жестоким поведением или без такового. Не испытывает вины или сожаления.

Пациенты с низкоуровневой пограничной организацией обладают большим количеством симптомов по всем вышеуказанным показателям и чаще всего это проявляется в низком качестве объектных отношений (отсутствие эмпатии, способность поддерживать стабильные межличностные отношения), агрессии (опасный уровень агрессии по отношению к себе и другим), а также в интегрированной системе ценностей (антисоциальные черты, девиантное и делинквентное поведение).

При синдроме «злокачественного нарциссизма» имеет место незначительный или отсутствующий контроль над агрессией, нарастающая тенденция к выраженному, хроническому гневу; часто садистическое удовольствие от вербального и физического мучения окружающих, стремление причинить им вред, множественные попытки суицидов.

Для построения графиков и более тщательной дименсиальной оценки клинические психологи могут использовать методику STIPO-R, которую можно найти на сайте института личностных расстройств <https://www.borderlinedisorders.com/>

Диагностика пограничной структуры

Главными признаками структурных нарушений являются крайняя внутренняя неустойчивость в оценке себя и других, ощущение внутренней пустоты и отсутствие смысла.

Критерии пограничной структуры таковы (диагностическим показателем в плане подтверждения гипотезы о наличии пограничной структуры у пациента является наличие пяти критериев):

Зависимость от объекта – пациенты с пограничной структурой прикладывают неимоверные усилия, чтобы их не оставили, не бросили. В процессе длительной терапии всегда проблемными будут периоды, когда необходимо сделать перерыв в терапии в связи с отпуском или учебной психотерапевта.

Расщепление, которое проявляется в том, что сначала очень сильно идеализируют других, потом обесценивают. Интенсивные межличностные отношения, кидает из одной стороны в другую.

Нарушение идентичности (*кто Я?*) – нарушение самовосприятия, отсутствие целостного образа себя, неуверенность в себе. «Кто я? Тварь дрожащая или право имею?». Диффузная идентичность проявляется в амбивалентном отношении к себе и другому (нарушенные Я – и объект-репрезентации) и включает механизм расщепления.

Импульсивное поведение, которое может наносить вред пациенту:

импульсивное поведение при трате денег;
импульсивная сексуальность;
злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ);
безрассудная езда на автомобиле;
импульсивность в еде

Повторяющиеся суицидальные действия, угрозы совершения суицида, самоповреждающее поведение. Стремление через боль и страдания обрести целостность идентичности, восстановив связь с телом, которое отщеплено. Саморазрушающие действия, как ни парадоксально, позволяют Самости не развалиться. Через ощущение боли происходит заполнение пустот ядра Самости, основу которого составляет репрезентация, образ собственного тела.

Аффективная нестабильность (эпизодическая дисфория, раздражительность, страхи). Неадекватные приступы ярости, отсутствие контроля, часто драки, рукоприкладство. Отсутствие зрелых структур, прежде всего Я с его функцией саморегуляции, не дает возможности удерживать и контролировать аффект.

Хроническое чувство пустоты, отсутствие смысла. В связи с этим постоянное стремление заполнить внутреннюю пустоту внешними стимулами.

Временные психотические эпизоды, как правило, вызванные стрессовой нагрузкой.

При разных структурных уровнях применяется разная стратегия работы. Важно как можно скорее определить структурный уровень. Здесь особую роль играет супервизия как возможность объективного взгляда со стороны.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРЦИССИЗМА

Клинические наблюдения показывают, что это расстройство имеет два подтипа: открытый и скрытый. **Открытый:** грандиозный, высокомерный, надменный, хвастливый и конкурентный. Грандиозное Я» – защитная структура, обеспечивающая защиту от тревоги, от потребности полагаться на других. Контакт с реальным миром угрожает психологическому гомеостазу. **Скрытый:** уязвимый, скромный, на вторых ролях, но обуреваемый грандиозными фантазиями о неограниченном успехе, нереализованных амбициях. У них наблюдается общее стыдливость, торможение, робость, сексуальное торможение. Но за этим часто скрываются фантазии о грандиозности и величии, и такое поведение служит защитой от ситуаций, когда такие фантазии не поддерживаются окружающими. Вторым проявлением является сексуальный промискуитет и неспособность к любви.

Часто оба этих подтипа существуют совместно, флюктуируя между ассертивностью и уязвимостью. *У таких пациентов трудно устанавливать наблюдательную дистанцию по отношению к «грандиозному Я».*

При проведении дифференциальной диагностики с нарциссическим расстройством личности оценивают «моральный компас» (нечестность, эксплуатация), а также выраженные анти-социальные черты. Важным для дифференциальной диагностики пограничного расстройства личности (ПРЛ) и нарциссического расстройства личности (НРЛ) на пограничном уровне является наличие или отсутствие интегрированной идентичности. У пациентов с ПРЛ в разные моменты времени проявляются разные аспекты их внутреннего мира. А у пациентов с НРЛ пограничного уровня фрагментация и слабость идентичности прячется за нестабильной и хрупкой Я-грандиозностью, которую они демонстрируют миру и себе. При тяжелом НРЛ, как и при ПРЛ симптомы могут проявляться остро: импульсивность, хаос в отношениях со значимыми людьми, значительное падение работоспособности, невозможность эмоциональной близости, парасуицидальное поведение и нанесение себе вреда. Кроме того, такие пациенты склонны к антисоциальному поведению, что требует дифференциальной диагностики различных типов нарциссической патологии и антисоциальными синдромами разной степени выраженности.

Самыми важными дифференциально-диагностическими признаками является, во-первых, сложность принятия пациентами с НРЛ любых зависимых отношений, чрезвычайно малый вклад в развитие отношений (за исключением случаев эксплуатации или паразитизма), отчужденность. Это резко отличается от выраженной амбивалентности, верности и зависимости, характерной для отношений у пациентов с ПРЛ. Во-вторых, у лиц с НРЛ чаще отмечаются выраженные флуктуации чувства неполноценности и неудачливости (с сопутствующими депрессивными реакциями) с одной стороны, превосходства и грандиозности – с другой. Последнее проявляется в презрительном и пренебрежительном отношении к другим, включая лечащего врача. У пограничных пациентов отношения изменяются от острой зависимости и идеализации до гневного отвержения, но у них никогда не бывает хронического презрения, свойственного «нарциссам». В-третьих, вследствие вышеуказанных особенностей, пациенты с тяжелым НРЛ (на пограничном уровне) обычно социально изолированы, даже если работают с людьми. Они теряют друзей и не поддерживают длительные отношения; их объективное одиночество контрастирует со сложными, противоречивыми, но сцепленными связями пограничных пациентов.

Мишени психотерапии в реабилитации пациентов с зависимостями

Успешность индивидуальной терапии достигается постановкой «психотерапевтического диагноза» и четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия (Назыров Р. К., и др., 2011). Авторы на примере пациентов с невротами описывают следующие группы «мишеней»: 1—я группа: клинические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики); 2—я группа: мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента; 3—я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического процесса; 4—я группа: психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации; 5—я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

В реабилитации наркозависимых наименее разработанными являются мишени 2—й, 4—й и 5—й групп. Трудностями выделения мишеней 2—й группы служит тот факт, что более половины пациентов имеют пограничную личностную организацию и соответственно это — синтонное отношение к имеющейся симптоматике (2—я ось DSM IV). Специфика клинической ситуации состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему (4—я ось DSM IV). Все это заставляет искать методики, интенсифицирующие проработку проблем пациентов (5—я мишень) в рамках краткосрочной стационарной реабилитации (45 суток), косвенно связанных с «мишенями нозологической специфичности».

В данной работе, на основании вышеописанной классификации психотерапевтических мишеней в нашей адаптации осуществлена попытка структурирования психотерапевтического диагноза, служащего «лоцманской проводкой» индивидуального маршрута каждого пациента. Рассмотрим последовательно эти мишени.

I. Клинические (нозологические) «мишени». Кроме основного диагноза «Зависимость от ПАВ» сюда будут относиться другие синдромы, соответствующие 1 оси многоосевой классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV и отражающие коморбидность конкретного пациента. Пример: сезонные колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза. Работа с этими мишенями будет осуществляться совместно врачом и психологом.

II. Мишени, специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики. Приведем несколько примеров.

1. Низкая психологическая компетентность
2. Социальная дезадаптация
3. Дисфункциональная семья, симптом выполняет морфостатическую функцию.
4. Провоцирующее поведение социального окружения
5. Созависимость
6. Стигматизация
7. Госпитализм
8. Отсутствие собственной мотивации лечения и жесткая позиция родственников.

III. Мишени, затрагивающие индивидуально-психологические особенности пациента. Структура (психодинамический диагноз). Объектные отношения. Фиксация на ранних стадиях развития. Психо- и ноодинамика. Коммуникация. Внутри- и межлич-

ностные конфликты. Конфликтные внешние жизненные обстоятельства. Конфликт между морально-нравственными установками и влечениями. Конфликты, сохраняющиеся в течение длительного времени, например зависимости либо автономии, конфликты, связанные с самооценкой. Управление собой. Управление эмоциями. Отсутствие осознания конфликта и чувств. Способ переработки конфликтов. Восприятие самого себя. Сопротивление лечению. Симптоматические проявления и желание редукции симптома. Прошлые, настоящие или предстоящие утраты. Дефекты характера (перфекционизм, своеволие). Созависимые отношения. Ненависть к объекту. Страх потери объекта. Вина перед значимым объектом. Ценностно-смысловой конфликт.

Один из методических приемов работы с объектными отношениями — выделение центральной, ядерной конфликтной темы отношений. Данный вариант краткосрочной фокальной психодинамически ориентированной психотерапии разработан американским психологом Люборски. Темы ядерных конфликтных отношений выводятся из рассказа (нарратива) пациента. В каждом эпизоде отношений психотерапевтом выделяется основной мотив (стремление, желание, потребность), движущий больным в общении, реакция окружающих на этот мотив и ответная реакция пациента. В качестве реакций учитываются сопутствующие эмоциональные переживания. Таким образом, ядерная конфликтная тема отношений служит своего рода и фундаментом психодинамически-ориентированной индивидуальной психотерапии и катализатором психотерапевтического процесса, что немаловажно в рамках краткосрочной программы реабилитации. Для понимания ядерного конфликта необходима следующая информация:

а) обсуждаются желания, потребности, намерения пациента, то есть то, что он предполагал достичь в интеракции с окружающими людьми в представленной им ситуации нарратива.

У наркозависимых часто выявляются следующие потребности, желания, намерения:

доверять другим (не быть обманутым);
быть принятым (быть не осуждаемым, одобряемым);
принимать помощь (быть защищенным, поддерживаемым);
быть понятым (быть правильно воспринятым);
быть открытым (выражать самого себя, общаться);
не быть обиженным (избегать боли, раздражения, отвержения);
разрядить внутреннее напряжение

Таким образом, определяется ядерный конфликт, который основан на одной из фрустрированных потребностей. Следует подчеркнуть, что некоторыми пациентами в течение всего периода может прорабатываться одна тема, например, «дефект характера – уникальность». Количество индивидуальных сессий колеблется от 10 до 15 за период пребывания в стационарной реабилитации.

Случай ИЗ ПРАКТИКИ №1

В качестве иллюстрации приведем пример домашнего задания на тему «Перфекционизм» пациента А. «Мой перфекционизм начался еще в детстве и понятия «хорошо» у меня нет до сих пор. В детстве меня наказывали за «3» и «2» так, что у меня особого выбора не было. Поэтому приходилось учиться только на «4» и «5». И только в пятом классе, когда у меня появился брат, на мою успеваемость родители, так сказать, «забили». Этот перфекционизм так же проявлялся у меня в спорте. Когда я занимался хорошо, но не смог сдать экзамен на 10 дан, родители меня тоже наказывали. На соревнованиях, на которых я не добивался успеха, меня стыдили и высмеивали. Так же формировалось отношение к игрушкам и вещам. «Лучше одна вещь, но хорошая», – говорила мне постоянно мама. На сегодняшний день у меня в голове несколько установок.

1. Лучше иметь одну или несколько вещей, но «брендовых» и дорогих.
2. Лучше вообще не заниматься спортом, если в дальнейшем не будет достижений.
3. Хочется всего и сразу.

Мой перфекционизм также проявился в срыве. Когда у меня был ущерб моим материальным ценностям и потеря работы, то я себе говорил: «Нахрена» мне такая трезвость нужна, от нее только минусы».

Если посмотреть и отслеживать мое поведение, то перфекционизм проявляется практически во всех моих поступках, так, например, на сдаче домашнего задания вчера. Я сдавал тему «мои обиды» и ожидал, что психолог оценит мою работу и даст мне положительную обратную связь или предложит мне что-то доработать. Но в ответ я получил только то, что я написал не то домашнее задание и вообще неправильно понял тему, в результате я почувствовал, что не оправдал ожидания психолога и группы. Это домашнее задание меня «выстегнуло». Следующее задание реабилитанта я вообще пропустил мимо ушей. Я постоянно прокручивал в голове, что же за тема была и почему я такой неудачник.

IV. Мишени, характерные для психотерапевтического процесса.

В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (созависимость, степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.

V. Мишени, характерные для психотерапевтического метода.

Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации.

Важным моментом является создание терапевтических отношений врач-пациент, психолог-пациент, пациент – реабилитационная команда. Также важно создание условий для проведения психотерапии и соответствия темпа реабилитационного процесса возможностям пациента. Следует обратить внимание на следующие моменты.

Со стороны пациента:

мотивация, степень тяжести расстройства, способность к интроспекции\самонаблюдению;
способность к рефлексии (способность к критической самооценке);
фрустрационная толерантность, готовность к конфликту, терпение;
коммуникабельность

Со стороны врача-психотерапевта (психолога):

эмпатия, эмоциональная теплота;
подлинность (аутентичность), способность к дистанцированию и эмоциональной нейтральности;
профессиональная компетентность

Оценка эффективности любых психотерапевтических мероприятий, проводимых с аддиктами, должна осуществляться уже при постановке диагноза и определении личных целей пациента. Эффективность отражает следующие параметры: динамику симптомов, разрешение внутри- и межличностного конфликта, динамику самооценки, осознание психической зависимости, выработку границ безопасности, жизненные планы. Например, психологический механизм не осознается, пациент оставляет за собой право употреблять «легкие» наркотики — относится к отрицательной динамике; тогда как активное осознание своего заболевания, конкретные планы по изменению ситуации, своевременное выполнение программных моментов — суть положительной динамики.

Во время приемного интервью думать о сомнительном прогнозе или возможном рецидиве можно в том случае, когда у пациента имеются нарушения во всех «фракталах био-психо-социо-духовной» модели. Игнорирование членами семьи программы для родственников — также неблагоприятный прогностический признак. Однако опыт использования синергетической модели и постановки психотерапевтического диагноза показывает, что пациент даже с низким реабилитационным потенциалом, попадая в точку бифуркации (реабилитация) имеет шанс выйти в длительную ремиссию. Такая фокусировка в сочетании с чётким структурированием «мишеней» позволяет индивидуализировать реабилитационный процесс и проводить сессии с пациентами психологам с различным опытом работы.

Случай из практики №2

Рассмотрим последовательно индивидуацию реабилитационной программы на примере пациента Марата, 28 лет, страдающего игровой зависимостью. Перечислим клинические мишени с учетом последовательности их анализа в реабилитации.

Марат, врач, десять лет страдает игровой зависимостью, периодически алкоголизируется. Не любит свою специальность. Обнаруживает «отчуждение аддиктивной болезни».

Клинические (нозологические) «мишени». В данном случае мы имеем сочетание игровой и алкогольной зависимостей.

«Мишени», специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение). Специфика клинической ситуации Марата состоит в игнорировании родственниками (одновременно мотивирующими своих детей на лечение) необходимости участия в семейной терапии, в доминантном отце, от которого зависит пациент. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему.

«Мишени», затрагивающие индивидуальные психологические особенности пациента.

Ось 1. Восприятие заболевания. Степень повреждения. Вторичная выгода. Мотивация к лечению. Вторичная выгода – согласно психодинамической теории, выгода, состоящая в том, что симптомы дают человеку чувствовать доброе отношение со стороны других или избежать неприятной ситуации или решения. Аддикция помогает Марату сохранять свое самоуважение и не брать ответственность за свою жизнь и выборы. Ось 2. Отношения. Конфликтные, дисфункциональные. Длительный конфликт с отцом. Развод с женой из-за зависимости у Марата. Ось 3. Конфликт идентичности и образа Я. У нашего пациента обнаруживался конфликт самооценности против ценности объекта (стыд, гнев, идеализация и обесценивание). Ось 4. Структура. Пациент имеют средний структурный уровень и низкий реабилитационный потенциал.

Клинико-биографический метод, включенное наблюдение в психотерапевтических группах, на сдаче домашних заданий, индивидуальной работе с пациентом выявляет сопутствующее расстройство личности. **О расстройствах же личности мы говорим в тех случаях, когда данное лицо постоянно использует определенные, одни и те же механизмы реагирования на ситуации повседневной жизни совершенно неадекватным, плохо адаптированным, стереотипным способом.** У Марата признаки нарциссического расстройства.

К сожалению, критерии описания последнего расстройства в МКБ-10 не приводятся, и мы пользуемся характеристиками DSM-5. Согласно DSM-5, **для диагностики нарциссического личностного расстройства необходимо наличие следующих критериев**: Значительные нарушения функционирования личности проявляются в: 1. Нарушения в функционировании Я (а или b): а. Идентичность: выраженная тенденция к сравнению с другими для самоопределения и регуляции самооценки; самооценка может быть неадекватно завышенной или заниженной, или колебаться от полюса к полюсу; эмоциональная регуляция отражает колебания самооценки. b. Направленность Я: постановка целей основана на получении одобрения других; личные стандарты неоправданно высоки, что дает возможность воспринимать себя как исключительного. 2. Нарушения в межличностном функционировании (а или b): а. Эмпатия: нарушенная способность распознавать и сопереживать чувствам и потребностям других; чрезмерная ориентация на реакции других, но только если они воспринимаются как относящиеся к себе; пере- или недооценка собственного влияния на других. b. Интимность: Отношения преимущественно неглубокие и используются для регуляции самооценки; взаимность ограничена слабым интересом к переживаниям других и приоритетом личной выгоды. 3. Патологические личностные черты в следующих сферах: 4. Антагонизм: а. Грандиозность: потребность

в признании, открытая или скрытая; центрированность на себе, основанная на убеждении, что кто-то лучше, чем другие; снисходительное отношение к другим. b. Поиск внимания: настойчивые попытки быть в центре внимания других; поиск своего пути выздоровления.

Индивидуально значимые, психотравмирующие переживания, в условиях актуальной жизни.

Данная мишень психотерапии предполагает влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств (потеря работы, развод, рождение ребенка и т.д.), которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии. Марат тяжело переносит, что жена подала на развод. Не полностью осознает свою ответственность за данную кризисную ситуацию. Проблема самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка) для пациента с сопутствующим расстройством личности служит предметом обсуждения на индивидуальных сессиях. Нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также «искаженную» систему представлений о себе (например, фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности). Низкая способность к рефлексии (самопознанию) является следствием личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Это может сочетаться со слабо корригируемыми установками и долженствованиями о собственной роли, особенностях отношений и т. д. Всё это создает ощущение отсутствия базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и является причиной поиска источника, способного, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

Это достигается также путем выполнения аналитических заданий. Список домашних заданий для Марата.

1. 10 причин, благодаря которым ты снова обратился к лечению.
2. Моя семья.
3. 20 примеров, когда ты проявлял нечестность.
4. Био-психо-социо-духовные потери.
5. 15 примеров того, как именно своеволие привело к зависимости
6. 10 примеров как ты манипулировал другими людьми.
7. 20 примеров потери уважения к себе
8. 20 примеров того, как гордыня проявлялась у тебя в болезни.
9. Вспомни и опиши подробно те ситуации, в которых тебе необходимо было проявить смирение в процессе твоей болезни.
10. Мое самосознание.
11. Дефекты характера и способы борьбы с ними
12. 10 причин, по которым ты конфликтуешь и 10 способов с ними справиться
13. 10 причин, которые могут тебя спровоцировать на употребление алкоголя или игру.
14. 10 ресурсов, на которые будешь опираться в выздоровлении.
15. Антикризисный план после выписки.
16. Итоговая работа.

«Мишени», характерные для психотерапевтического процесса. У Марата низкая мотивация к лечению, она обусловлена анозогнозией, интернальным локусом контроля и низким уровнем рефлексии. В начале лечения он сравнивал свою зависимость с другими пациентами, как более легкую, несмотря на «обратную связь» от других пациентов, что у него больше проблем в семье и с законом, чем у них. Отношения между психотерапевтом и пациентом. Эти отношения имеют специфику либо формирования «созависимых» отношений, либо легкостью прерывания контакта. Работа с Маратом характеризовалась сопротивлением лечению, игнорированием правил отделения, отсрочкой выполнения домашних заданий. Сопротивле-

ние – общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной степени проведению любого вида психотерапии. У нашего пациента плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте обусловлена общей неспособностью совладания с эмоционально напряженными ситуациями.

Мишени, характерные для психотерапевтического метода .

Психологический анализ иррациональных убеждений показывал, что у Марата преобладают иррациональные установки «Катастрофизация» и «Долженствование в отношении себя».

Недостаточно симптоматического описания для постановки определенного диагноза: необходим сложный анализ структуры личности

Случай из практики №3

В некоторых случаях полезно пользоваться патабиограммой (табл.3), в которой симптомы и особенности личности разнесены во времени и по годам. В данной таблице отражены симптомы и диагнозы Валентины М., 19 лет, которая лечилась в разных клиниках с разными диагнозами, включая психосоматические расстройства. В наркологической клинике был верифицирован диагноз пограничного расстройства личности, которое сопровождается полисимптоматическим неврозом и сменой симптомов во времени.

Основа клинической диагностики – это развертка явлений во времени, и только комплекс методических приёмов позволяет это сделать.

Клиническая диагностика, таким образом, строится на обобщении различных исходных данных интенсивного обследования единичного случая, а сама диагностика исходит из принципа качественного анализа особенностей психического явления в противоположность задаче лишь количественного измерения.

Синдромы/ годы	8-11 лет	12-13 лет	14-15 лет	16-17 лет	18-19 лет	19 лет (ноябрь)	19 лет (февраль) 2015 реабилитация
Нарушение функциони- рования Я	Требов- ательн- ость к окруже- нию		Амби- валент- ность	Одиноче- ство	плохая интеграция Я-другие		
Патологиче- ские личностны- е черты	Страхи		Сильное влечение к мужчинам	Депрессив- ные состояния	Сепарационная тревога		Выраженная эмоциональная лабильность
Наруш. в межличн. функцио- нировании		Нестабильные отношения			Отчисление		Слабая стрессоустой- чивость
Импульсив- ность		Алко- голь	Гашиш	Смена партнеров , галлюцин- огены	Авария после употребления ПАВ, психостимуляторы	Гашиш	Реакции, не соответствующие ситуации
Антагониз- м				Конфликт с родите- лями	Истерические припадки	Амбивале- нтность	
Другие симптомы	Ком в горле		Анорекси- я		Булимия	Псевдолог- ии	Психосоматически е симптомы
Госпитализ- ация					НИИПНИ	НИИПНИ	Реабилитация
Диагноз					Недиф. шизофрения	Шизотипи- ческое рас- стройство личности	Пограничное расстройство личности

Таблица.3 Патобиограмма пациентки Валентины М.,19 лет

О методике патобиограммы можно почитать в книге Арндта П. Психосоматика и психотерапия: справочник/пер. с нем. — М.:МЕДпресс-информ,2014

Эффективность работы клинического диагноста определяется его способностью выдвигать гипотезы, предположения и намечать возможные методы их проверки.

На рис 4. показано, сколько различных диагнозов может быть установлено у одного пациента, страдающего сопутствующим пограничным расстройством личности.



Рисунок 4. Варианты диагнозов у пациента с ПРЛ

Случай из практики №4

Анна Б., 30 лет. Из анамнеза. Наследственность: известно, что бабушка по линии отца окончила свои дни в ПНИ с диагнозом старческое слабоумие. Пациентка родилась в г. Ленинграде единственным ребенком в семье. Роды были затяжными около 13 часов. После рождения была поставлена на учет к неврологу, долго не зарастал родничок, энурез до 15 лет. В 2 года обнаружили ухудшение зрения практически до слепоты, но после долгого лечения зрение удалось восстановить до нормальных показателей. Часто болела простудными заболеваниями, перенесла две тяжелых ангины. Росла нервным и капризным ребенком, ДДУ не посещала, так как родители спортсмены и постоянно брали ее с собой на сборы. В школу пошла с 7 лет, школа была с углубленным изучением английского языка и информатики. Успеваемость и поведение было хорошим до 8 класса, затем начались проблемы, а именно: употребление алкоголя, хамство по отношению к учителям, срывы уроков физики и химии; активно искала мужского внимания, была неоднократно подвергнута дисциплинарным выговорам, после которых поведение немного упорядочилось. 11 классов окончила преимущественно с тройками. После школы поступила в СПбГУ, но на первой же сессии не справилась с нагрузкой и перевелась в институт иностранных языков на платное отделение, который окончила в 2007 году. За период обучения в ВУЗе мать пациентки отмечает проблемы с алкоголем, неконтролируемое желание шопинга, неразборчивость связей с мужчинами. По этому поводу мама начала обращаться к психологам, но без видимых результатов. На 3-ем курсе устроилась на работу в гостиницу, где проработала около 3 месяцев. За это время познакомилась с солистом музыкальной модной группы. Затем устроилась официанткой в кафе, где познакомилась с будущим мужем. С начала мая 2006 года матерью пациентки отмечались странности в поведении, а именно: нарушился сон (спала по 2—3 часа), появилось очень много сил и энергии, с легкостью сдавала зачеты; забывала поесть, знакомилась с разными людьми на улице и звонила матери с их телефонов, хотела сожительствовать с молодым курсантом, посещала разные бары и рестораны, скандалила с персоналом этих заведений. В один из таких эпизодов в ресторане гостиницы матери удалось ее там задержать и отвезти домой. По дороге домой в машине пациентка сообщала, что является женой солиста группы N, что у нее от него маленький ребенок. В таком состоянии пациентка была доставлена в ПНД, а оттуда госпитализирована в ПБ №3. Пролечившись около месяца, была выписана и поставлена на учет в ПНД, получала терапию в виде Седалита и клопиксола-депо. Состояние улучшилось, удалось сдать сессию без долгов. С сентября 2006 года отмечается ухудшение состояния: снизилось настроение, пропал аппетит (похудела на 7 кг), вставать по утрам не хотелось, долго оставалась в кровати, трудно было выразить свои мысли, появилась беспричинная тревога. Предъявляла жалобы на «боли во внутренних органах». Терапию, назначенную при выписке, принимала нерегулярно, сочетала с приемом алкоголя. Нужно отметить, что в этот период очень много времени с пациенткой проводил ее будущий муж, поддерживал её, состояние пациентки улучшилось к декабрю 2006 года, и ей удалось сдать зимнюю сессию. В марте 2007 года устроилась на работу продавцом-консультантом в магазин обуви, проработала там до августа 2007 года. Каждый вечер после работы завершался алкоголизацией. Приходила домой, едва удерживаясь на ногах. Получив диплом, устроилась секретарем-переводчиком, где проработала до сентября 2008 года. Как отмечает сама пациентка, эта была самая лучшая работа, так как начальником был иностранец, выполнявший роль собутыльника. Была вынуждена уйти с работы из-за конфликта с коллегой. В том же месяце вышла замуж и переехала к мужу, где проживали совместно с сестрой мужа, с которой отношения не сложились. Не работала до апреля 2009 года, пока по протекции отца не устроилась секретарем в салон элитной мебели. Практически сразу же завела роман с женатым коллегой по работе, который продлился около 2-х лет.

С 29 декабря 2010 года отмечала подъем настроения, нарушения сна (спала по 2—3 часа), ходила по клубам, много пила алкоголь, танцевала стриптиз. На полученную премию покупала цветы, мягкие игрушки и раздавала их на улице женщинам, «хотела дарить добро». Познакомилась с водителем маршрутного такси, влюбилась в него и хотела выйти за него замуж. Это состояние продлилось до 5 января 2011 года, когда пациентка сама себе вызвала бригаду скорой психиатрической помощи, и была госпитализирована в ПБ №3. Лечилась там около месяца. После выписки регулярно лекарства не принимала, не работала, развелась с мужем. По поводу развода не переживала, более того, отпраздновала это событие в ресторане вместе с бывшим мужем. Находилась на иждивении у родителей до июля 2012 года, в то же время завела любовные отношения с мужчиной и уехала с ним в Москву. Устроилась на работу оператором в магазин электроники и работала до мая 2013 года. Нужно отметить, что в это время произошел дебют употребления каннабиноидов. Также отмечает однократное употребление спайсов, которое перенесла очень тяжело и после этого больше не курила. 4 мая 2013 года в состоянии алкогольного опьянения пациентку избили, и она попала в больницу, а 10 мая мать забрала ее из Москвы. Сразу же по приезду в Петербург, пациентка была госпитализирована в НИИ им. В.М.Бехтерева в отделение неврологии, где была обследована и выписана 31 мая 2013 года. В июне 2013 года мать отправила пациентку в реабилитационный центр в Краснодарский край, где она пробыла месяц, активно нарушала режим, и в июле её перевели в другой реабилитационный центр, где она находилась до сентября 2013. Стоит отметить, что за это время пациентка 6 раз сбежала из Центра. Вернувшись в сентябре 2013 года в Петербург, у неё появилась навязчивая мысль о том, что мать обязательно её отправит в другую реабилитацию. Начала обзывать всех знакомых, добываясь от них информации об отправке. В таком состоянии была госпитализирована в НИИ им. Бехтерева, где находилась 21 день. После выписки и до марта 2014 года состояние было нормальным. В то время отец взял её с собой на сборы за границу. Там почувствовала подъем настроения, сопровождающийся повышенной активностью, сниженной потребностью во сне, сексуальной расторможенностью. Отцом было принято решение отправить пациентку в петербург, где она была сразу же госпитализирована в ПБ №3. После выписки, в мае 2014 года, познакомилась с молодым человеком, с которым завязались отношения, посетила с ним антинаркотический лагерь, откуда они оба были выгнаны за нарушения режима, употребив совместно гашиш. В это время появилась агрессивность по отношению к матери, сопровождавшаяся повышенной активностью, нарушился сон, снизился аппетит, и пациентка снова была госпитализирована в ПБ №3, где получала лечение до августа 2014 года. После выписки, стала сожительствовать с молодым человеком, совместно употребляла гашиш и алкоголь.

Обстоятельства поступления в МЦ «Бехтерев»: 25 января 2015 года после похода к психотерапевту зашла в магазин, но так как не было денег, взяла бутылку пива и выпила её прямо в магазине, затем пошла в другой магазин и проделала то же действие. Когда пришла домой, родители почувствовали запах алкоголя и попросили собрать вещи для больницы. Перед выходом съела 7 таблеток феназепама, чтобы не было страшно. **При поступлении:** Сознание не помрачено. Обманы восприятия отрицает. Мышление последовательное, высказывания конкретные, примитивные. Настроение снижено, без депрессии, определяется ангедонией на фоне лишения ПАВ. Настаивает на приеме антидепрессантов, жалуется на скуку. В беседе раздражительна, отмечает патологическое влечение к алкоголю. Память снижена на текущие и недавние события. Критики к заболеванию нет. Внимание неустойчивое. Агрессивных и аутоагрессивных, суицидальных тенденций нет. Сон поверхностный, короткий, отмечает трудности при засыпании. Аппетит в норме.

С 27.01.15. получает терапию в виде: Конвулекс 900 мг\сут, Сероквель 100мг\сут.

Включенное наблюдение в процессе групповой психотерапии показало следующее: пациентка постоянно требовала к себе внимания, конфликтовала с другими участниками группы,

пыталась поссорить реабилитационную команду друг с другом, проявляла слабую критику к своим действиям. Была представлена на клинический разбор.

ДИАГНОЗ: Основной: Биполярное аффективное расстройство, интермиссия. F31.7. Зависимость от алкоголя. Синдром зависимости. В настоящее время воздержание в условиях исключающих употребление. F 10.212. **Сопутствующий:** Расстройство личности, пограничный тип. F60.31. **Осложнение основного:** Ризидуально-органическое поражение головного мозга.

Вывод. Аддикт будет склонен к компульсивному, обсессивному и аддиктивному поведению, постоянно заменяя один симптом другим или одну аддикцию другой (секс, игра и т.д), пока уязвимые места в структуре Я не будут исправлены и восстановлены. Если изначально человека приводит к лечению употребление психоактивных веществ, то лечение характера приводит не только к тому, что человек прекратит аддикцию, но и к глубоким переменам себя и мира.

Катамнез. Пациентка вышла в устойчивую ремиссию только после того как её мать прошла годичную личную терапию.

Диагностические и тактические ошибки

ошибки в диагностике сопутствующей психотической симптоматики;
ограничение свободы выбора пациента в принятии решений (мотивы персонала; начать реабилитацию с пациентом превышали мотивы последнего);
нечеткое формулирование запроса со стороны пациента;
отсутствие разделения ответственности между командой специалистов и пациентом за поставленные задачи;
неправильная интерпретация пациентом информации о целях и характере реабилитации;
специалистами не учтена готовность семьи и пациента к изменениям; возвращение семьи к прежним стереотипам в области воспитания;
не учтена «вторичная выгода» симптома во время реабилитации;
несоответствие реабилитации ресурсам пациента (темпу, клинической картине);
низкая мотивация на изменения (эго-синтонная направленность расстройства).

Тактические ошибки вытекают преимущественно из отсутствия у психотерапевта и клинического психолога четкой концептуальной базы психосоциогенеза данного расстройства у пациента, из неумения планировать работу и прогнозировать ее результаты. В таком случае команда специалистов концентрирует внимание преимущественно на выполнении различных аналитических заданий, упуская из виду чувства, мысли и цели самого пациента. Такая реабилитация не соответствует ресурсам пациента и повышает риск рецидива после ее окончания.

С системной точки зрения изменение является не единственным решением предъявляемой проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос реабилитации заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет. Дискуссия переносится с обсуждения того, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на то, как без него будет функционировать пациент, его семья, и какую цену придется заплатить микросоциальному окружению за его исчезновение.

Формирование мотивации на лечение как первый этап в медико-психологической реабилитации

Пациент поступает на наркологическое отделение стационара, в большинстве случаев имея установку на купирование абстинентного синдрома. Курс дезинтоксикации по «классической схеме» рассчитан на 7—14 дней стационарного лечения (в зависимости от выраженности синдрома отмены, физического состояния пациента, вида и «суточной дозы» наркотика), практикуется также быстрая опиатная дезинтоксикация (БОД) с последующим пребыванием пациента на отделении в течение 4—5 дней. При поступлении пациента в стационар лечащий врач и психолог проводят мотивационную беседу с членами его семьи, рассказывая о программе психотерапевтического сопровождения, и приглашают на первичную консультацию.

На 2—4 день нахождения пациента в стационаре психолог наркологического отделения проводит первичную мотивационную беседу, а так же приглашает пациента посетить групповые занятия.

Групповые занятия с наркозависимыми, проходящими курс дезинтоксикации, проходят ежедневно 1 раз в день и включают в себя психообразовательные лекции с последующим обсуждением. Индивидуальные тематические, мотивационные беседы также проводятся ежедневно (1—2 раза в день и чаще по запросу пациента).

Целью проводимых индивидуальных и групповых занятий является преодоление отчуждения аддиктивной болезни и формирование у пациентов установки на преодоление психологической зависимости. Эта цель достигается путем решения следующих задач:

информирование пациентов о законах формирования и развития психологической зависимости от ПАВ;
установление доверительного контакта между психологом и пациентом;
выявление и коррекция иррациональных установок, препятствующих формированию мотивации на длительное лечение.

Отбор и подготовка пациентов к переводу на отделение начального этапа реабилитации (предреабилитацию).

Практикующие в области наркологии специалисты знают о том, как бывает сложно убедить пройти курс детоксикации в больнице. Но гораздо сложнее оставить его после окончания медицинского лечения для прохождения курса психологической реабилитации. Даже краткосрочного! Поэтому мотивационная работа на отделении является приоритетной для специалистов реабилитационной программы.

Диагностико-мотивационный этап медико-психологической реабилитации наркозависимых начинается примерно на 5—6 день лечения, когда сознание пациента начинает постепенно проясняться. В это время наркозависимый еще находится под воздействием препаратов и немного заторможен, но, тем не менее, уже может формулировать свои мысли и воспринимать получаемую от специалистов информацию.

Цели специалистов на диагностико-мотивационном этапе:

формирование мотивации на исследование своей болезни;
формирование установки на соблюдение рекомендаций специалистов.

Специалисты стремятся к реализации следующих задач:
клинико-психологическая диагностика;
адаптация к распорядку дня, расписанию занятий, правилам отделения и работы в группе;
обучение навыкам, необходимым в процессе реабилитации (формулирование чувств, умение их выражать, анализ собственного состояния, поведения, возникающих ситуаций).

Мотивационный этап в медико-психологической реабилитации наркозависимых включает в себя работу нескольких специалистов: врача (который участвует на подготовительном этапе к реабилитации), психолога, социального работника-консультанта (консультант по химической зависимости). Помимо специалистов на этом этапе к работе также подключаются волонтеры или стажеры и пациенты продвинутых этапов.

Первым начинает работу с наркозависимым врач.

Цель врача – заинтересовать пациента в прохождении медико-психологической реабилитации.

Так как пациент на данном этапе сильно зависит от своего физического и эмоционального состояния, врач описывает пациенту основные симптомы психической зависимости: беспричинные перепады настроения (без объективных внешних условий); нарушения сна; вспышки раздражения, агрессии; приступы одиночества, тоски, депрессии; постоянно возникающая тяга к наркотикам, которая не контролируется пациентом и сопровождается учащением дыхания, сердцебиением, другими вегетативными проявлениями, а также трудностями концентрации внимания на какой-либо деятельности.

Обращение врача к пациенту звучит примерно так: «Мы привели в порядок твой организм, но осталась психическая зависимость, которая проявляется в тяге к наркотикам. Она выражается в особых симптомах и не снимается медицинскими препаратами. Поэтому для продуктивного лечения зависимости тебе необходимо научиться эффективным способам управления своими эмоциями. Научишься управлять эмоциями – сможешь справиться с тягой. Научишься справляться с тягой, значит, сможешь контролировать свои действия. А тот, кто контролирует свои действия, контролирует свою жизнь!».

В процессе которой, врач разъясняет необходимость реабилитации, как обязательного этапа лечения зависимости от ПАВ, а также приглашает посетить групповые и индивидуальные занятия для созависимых.

В случае, если пациент и ее родственники дают свое согласие на продолжение работы с психологической зависимостью, то после ознакомления с правилами и режимом отделения, он переводится на отделение начального этапа реабилитации.

После мотивационной беседы врач направляет пациента к психологу. Психолог в первой беседе с пациентом, делает акцент на негативных последствиях употребления наркотиков: вред здоровью (сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ, гепатиты), травмы; различные проблемы в отношениях: с родными, близкими, коллегами; материальные потери (деньги на наркотики, продажа и заклад ценных вещей).

Совместно с пациентом психолог анализирует все его предыдущие попытки бросить наркотики. Таким образом, специалист подводит пациента к выводу, что собственными усилиями справиться с зависимостью невозможно, поэтому для достижения успеха необходимо обращаться за помощью. Кстати, первый шаг «Анонимных наркоманов» тоже начинается с принятия собственного бессилия перед наркотиками. Это позволяет больному прекратить тщетные самостоятельные попытки «завязать» и обратиться к опыту других выздоравливающих.

Цели психолога на диагностико-мотивационном этапе:

клинико-психологическая диагностика пациента;
стимулирование пациента к обращению за помощью

В обязанности психолога входит проведение клинико-психологической диагностики, семейных консультаций, направленных на разрешение конфликтных ситуаций и подготовку родственников к принятию пациента после окончания курса лечения, групповых тренингов (развития коммуникативных навыков, повышения уверенности в себе, личностного роста), индивидуальной психокоррекции, направленной на разрешение внутри- и межличностных конфликтов.

Если пациента поставить перед выбором между мнением специалиста и выздоравливающего наркомана, то вероятность того, что он склонится в сторону последнего, достаточно высока, так как дистанция между ними гораздо меньше. Поэтому, для повышения эффективности работы необходимо привлекать к мотивационной работе **реабилитантов** (находящихся на продвинутых этапах реабилитации) и **волонтеров** (окончивших курс реабилитации, *имеющих трезвость более полугода* (**ошибкой многих реабилитационных центров является назначение бывшего пациента волонтером недавно завершившим лечение в реабилитационном центре**) и занимающихся «служением», помогая в деятельности основным специалистам программы – психологам и социальным работникам-консультантам). При этом реабилитанты и волонтеры повышают уверенность в себе, формируют лидерские качества, отрабатывают навыки ассертивности и начинают глубже понимать принципы реабилитации. Ведь когда «объясняешь другому – лучше понимаешь и сам»! Некоторые волонтеры в процессе своего «служения» определяют себя в выборе профессии и стремятся в дальнейшем получить профильное образование. В нашей команде несколько человек – это бывшие выпускники реабилитации.

Профессиональное психотерапевтическое сопровождение на этапе раннего постабстинентного периода

Отделение начального этапа реабилитации (Предреабилитация)

На отделения Начального этапа реабилитации (ПРБ) пациент поступает на 4—6 день пребывания в стационаре, и в дальнейшем он полностью изолирован от общения с пациентами острого наркологического отделения. На отделение ПРБ параллельно с продолжением курса дезинтоксикации пациент посещает групповые и индивидуальные занятия с психологом, выполняет задания в рамках программы Начального этапа реабилитации.

Цель отделения:

Формирование и укрепления внешней и внутренней мотивации на продолжение лечения и трезвость.

Отбор пациентов для перевода на отделение Основного этапа реабилитации.

Задачи отделения:

проведение групповой работы с пациентами в формате информационных лекций и тренингов.
психокоррекция, психодиагностика пациентов отделения
индивидуальная работа с родственниками пациентов отделения.
Консультирование родственников по вопросам зависимости и созависимости и дальнейшего психотерапевтического лечения
проведение совместных консилиумов с родственниками, врачами отделения реабилитации, лечащим врачом и пациентом для определения психологической и физической готовности пациента к прохождению основного этапа реабилитации
поддержание наркологического режима отделения
и формирование терапевтической среды
контроль над соблюдением правил отделения.

Предположительная длительность пребывания пациента на отделении Начального Этапа реабилитации от 4 до 14 дней. После чего лечащий врач совместно с психологом предреабилитации и при участии врачей реабилитационного отделения принимают решение о переводе пациента с отделения ПРБ на отделение реабилитации, руководствуясь такими критериями как:

полное прохождение пациентом программы ПРБ, соблюдение режима и правил отделения не менее 4 дней;
полученного предварительного согласия пациента и его родственников на прохождение курса реабилитации, их информированность о сроках лечения;

оценка общесоматического состояния пациента (в том числе наличие выраженных явлений синдрома отмены, требующих назначения сильно действующих препаратов);
приоритетом ускоренного перевода на отделение реабилитации пользуются те пациенты, родственники которых участвуют в семейной групповой психотерапии;
ответственность за готовность пациента и его семьи участвовать в программе реабилитации несет старший психолог ПРБ и заведующий отделением реабилитации после консилиума с участием родственников пациентов.

Начальный этап реабилитации считается успешно пройденным когда:

Выполнены все письменные задания программы Начального этапа реабилитации (в Приложении 3 приведена примерная программа работы психолога или консультанта на этом этапе).
При переводе пациент подписывает дополнительное добровольное информированное согласие и бланк с правилами поведения (См. Приложение 4, 5).

Профессиональное психотерапевтическое сопровождение в позднем постабстинентном периоде и начальном этапе формирования ремиссии (отделение основного этапа реабилитации – стационар)

На отделении основного этапа реабилитации пациент поступает только после прохождения полного курса программы Начального этапа реабилитации, ознакомившись с правилами и сроками лечения. На отделении Основного этапа реабилитации пациента курирует врач психиатр-психотерапевт, также за пациентом закрепляется индивидуальный психолог.

Минимальный предположительный срок стационарного лечения на отделении Основного этапа реабилитации от 45 до 90 суток. В течение первых двух недель пребывания пациент находится в условиях «карантина», предполагающих отсутствие посещений родственников и прогулок.

Пациент, переходя на реабилитацию, получает новую тетрадь «Анонс для новичка» (Приложение 6). Пациент включен в индивидуальную психотерапевтическую работу с психологом. В реабилитации последовательно решаются вопросы лечения зависимостей на биологическом, психологическом, социальном и духовном уровнях.

Биологические аспекты зависимости

Большинство пациентов имеют инфекционные и иные заболевания, прямо или косвенно являющихся следствием применения ПАВ. Поэтому повышение уровня знаний зависимых в отношении ВИЧ, вирусных гепатитов, ЗППП и пр., формирование установки на выполнение рекомендаций и назначений лечащего врача, осознание и принятие процесса физического оздоровления как неотъемлемой части лечения наркомании (алкоголизма) являются важными задачами реабилитации.

Помимо серьезного отношения к лечению приобретенных заболеваний, задача пациента – в преимуществе постоянного **контроля над своим здоровьем**. Это связано с тем, что некоторые нарушения в организме, связанные с неправильным образом жизни зависимого, проявляются позднее в период отказа от ПАВ: зубные и головные боли, нарушения органов пищеварительной, кровеносной, выделительной систем и пр. Поэтому реабилитантам необходимо обращать внимание на симптомы и своевременно проходить осмотр, диагностику, сдавать анализы.

Другим направлением в профилактике заболеваний наркозависимых служит формирование и закрепление **правильного пищевого поведения**. Период наркотизации обычно характеризуется отсутствием регулярного питания. В то же время с началом реабилитации пациенты начинают питаться по режиму.

Следующей задачей профилактики заболеваний является **тренировка тела**. В распорядке дня пациентов обязательно присутствует физзарядка. Существенным преимуществом реабилитационной программы является наличие таких занятий, как лечебная физкультура (ЛФК), йога или гимнастика, включающие упражнения на дыхание, растяжку и другие методы.

Зависимый, отказываясь от ПАВ, лишается привычного способа эмоциональной разрядки. Поэтому перспективным направлением профилактики психосоматических и психических заболеваний является обучение **использовать свое тело в качестве «системы раннего оповещения»**.

Удовлетворительный результат усиления этого ресурса отражается через восприятие пациентом своего тела как важной части Я, нуждающейся в заботе, внимании и развитии.

Задача – научиться относиться к своему телу как к живой системе, нуждающейся в заботе и развитии. Соответственно, под развитием потенциала тела подразумевается комплекс действий пациента, направленных как на лечение и профилактику соматических заболеваний, так и на улучшение физической формы

Лозунг! Сейчас, когда наркотик больше не диктует твою эмоциональную деятельность, у твоего тела есть время привести себя в порядок. Ты можешь испытывать взрывы эмоций, часто в неподходящее время. У тебя могут быть трудности в преодолении стрессовых ситуаций.

Понимая, что это может случиться с тобой, тебе не следует этого бояться. Ты можешь поделиться своими эмоциональными переживаниями с психологом или на группе. Нужно помнить, что твое тело восстанавливается, и это одно из следствий возвращения в нормальное состояние.

Медикаментозное сопровождение проходит на протяжении всего периода реабилитации и определяется индивидуально с учетом сопутствующих заболеваний, перенесенного психоза и т. д.

На утренних пятиминутках врачу надо согласовывать свои действия с психологом и внимательно анализировать полученную информацию от дежурного психолога, чтобы вовремя заметить манипуляции реабилитанта.

Следующей трудной задачей данного этапа является преодоление анозогнозии, осознание необходимости продолжения психотерапевтического лечения, принятия помощи.

Тяжело преодолимым симптомом у наркомана или алкоголика является отрицание или непризнание своего заболевания. **Аддикцию часто называют болезнью отрицания – самого примитивного и деструктивного сопротивления.**

Сопротивление к выздоровлению

Реактивное сопротивление. Нормальной реакцией психики человека на любые усилия является сопротивление. Такое реактивное сопротивление проявляется в некотором нежелании что-то делать, небольшой лени и т. д. Выздоровление не является исключением, поэтому сопротивление выздоровлению – это нормальная реакция, показывающая только, что выздоровление действительно идет (что человек действительно что-то делает, преодолевая себя). Надо лишь держать это под контролем и не давать реактивному сопротивлению развиваться. Полное отсутствие сопротивления показывает, что человек на самом деле не занимается выздоровлением. Если не контролировать уровень своего сопротивления, оно может начать развиваться, и из нормального реактивного сопротивления может перерасти в саботирующее выздоровление. Не дать сопротивлению развиваться может сбалансированный режим работы/отдыха, планирование выздоровления, дисциплинированное выполнение плана. Развитию сопротивления могут способствовать внутренние психологические факторы (низкая самооценка, сложное психологическое состояние, неуверенность в своих силах, малый тонус и т.д.) и внешние социальные факторы (нехватка времени, саботирующая выздоровление среда, социальные стрессы, напряженная работа, сложные личные отношения и т.д.).

Игра в выздоровление. Если нарушается дисциплинированность в выздоровлении, то сопротивление может перейти на первую деструктивную стадию – игру в выздоровление. В этом случае человек начинает не столько серьезно заниматься выздоровлением, сколько играть в него перед собой либо перед другими. Игра в выздоровление может заключаться в излишней демонстрации своих усилий по выздоровлению, разговорчивости по поводу выздоровления; запрашивании обратной связи для похвалы; соглашательстве с рекомендациями (без особых действий); театральности; незавершенности обещаний (присутствует «но...»: «я согласен, но только...»).

Честность перед собой и другими и предпринимаемые реальные действия по выздоровлению – вот что нужно применять на этой стадии развития сопротивления. Если же ничего не предпринимать, то сопротивление может развиваться дальше.

Претенциозность (сверхуверенность в своих силах). Чрезмерная уверенность в своих силах является закономерным следствием игры в выздоровление и отсутствия реальных действий – человек мало что реально делает, ничего плохого не происходит, значит все нормально. Претенциозность может проявляться в игнорировании рекомендации программы; в пренебрежительном отношении к ограничениям в трезвости; в надежде научиться контролировать употребление; в поучении выздоровлению других; в выборе из программы только того, что нравится; в создании атмосферы загадочности, «нагнетании тумана»; в жалости к себе; в игре в профессионального пациента («я все и так знаю»).

Знания (полученные из книг, из опыта других выздоравливающих, из собственного опыта, из обратной связи) и анализ своих действий – вот, то может нейтрализовать претенциозность.

Игнорирование. Если ничего не делать с претенциозностью, она может перерасти в игнорирование большинства рекомендаций и ограничений программы. Сопротивление игнорирования может проявляться в: избегании разговоров о выздоровлении; разговорах об употреблении (гонять тягу); игре в наивность (корчить ничего не понимающего «дурачка»); противостояние сотрудникам реабилитации или другим, «представляющим выздоровление» людям; открытый саботаж выздоровления (см ниже); агрессивное отношение к другим выздоравливающим или консультантам. Помогает на этой стадии сопротивления **самоанализ и мотивировка**. Следует серьезно пересмотреть свой план выздоровления, обязательно проконсультироваться с индивидуальным психологом-консультантом, провести подробный внутренний

анализ, вернуться к прошлым заданиям и максимально честно перед самим собой выполнить их заново.

Регрессия (неповиновение). Начало этого этапа выражается в уверенности в том, что *«полностью выздоровел»*. Потом химически зависимый человек начинает вести себя полностью как обычный человек, как будто никакой болезни и не было (единственно что, пока не употребляет). Все рекомендации и ограничения забыты. От употребления в этом случае отделяют только время и «запас трезвости», который он наработал своим прошлым выздоровлением. Проявляется это сопротивление в: полном прекращении работы по программе выздоровления; в общении с употребляющими людьми; в полном игнорировании ограничений; в избегании людей, которые могут напомнить о выздоровлении и болезни; в агрессивном отношении к программе и самой идее выздоровления. На этой стадии следует вспомнить, к чему может привести такое поведение и *вернуться к выздоровлению, начать его как будто с нуля*. Можно составить новый план выздоровления, включающий новые виды деятельности, пересмотреть круг общения.

Отрицание, когда человек пытается избежать какой-либо новой информации, которая несовместима с положительным представлением о себе, которое уже сложилось. Защита проявляется в том, что происходит игнорирование тревожной информации, человек как бы уклоняется от нее. Информация, которая противоречит установкам личности, не принимается вообще.

Отрицание проявляется в самых разных формах.

Простое отрицание – пациент утверждает, что этой проблемы у него нет и последствия не связаны с алкоголем или наркотиками, несмотря на очевидные доказательства того, что это так. «У меня никогда не бывает похмелья (ломки)» – распространенный пример простого отрицания.

Минимизация или «преуменьшение вреда» – это признание проблемы, связанной с аддикцией в какой-то степени, но таким образом, что она кажется, менее серьезной или значительной, чем есть на самом деле. «Я был не так уж плох», «Я принял чуть-чуть, но я был в порядке, чтобы вести машину» или «у меня была только пара рюмок» – типичные примеры минимизации.

Рационализация—это предложение алиби, оправданий и объяснений, отличающих от поведения других употребляющих людей. «Я ничего не ел и не привык к такому коктейлю – поэтому не заметил как опьянел», «Я обычно не пью за рулем, но мне надо было отвезти друга домой, нельзя же друзей бросать в беде». Вот некоторые примеры рационализации. Поведение не отрицается, но объяснение его причины «защитное».

Интеллектуализация—это избегание эмоционального, личностного осознания проблемы, связанной с ПАВ. В этом случае мы имеем с уровнем обобщения, интеллектуального анализа или теоретизирования. «Люди пьют вино во время еды, они что, алкоголики?» Я не справился с управлением, так как в этом месте ухабистая дорога – там всегда много несчастных случаев. Когда уже губернатор займется дорогами» – это все примеры интеллектуализации.

Обвинения – проекция. Пациент утверждает, что ответственность за поведение лежит на ком-то другом. «Ты бы тоже пил, если бы был женат на ней!» «Менты прятались за деревьями, чтобы отловить меня». Поведение не отрицается, но его причина находится «снаружи», а не «внутри» человека, который совершает какое-то действие.

Отвлекающий маневр (диссоциация, переключение) – это смена темы разговора, чтобы избежать чего-то, что кажется угрожающим. Отвечать на запросы с шуткой-Это распространенный пример отвлечения внимания, например, «Вы же не ожидали, что я могу быть в таком состоянии, да?». Отвлечение внимания похоже на интеллектуализацию. Чтобы избежать обсуждения поведения после употребления ПАВ, аддикт может направить дискуссию в сторону достоинства ПАВ для снятия стресса или на ту категорию людей, которая, по его мнению, действительно имеет проблемы с ПАВ.

Враждебность возникает, когда аддикт становится злым или раздражительным, когда предмет его употребления попадает под обсуждение. Классическим примером является ситуация, когда пациент утверждает, что его жена не упоминает, что он слишком много употребляет ПАВ. На самом деле, она часто упоминала об этом в течение многих лет (здесь может быть и вариант вытеснения). Каждый раз, когда она упоминала об этом в прошлом, он сердился, и они ссорились. Вот почему, она перестала упоминать об этом.

Отрицание аддиктивных пациентов не ограничивается только отрицанием их зависимости от психоактивного вещества, это также отрицание помощи от других людей, признании, что они (пациенты) являются уязвимыми человеческими существами.

Отрицание – система заблуждений или иллюзий. Именно из-за сохранения системы отрицания болезни (работы психологических защит которые продолжают держать зависимого человека в неведении) гибнет 99 процентов наркоманов и алкоголиков.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ №5

Так пациент 3.,33 лет, с генерализованным тревожным расстройством, с зависимостью от антидепрессантов и сопутствующим пограничным расстройством личности (после 10 лет приема антидепрессантов) испытывал сильные боли во всем теле. Несмотря на разъяснение врачей и психологов, что абстинентный прием может длиться больше 2 недель, пациент стал изыскивать возможность наличия у него ревматического заболевания (при идеальных анализах), убеждал в этом родственников с целью выписаться и не продолжать реабилитацию, хотя изначально лег в клинику, чтобы прекратить прием антидепрессантов.

Сопротивление или выздоровление – это две полярности, которые будут постоянно сопровождать Зависимого (табл.4)

Таблица 4. Сопротивление или выздоровление

Сопротивление – Выздоровление
Болтливость, разговоры – Реальные действия
Обещания – Выполнение рекомендаций
Притворство, театральность – Честность, прямота
Жалость к себе – Уверенность в себе
Поучение других – Перенимание опыта у других
Надежда на возможность употребления – Надежда на нормальную жизнь без употребле-
ния
Агрессивное отношение к другим – Уважение
Саботаж выздоровления – Выполнение активностей выздоровления
Регрессия, полное прекращение выздоровления – Возврат к выздоровлению
Агрессивное отношение к программе выздоровления – Непредвзятость, поиск альтерна-
тивных путей выздоровления, создание нового плана

Психологические компоненты сопротивления

сопротивление со стороны «Сверх Я» (внутренний критик, вина, наказание, сопротивление успеху)
сопротивление психологу, его критика или отношение по типу: «Ну, попробуй меня излечи!»
сопротивление от первичной выгоды (снятие эмоционального напряжения)
сопротивление от вторичной выгоды
сопротивление со стороны Оно (зависимой части)»: своеволие, «хочу»

Сопротивления могут отражать защиты «уязвимого», рассерженного или «импульсивного» ребенка (рис.5).В этом случае проблема прорабатывается в индивидуальной терапии. Подробнее об этом см. в книге ДиФранческо и Редигера и Стивенса



Рисунок 5.Схема-терапия режимов и защит

Как осуществляются сопротивления?

- 1.Реакции бегства: опоздания, невыход на зарядку, размышление о сроках лечения, забывание тетрадки с планом и анализом дня, «гоняние» (вместо гонения!) тяги, подготовка «индивидуалки» вперед, молчание.
- 2.Реакции нападения: упорное доказательство своих аргументов, пикировка с психологом
- 3.Согласие во всем с психологом (чаще у алкоголиков)

Что делать, когда появляется сопротивление?

Терапевтический процесс – напряженный труд между принципом удовольствия и принципом реальности. Когда появляется сопротивление, необходим его анализ.

Описать начало.

Относительно чего направлено.

Индивидуальные механизмы защиты.

Конкретный план: вместо «мне 40 лет... зачем реабилитация? – мне надо больше, чем другим заниматься»

Определить последствия за отход от лечения

Саботаж – это разновидность отрицания болезни, проявляющаяся активным, сознательным сопротивлением лечебному процессу.

Пациент на занятиях говорит о чём угодно, только не о злоупотреблении ПАВ (психоактивными веществами) и не о своем заболевании. Например, об обеде, погоде, об личностных особенностях сотрудников клиники, пациентов и т. д.

Пациент выбирает из программы только то, что ему нравится. Например: «Мне нравится только групповая терапия, а самоанализ мне не нужен» и т. д.

Пассивное сопротивление – соглашательство «говорите, а я знаю лучше вас».

Отказ от какой-либо ответственности, игра в наивность, непонимание о чём идет речь.

Противопоставление себя другим пациентам «Геннадия бросила жена, а моя жена со мной не разводится».

Жалость к себе «Я больной человек, а вы меня на КГТ заставляете ходить».

«Профессиональный пациент» – лечившийся много раз и утверждающий, что знает всё о выздоровлении.

Пациент настраивает свою семью против специалистов программы. Семья начинает защищать и оправдывать больного, тем самым, снимая с него ответственность.

Пациент пытается создать вокруг себя атмосферу загадочности: «Это не относится к употреблению...», «Есть вещи, о которых я не могу вам рассказать...», «Это не моя тайна...» и т. д.

Пациент пытается организовать неформальные группы, противостоящие сотрудникам клиники.

Пациент активно мешает проводить занятия, пытается «сбить» с темы, перевести разговор на другую тему.

Пациент пытается завязать «дружеские» отношения с сотрудниками программы (желательно с руководителем), обещая всяческую помощь в решении проблем личного характера.

Пациент пытается «сравнить» между собой различных сотрудников клиники, например, с помощью лесты выделяет кого-либо из специалистов, или в жалобах искажает реальные действия и слова «обидевшего» сотрудника.

Пациенты оправдывают деструктивные действия других пациентов.

Пациенты злобно-иронично высказывают свое мнение о занятиях (специалистах).

Целеполагание. Планирование. Режим

Важным направлением реабилитации является обучение пациентов целеполаганию. Критериями правильной постановки цели могут быть следующие характеристики:

формулировка цели только в положительных (позитивных) терминах (чего я хочу, а не чего я не хочу);
точное знание достигнутого результата на уровне ощущений (как я узнаю, что достиг цели? Что увижу, услышу, почувствую в этот момент?);
ориентация на свои возможности (ставится цель не для окружающих, только для себя);
улучшение или сохранение положительного опыта нынешнего состояния (достижение цели не должно ухудшать сегодняшнее состояние);
обусловленность цели настоящим контекстом (в каких условиях цель желанна, а в каких нет);
реализация цели не должна наносить вред окружающим или самому человеку.

Кроме того, цель должна быть возможной (достижимой) для человека; практичной (глобальные цели следует разбивать на конкретно выполнимые шаги); ценной, т.е. необходимой тебе как таковая и в ее последствиях.

Планирование

С целью повышения показателей динамики поведения и успеваемости пациенты учатся планированию. Важно, чтобы планы были направлены на достижение предварительно определенных целей. Обучение планированию целесообразно проводить на практике. Так, пациентам полезно ежедневно к утреннему собранию составлять **план на день**, т.е. список дел, которые нужно выполнить в течение дня. Составив список, необходимо выделить приоритетные задачи. Пока Участник находится в Реабилитационном центре (отделении), его дела, обычно, заключаются в участии в программных мероприятиях: посещение занятий, консультация со специалистом, проведение хозяйственных работ, прогулка, завершение аналитического задания и пр. Но все же, остаются и личные дела, такие, как звонок домой, встреча с родными, разговор с кем-то из участников по какому-то важному поводу (разрешение спора, получение совета или обратной связи и т.д.). Впоследствии добавляются и социальные дела, такие, как домашний отпуск, собеседование для трудоустройства, восстановление документов, отметка в милиции и др. Мы рекомендуем тщательно планировать каждую социальную командировку. Например, собравшись в домашний отпуск, следует наметить для себя такие действия как просмотр телевизора, прогулка с кем-то из родных и т. д. Планировать нужно не только важные дела, но и досуг! Это позволит более интересно и насыщенно проводить время. На Итоговом собрании участники Программы отмечают, что из запланированных мероприятий было выполнено. Особо требуется уяснить, были ли выполнены приоритетные задачи, непосредственно связанные с целями реабилитанта.

Планирование и анализ результатов осуществляется на различных собраниях, на которых принимаются все важные решения.

План дня

Очень важная часть реабилитационного процесса – это научение правильному распределению времени, грамотной постановки целей и задач. Для того что бы эффективно работать над своим выздоровлением, необходимо учитывать каждую минутку своего времени и наполнять ее смыслом. Помощником в этом нелёгком деле послужит ПЛАН ДНЯ. Чёткое планирование позволит направить силы на полезные для твоего выздоровления действия. Кроме того, когда пациент постоянно занят, не остаётся времени на скуку и лень, которые могут привести к появлению тяги.

Итак, каждый вечер после подведения итогов минувшего дня, находясь в спокойной обстановке, подумай, что бы ты хотел получить от завтрашнего дня, над какой проблемой ты хотел поработать, какого изменения хотел бы достигнуть. Сформулируй чётко и запиши в тетради – это и будет твоей Целью на завтра. Дальше определи, что тебе необходимо для достижения своей цели, какие действия ты можешь предпринять сам, к кому обратиться за помощью. Как только ты запишешь их ниже, они станут задачами дня.

Следующий этап – это написание распорядка дня, в котором пациент должен учесть все детали, не должно остаться ни единой неучтённой минуты, когда бы мог позволить себе поленился. Здесь на реабилитации это сделать легче, так как существует распорядок отделения, но даже при этом реабилитант должен описать своё участие, свою активность в каждом мероприятии.

Первое время у тебя могут возникать трудности с написанием плана дня, но не пугайся этого, ведь ты всегда можешь обратиться за помощью к психологам и постепенно научиться самостоятельно, эффективно планировать свою работу. Это пригодится тебе потом в любой деятельности.

Утреннее собрание

День для пациента начинается с Утреннего собрания, которое проводит суточный психолог и руководитель отделения.

Задача утреннего собрания (УС) – сплочение группы и формирование активного рабочего настроения на день. Форма проведения собрания может быть различной, в зависимости от задач, которые ставят перед собой специалисты реабилитационной программы. Мы приводим сценарий собрания, который используем в своей работе:

1. План на день. Распорядок действий участников группы на день, который они сами себе составляют. Путем составления плана на день пациенты обучаются планировать свои цели и задачи, определять приоритеты, анализировать проблемы, мешающие достижению поставленных задач, завершать начатые дела и пр. Таким образом, несмотря на недостаточное разнообразие распорядка дня пациентов отделения и, соответственно, их планов на день, незаметно происходит процесс обучения и закрепления навыков самоорганизации.

2. Дневник чувств. Пациенты вслух зачитывают отрывок из своего дневника чувств. Согласно рекомендации дневники пишутся в течение всего дня: запись осуществляется, как только случается более-менее значимое событие, на которое реабилитант обращает внимание. Основная задача дневника чувств – научить участника отслеживать взаимосвязь своего эмоционального состояния и своих действий от событий во внешнем и внутреннем мире. Отслеживая и устанавливая такие взаимосвязи в настоящем, пациент учится управлять собой в рискованных и стрессовых ситуациях в будущем. В зависимости от количества участников, ведущий на Утреннем собрании может выбирать тех, кто прочтет свой дневник полностью (чаще всего новички программы и те, кто имеет проблемы с анализом и формулированием чувств), а кто ограничится только наиболее важными событиями.

Пример: Ведущий: «Кристина, прочти из дневника о двух негативных и двух позитивных событиях». Кристина: «В „курилке“ один из пациентов плюнул и случайно попал мне на ногу. Испытала возмущение, негодование. Сжались кулаки, покраснело лицо. Неприятно. Подумала: „Все козлы!“. Быстро потушила сигарету и ушла».

3. Фокус дня. Зачитывается ежедневник Анонимных наркоманов, который содержит много духовно-ориентированных рекомендаций. На основании содержания формируется фокус дня. Фокус не всегда совпадает с содержанием дневника на день. Акцент делается на экзистенциальной составляющей зависимости. Пример: Ведущий зачитывает тему ежедневника на текущий день и дает задание: «Сегодня фокус дня – что такое воля и своеволие». «Фокус дня» помогает реабилитантам концентрировать свое внимание на наиболее важной задаче сегодняшнего дня в частности, и на главной задаче ближайшего будущего – выздоровлении, в целом.

4. Напутствие. Напутствие демонстрирует своеобразное отношение к миру и к себе. Текст читает один из реабилитантов (назначается ведущим или вызывается добровольно). Концентрация на тексте Напутствия позволяет участникам увидеть свою ситуацию в более глобальном масштабе и осознать процесс реабилитации как фундамент для своей дальнейшей трезвой жизни. Приводим его текст.

Напутствие

Иди спокойно среди шума и суеты, помни, о том, какая благодать снисходит в тишине. Двигайся так далеко, насколько это возможно; не отрекаясь от самого себя, поддерживай хорошие отношения с людьми. Правду свою говори спокойно и ясно; слушай, что тебе говорят другие: ведь даже у дураков и невежд есть, что сказать. Остерегайся людей крикливых

и агрессивных: они травмируют твою душу. Если станешь сравнивать себя с другими, можешь стать тщеславным или озлобленным, поскольку всегда найдутся люди лучше или хуже тебя. Радуйся своим, успехам и планам. Вкладывай душу в свою работу, какой бы скромной она ни была. Она является вечной ценностью в изменчивых перипетиях судьбы. Будь осторожен в своих намерениях – мир полон обмана. Но пусть это не заслоняет от тебя понятия истинной чести: многие стремятся к возвышенным идеалам, и всюду жизнь полна героизма; не будь циничным с любовью, ибо только она перед лицом всеобщей черствости и горечи остаётся вечной, как жизнь. Относись спокойно к тому, что несут тебе годы, без сожалений отказываясь от утех молодости. Развивай силу духа, чтобы при неожиданном несчастье она стала тебе опорой. Но не терзай себя муками воображения. Много страхов рождается от усталости и одиночества. Не забывая о дисциплине, будь добрым к самому себе. Ты – дитя космоса и поэтому имеешь не меньше прав, чем звёзды и деревья, находиться здесь; ясно тебе или нет, но не сомневайся в том, что мир таков, каков он есть. Живи в мире с Богом, чтобы ты ни думал о Его существовании, и чем бы ты ни занимался, и к чему бы ни стремился; в шуме улиц и хаосе жизни сохраняй душевный покой. Несмотря на весь обман, тяжкий труд и рухнувшие надежды – всё же этот мир прекрасен. Будь внимательным и постарайся быть счастливым.

5. *Заявки, проблемы сообщества.* Данная часть собрания посвящена обсуждению бытовых, хозяйственных и организационных вопросов, таких как, дежурства, прогулка, заявки на консультацию со специалистами, внеочередные встречи с родственниками, телефонные звонки, нарушения режима, конфликты и пр. Пример: Психолог: «Ваши заявки?». Вася: «У меня заявка на прогулку и звонки вечером».

После окончания утреннего собрания дежурный психолог вместе со старшим психологом принимают решения по поводу принятых заявок и произошедших нарушений.

В качестве трудотерапии староста группы распределяет участников на уборку. Проверка хозяйственных работ осуществляется старостой совместно с дежурным психологом.

Итоги дня (ИД)

Просто написать план дня еще не достаточно, необходимо четко выполнять задачи для достижения цели и следовать распорядку дня. К сожалению, не всегда все будет удаваться так, как запланировано заранее – и в конце дня необходимо проанализировать причины, по которым произошло отклонение от плана, определить свою роль в этом, что ты мог сделать, но не сделал, и что послужило причиной твоему бездействию.

Итоговое собрание призвано помочь подытожить свои результаты за прошедший день. На этом собрании пациенты учатся анализировать свои достижения и неудачи, принимать благодарность и критику, давать обратную связь. Итоги дня может проводить социальный работник-консультант. Собрание проводится по стандартной схеме:

Приветствие, замечания. Участники группы делают друг другу и себе замечания (для этой цели обычно используются записи из дневника чувств). Пример: «У меня замечание Васе, за то, что он ругался матом. Это вызвало у меня раздражение и возмущение». «У меня замечание себе за то, что спал днем, это мне навредило тем, что я проспал группу домашних заданий».

Благодарности. Участники группы благодарят друг друга. Пример: «Коля, я тебе благодарен за то, что ты меня сегодня разбудил вовремя». Если участники не выражают благодарности, то ведущий показывает пример: «Зависимый благодарен, пока он трезвый. Поэтому я благодарю Васю за то, что он веселый, а Колю за то, что он добрый».

Анализ плана на день. Участники зачитывают, что удалось сделать, а что нет и почему. Пример: «Сегодня я не позвонила маме, из-за полученного последствия за нарушение (пропустила терапевтическую группу, потому что спала и не слышала, как позвали на занятие). Итого: пять плюсов (завершенных дел) и один минус (незавершенное дело)».

Анализ дня должен быть наполнен чувствами, отмечен, за что может себя похвалить пациент, какими своими действиями он недоволен, что хотел бы сделать иначе. Если цель дня не достигнута или достигнута не в полной мере, необходимо перенести ее на завтра, проанализировав факторы, которые тебе помешали сегодня.

«День прошел не зря». Данный пункт собрания направлен на формирование позитивного мышления, так как каждый участник отмечает свои достижения за прошедший день. Пример: «Я сегодня выпалась, получила новое домашнее задание, беседовала с психологом, ко мне приходила мама. Сегодня я чистая, трезвая и благодарная!».

Чувства «здесь и сейчас». Если по ходу Итогового собрания у кого-то из участников возникло и осталось негативное чувство, то предлагается его отреагировать.

Ежедневное подведение итогов необходимо для обучения реабилитантов анализировать совершенные действия, определять значимость и влияние различных событий на свое поведение, и, в целом, структурировать собственную жизнь. Представим примерную схему ИД:

Произвести анализ реализации планов прошедшего дня (что было выполнено, что – нет и по какой причине)

Перечислить наиболее значимые эмоциональные переживания в течение дня из Дневника чувств;

Озвучить благодарности и замечания себе и другим, опираясь на события прошедшего дня.

Выборочно зачитать фокус дня

Дневник чувств

Это методика повышает уровень осознания пациентами своих переживаний, развивает навыки узнавания и дифференцирования эмоций, позволяет выявлять причинно-следственную связь между эмоциями, мыслями и действиями пациента.

Дневник чувств, используемый на протяжении всей реабилитации, позволяет эффективно анализировать актуальное эмоциональное состояние (табл. 5). Рекомендуется отталкиваться от эмоции, испытываемой в настоящий момент, для установления причинно-следственной связи с какой-либо ситуацией. Следует отметить, что эмоция не обязательно может быть связана с событием из внешнего мира, но и, например, может быть результатом воспоминания, фантазии, – того, что можно назвать «внутренним» событием:

Чувства, ощущения	События внешние/ внутренние	Желания	Мысли	Действия
Что я чувствую? Что и где ощущаю в теле?	С чем это связано?	Что я хочу по этому поводу?	Что я думаю по этому поводу?	Что я делаю?
Злость. Сжаты кулаки, стиснуты зубы.	Конфликт с Сергеем во время хозработ	Ударить Сергея	Если я его ударю, то у меня будут неприятности	Сдерживаю себя. Пишу дневник чувств.

Таблица 5. Дневник чувств

Дневник чувств работает с переживаниями «здесь и сейчас» и способствует повышению уровня осознания. По сути, работа с Дневником чувств является *способом конструктивного отреагирования эмоций, эффективно используемой паузой между стимулом (событием) и реакцией пациента.*

Дневник чувств целесообразно вести в течение дня для повышения уровня осознания.

Систематическая работа с чувствами формирует материал для работы с эмоциональной сферой: развитие эмоционального интеллекта пациентов и формирование эффективного способа совладания со стрессом.

Тема взаимоотношений с собственными чувствами важна для всех. Как известно, психоэмоциональное развитие больных химической и нехимической зависимостями останавливается в тот момент, когда начинается употребление. При этом интеллект и социальные связи пока не страдают. Это значит, что зависимый может продолжать деятельность, занимать значимое положение в обществе, до какой-то степени быть успешным, но чувства – это то, с чем он не справляется.

Пытаться бороться, не замечать свои собственные эмоции и переживания – это верный способ умножить свои страдания, запутаться в проблемах и потерять душевный покой. Сделав свою жизнь невыносимой, человеку пытающемуся выздороветь от алкоголизма или наркомании, не остается ничего иного как снова возобновить употребление. И поэтому работа

с собственными чувствами, их распознавание, отслеживание и, наконец, сообщение о них окружающим являются важными задачами реабилитации. Дневник чувств поможет: научиться различать собственные чувства и с их помощью глубже познать самого себя; осознать свои реакции и поступки, а значит, получить возможность изменить поведение, которое мешает наладить взаимоотношения с другими людьми. Так как у пациентов на начальном этапе бывают проблемы с формулированием эмоций и чувств, специалисты им выдают своеобразную «шпаргалку» со списком чувств, такой же плакат висит на стене (табл.6).

ЭМОЦИИ И ЧУВСТВА					
ГНЕВ		СТРАХ		ТОСКА	
безучастность	агрессия	раздражительность	жалость	жалость к себе	печаль
обида	надменность	ужас	сострадание	горе	озлобление
недовольство	бешенство	нерешительность	зависть	разочарование	апатия
ярость	одиночество	испуг	нервозность	боль	равнодушие
враждебность	неприязнь	неуверенность	тревога	предательство	горечь
злость	отвращение	злость	боязливость	обида	отвращение
раздражение	нервность	безнадежность	смятение	одиночество	уныние
ирония	холодность	боязнь	отвращение	тоска	поражение
униженность	злорадство	растерянность	опасение	раздражение	скорбь
унижение	равнодушие	паника	омерзение	грусть	огорчение
неистовость	нетерпение	беспокойство	волнение	тоскливость	унижение
	ненависть		ненависть		
РАДОСТЬ			СТЫД		
заинтересованность	торжественность	умиротворение	благодарность	растерянность	
покой	смирение	облегчение	наслаждение	ущербность	
восторг	радушие	озарение	спокойствие	неловкость	
доброжелательность	сопричастность	сопереживание	возбуждение	стеснение	
тепло	общность	довольство	подъем духа	сожаление	
доверие	нежность	благодать	искренность	раскаяние	
взволнованность	удовлетворение	взвинченность	уверенность в себе	унижение	
любовь	удивление	вожделение		смущение	
веселье	симпатия	единство		вина	
ответственность	воодушевление	сердечность			
обожание	интимность	уверенность			
надежда	лёгкость	волнение			

Таблица 6. Эмоции и чувства

Рекомендации по написанию дневника чувств

Для того чтобы писать дневник нужно:

1. Ручка, тетрадка
2. Таблица чувств
- 3 Желание выздоравливать

Для облегчения выражения чувств и реакции тела пациентам предлагаются следующие памятки (табл.7, 8)

Радость	Гнев	Этих чувств нет
Заинтересованность восторг	покой	
Доброжелательность доверие	тепло	Безучастность обида
Взволнованность веселье	любовь	Недовольство ярость
Ответственность надежда	обожание	Враждебность ирония
Торжественность радушие	смирение	Раздражение унижение
Сопричастность нежность	общность	Униженность агрессия
Удовлетворение симпатия	удивление	Неистовость бешенство
Воодушевление легкость	интимность	Надменность неприязнь
Умиротворение озарение	облегчение	Одиночество нервность
Сопереживание благость	довольство	Отвращение
Взвинченность единство	вожделение	Холодность
Сердечность волнение	уверенность	Злорадство
Благодарность спокойствие	наслаждение	Равнодушие
Возбуждение искренность	подъем духа	Нетерпение
		Ненависть
		Зеркальность
		Понимание
		Не понимание
		Дискомфорт
		Интерес
		Внимание
		Тяга
		Скука
		Лень
		Сарказм
		Подавленность
		Желание

ГОЛОВА	тело
Брови сдвинуты, приподняты	Тело расслаблено
Морщю лоб	Мурашки по телу
Горят щеки, лицо, уши	Кулаки сжаты
Улыбаюсь	Суежливые движения
Взгляд в одну точку	Мышцы напряжены
Глаза бегают	Вспотели ладони спина, тело, спина и т.п.
Сжимаю челюсти	Жар в груди, спине, лице и т.п.
Зеваю, потягиваюсь	Учащенное сердцебиение
В глазах туман	Гудит в желудке
Щурю глаза	Дрожь в ногах теле и т.п.
Сухость во рту	Переминаюсь с ноги на ногу
Глаза слипаются, слезятся	Тяжесть в ногах, голове, груди и т.п.
Нервный тик в виске, щеке и т.п.	Напряженная спина, шея, тело
	Учащенное, затаенное дыхание

Таблица 8. Возможные реакции тела

Самоанализ может быть предложен в качестве альтернативы домашним заданиям.

Мой ежедневный самоанализ

Помните, что это программа развития выздоровления, и если вы обошлись сегодня без алкоголя и наркотиков, значит, что-то вы сделали правильно.

Опиши подробно эти ситуации.

1. Удалось ли мне сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?

2. Замечал ли я сегодня у себя...?

Негативное мышление и разрушительные чувства (отрицание, недоверие, злость, злорадование, ненависть, зависть, страх, отчаяние, жалость к себе...);

Навязчивые желания и мысли, одержимость;

Заранее настраивался на результат;

Беспокойство о будущем, прошлом;

3. Какие отрицательные черты проявлялись в моих сегодняшних поступках, наносил ли я вред себе и окружающим?

Своеволие

Лень

Нечестность

Жадность

Эгоизм

Эгоцентризм

Осуждение

Оскорбления

Неуважение

Манипуляции

Праздность

4. Обвинял ли я кого-нибудь в моих сегодняшних действиях?

5. Кто те люди в моей жизни, которым я доверял сегодня?

6. Признал ли я перед кем-нибудь свои ошибки сегодня?

7. Важно ли для меня было сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?

8. Что я сделал сегодня против своего желания?

9. За что я могу себя похвалить?

Новые привычки (вовремя вставать, холодный душ, зарядка, приготовление себе еды, выполнение домашних обязанностей и т.д.)

Бескорыстные поступки

Добросовестная работа

Ответственность

Самообразование

10. Что принесло радость, удовольствие?

Интересное общение

Активный отдых

Интересные открытия, книги, информация

Спорт

Подарки себе и другим

11. Какие хорошие качества ты сегодня в себе видишь?

12. Кому и за что я могу сегодня быть благодарен?

Люди

Высшая Сила

Судьба

13. Замечал ли я сегодня у себя позитивное мышление.

14. Что меня сегодня отдаляло от употребления, а что приближало?

P.S. Не умолчал ли я о каком-то событии, о котором непременно должен был посоветоваться с психологом?

Итоги недели (ИН)

Итоги недели предназначены для формирования тех же навыков у пациентов, что и Итоги дня. Благодаря ИН реабилитанты отслеживают динамику своего эмоционального состояния и поведения в течение более длительного времени, чем 1 день. Для зависимых, в большинстве своем живущих одним днем, неделя – это достаточно серьезный временной интервал. Подведение итогов за такой период позволяет пациентам структурировать и стабилизировать свою жизнь. Схема проведения ИН может быть аналогична ИД или, по желанию специалистов Реабилитационного центра, включать дополнительные пункты. Например, если Итоги недели проводятся в пятницу, то на собрании можно уделять время для разбора планов пациентов, собирающихся в домашний отпуск на выходные дни.

Необходимо описать состояния, наблюдения; сделать выводы и осмыслить произошедшие с тобой события, полученные знания, информацию, отследить привычки.

Попросту – «включи голову»!

Форма проведения:

1. Пять негативов (за неделю)

В форме экспресс-анализа с выводами:

описание ситуации (Когда я...)

три чувства.

что подумал?

что готов был сделать?

что сделал?

что было предпочтительнее?

Вывод:...

2. Пять позитивов (за неделю)

описание ситуации (Когда я ...)

три чувства – преобладающее чувство (1)

что для меня это значит...

3. Что делал в реабилитационном центре по программе?

4. Что нового и хорошего узнал за неделю?

5. Конфликт: Когда я... (три чувства)

я подумал...

я хотел сделать...

что сделал...

чего хотел добиться...

чего добился... (три чувства)

вывод:...

6. Хит-парад чувств (не менее 5 чувств)

7. Замечание: Кому, за что (событие), три чувства.

Чем навредило мне или группе?

8. Цели и планы на неделю (не менее пяти конкретных целей)

9. Благодарности за неделю: Людям, Себе, Высшей Силе (конкретно).

Психообразовательный подход

У зависимых отсутствуют знания о жизни, навыки коммуникации, поэтому психообразовательный подход, коммуникативные тренинги используется на протяжении всех этапов реабилитации.

Лекции

Лекции о выздоровлении, проводимые врачами и психологами, содержат информационный блок о принципах реабилитации, о симптомах психической зависимости и способах их преодоления, о действиях, направленных на профилактику рецидива, о семейных аспектах наркомании, сопутствующих инфекционных заболеваниях и пр. В зависимости от специалистов и их интересов, содержание лекций может варьироваться, поэтому мы решили не приводить текстов, а ограничились лишь темами.

Темы лекций врачей, психологов, социальных работников-консультантов

Зависимость как био-психо-социо-духовное расстройство
Этапы реабилитации. Этапы выздоровления
Биохимия зависимости
Признаки психического здоровья
Неуправляемость и бессилие
Выздоровление как стиль жизни
Установка на лечение
Созависимость
Соппротивление лечению
Понимание гнева
Ревность
Здравомыслие
Дефекты характера
Дисфункциональная семья
Честность и как это помогает в выздоровлении
Саботаж лечения
Напряжение и стресс
Своеволие и воля
Любовь к себе и принятие себя
Самооценка
Соппротивление и отрицание
Срыв как часть выздоровления
Защитные механизмы личности
Экзистенциальные аспекты выздоровления
Ресурсы выздоровления
Любовь или зависимость
Мой внутренний ребенок
Кризисы и триггеры
В Приложении 7 приведены примерные конспекты некоторых лекций
Примеры медитаций описаны в Приложении 8

Методы стимуляции творческой активности

Важным условием развития креативности является участие пациентов в принятии решений по вопросам жизни терапевтической группы: организация досуга и праздников, решение проблемных и конфликтных ситуаций, определение взысканий и поощрений, планирование и подведение итогов, знакомство с новыми участниками и проводы выпускников Программы, и т. д. Совместные собрания и обсуждения приучают реабилитантов брать на себя ответственность за результат дела и стимулируют творческий подход в разрешении различных ситуаций.

Арт-анализ и арт-терапия

В ситуации с пограничными пациентами, как показывает опыт, свободные ассоциации, интерпретации примитивных форм психологической защиты у них не всегда дают позитивного эффекта, а, иногда, ухудшают состояние.

Одним из альтернативных методов работы является *арт-терапия*. Методики арт-терапии базируются на том, что внутреннее Я человека отражается в зрительных образах, когда он рисует, не задумываясь о своих произведениях, т. е. спонтанно. Выражение своих переживаний на языке образов и символов является наиболее адекватным для пациентов с психологическими нарушениями, сформированными в самых ранних довербальных периодах индивидуального развития. Когда неосознаваемые психические переживания невозможно объяснить словами, их можно выразить с помощью зрительных образов, минуя цензуру сознания. При этом эмоциональная безопасность обеспечивается тем, что процесс рисования создает условия для социально приемлемого выражения негативных и агрессивных эмоций (периодически переполняющих этих пациентов) посредством механизмов так называемого *графического отреагирования*. Техника свободных ассоциаций с помощью визуализации является идеальным инструментом для получения материала о вытесненном или приобретенном на очень ранних стадиях развития опыте, так же как и механизм переноса является прекрасным способом адаптивной реконструкции такого опыта. Она дает возможность получить от пациента первичный символический материал в достаточно безопасной форме.

В этом случае, ее лучше называть *арт-анализом*, так как она представляет собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии.

Отличие от аналитической техники свободных ассоциаций, *арт-анализ* позволяет проводить методику свободных ассоциаций без разделения образных представлений вербальными интерпретациями. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для пациентов), «выйти» на фокусную проблему пациента (ядерную конфликтную тему отношений), удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил вербализовать для психотерапевта. В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном Я, его выхоленные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно с включением механизмов ранних объектных отношений, а эмоциональное отреагирование – в безопасных границах переноса на объект рисования, а не на психотерапевта. Таким образом, удастся осуществить большую часть этапов аналитической процедуры, избегая опасности активизировать незрелые механизмы психологической защиты. По сравнению с другими арт-терапевтическими техниками, арт-анализ позволяет более точно и менее спекулятивно идентифицировать и невротические проблемы, затрачивая при этом минимальное время на проведение психотерапии.

В процессе арт-анализа возникают ситуации психологического сопротивления проводимой терапии, которые проявляются следующим образом:

в отказе рисовать потому, что пациент:

не умеет рисовать;

не знает, что рисовать;

устал;

не понимает, зачем все это надо;

в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;

в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);

в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации пациенту необходимо объяснить, что качество рисунка не имеет значения, и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить некоторые детали предыдущего рисунка, либо нарисовать, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство специалиста в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

С содержательной или, лучше сказать, с психодинамической стороны можно выделить следующие этапы арт-аналитической процедуры:

- экстернализация интроецированного объекта;
- перенос на «экстернализированный» объект;
- серия переносов в манере свободных ассоциаций на последующие экстернализируемые объекты;
- неосознанная проработка динамики анализируемой ситуации;
- достижение эго-дистонности пациента во время терапии: появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я», проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией на рисунке (появление рисунков с социальной динамикой);
- изменение эмоционального отношения к значимым символическим объектам.

В работе с аддиктами арт-анализ облегчает диагностику проблем у пациентов, обладающих слабой вербализацией. В российской психотерапевтической практике эту методику нередко именовали как проективный рисунок, используемый в «фазе ориентации» групповой психотерапии.

Так, пациентка А. (рис.6) в задании нарисовать или представить свою зависимую часть (портрет, фигуру, схему-как угодно) изобразила её в виде мандалы, (которую подобрала из книги антистрессовых раскрасок), где сверху нарисованы глаза (маски), а в центре «костер гнева» (ярко-красным цветом), который символизировал её повышенную агрессивность. (Если приглядеться картина напоминает краба). В поведении на отделении она цеплялась к любому слову, реплике, которые, как её казалось, угрожали её самоуважению. В последующей психодраме она заявила тему «боюсь быть слабой женщиной». Началась глубинная работа над нарушенными объектными отношениями. К концу срока пребывания на реабилитации стала значительно спокойнее, легче выдерживала критику, повысилась самооценка.



Рисунок 6. Зависимая часть в виде мандалы

Арт-терапия позволяет пациентам самовыражаться, анализировать и отреагировать чувства с опорой на символы. Методики арт-терапии широко освещены в литературе, и мы не останавливаемся на них в данном учебнике.

Подробнее об арт-анализе можно прочитать в книге

С. А. Кулаков «Практикум по психотерапии психосоматических расстройств» и «Психосоматика» (Ридеро, 2019)

Мозговой штурм

Мозговой штурм – оперативный метод решения проблемы на основе стимулирования творческой активности, при котором участникам обсуждения предлагают высказывать как можно большее количество вариантов решения, в том числе самых фантастичных. Затем из общего числа высказанных идей отбирают наиболее удачные, которые могут быть использованы на практике. Так, например, его можно использовать при работе с негативными автоматическими мыслями.

Негативные и ПОЗИТИВНЫЕ автоматические мысли

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает предвосхищать проблемные реакции в определенных условиях. Однако при выявлении иррациональных убеждений, пациентов с зависимостью от ПАВ, стоит учитывать следующие характеристики мышления: мысли возникают очень быстро; мысли жесткие, негибкие; дихотомический тип мышления («все или ничего»); свехобобщение. Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ: мысли об отказе «наркотики не являются проблемой»; наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы; низкая толерантность к фрустрации; дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой; преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать; чувство вины, и стыд за то, что я – наркоман. При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник, описанных в учебниках по когнитивно-поведенческой терапии, основной техникой является – дискуссия. Позитивные автоматические мысли – это мысли о безопасности разового употребления или пропуске группы взаимопомощи.

Приводим примеры **иррациональных убеждений и рациональных альтернатив** после диспута

Употребление наркотиков никогда не было для меня проблемой, даже если я мог потерять контроль

Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, это приведет к срыву.

Я могу прекратить употребление в любой момент, просто не хочу.

Употребление ПАВ происходит не зависимо от желаний, поэтому прекратить употребление без сторонней помощи и собственных усилий практически невозможно

Мне нужно употреблять наркотики, чтобы расслабиться

Есть много способов для снятия напряжения без помощи наркотиков. Я не хочу употреблять наркотики для расслабления.

Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.

Приведи доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастья и из-за этого употребляют наркотики

Если я перестану употреблять наркотики, я увижу, что моя жизнь ничего не стоит. Я приду туда, откуда все началось, и пойму, что я наркоман и всегда буду наркоманом.

Неудачи и срывы бывают у каждого, но мы можем восстанавливаться. Срыв может показать мне, в каком направлении мне нужно идти и что делать теперь. Это мой выбор.

Кинотерапия

Смысл кинотерапии состоит в использовании фильма с целью выражения и отреагирования чувств, мыслей и желаний зрителей (пациентов). Поэтому истинным объектом анализа является не сам фильм, а то, что его содержание вызывает в пациенте, отчего рождается другой фильм – фильм зрителя. Насколько человек эмоционально захвачен фильмом, настолько он обладает инструментом сравнения, позволяющим раскрыть себя самому себе. Пациент получает возможность увидеть и понять собственные конфликты через идентификацию с образом героя картины и проекцию сюжетной линии на собственную жизнь. Очень важно проводить обсуждение фильма. Подборка фильмов осуществляется заранее и согласуется с командой специалистов.

Сопровождение семей пациентов в стационаре

Первую семейную встречу рекомендуется проводить перед включением пациента в мотивационную группу. При этом психолог преследует две цели:

диагностическую – исследование семейной ситуации пациента: отношение членов семьи к пациенту; тип воспитания; степень информированности родственников о проблеме зависимости; отношение близких к проблеме; степень готовности к активному участию в реабилитационном процессе и к соблюдению рекомендаций специалистов. Результаты диагностической беседы используются при составлении индивидуального плана лечения.

информационную – ознакомление родственников с условиями, этапами и длительностью реабилитационной программы, расписанием занятий и распорядком дня в отделении.

На семейной встрече реализуются следующие задачи:

вовлечение ближайшего окружения пациента в лечебный процесс;
разделение ответственности за результат лечения между лечебной командой и родственниками;
помощь родственникам в формировании эффективной позиции по отношению к пациенту, пресечении манипулятивного и шантажного поведения пациента.

Вторая семейная встреча – итоговая – назначается, когда пациент сдает все задания основного списка мотивационных заданий. Итоговую встречу обычно проводит психолог, но если у пациента на первом этапе возникали нарушения и проблемы, препятствующие его переводу на следующий этап, то на встрече присутствуют и другие специалисты.

Организационные собрания

Максимальное вовлечение реабилитантов в организационный процесс в рамках терапевтического сообщества позволяет повысить их ответственность за собственное выздоровление

Философия

терапевтического сообщества

Мы пришли сюда, потому что нам некуда больше бежать от самих себя.
Я убегаю, пока не увижу себя в глазах и сердцах других.
Пока я, преодолевая боль, не открою им мои секреты, мне не скрыться от них.
Пока я боюсь открыться, я не могу познать ни себя, ни другого.
Пока я боюсь открыться, – я одинок.
Где, кроме того как среди таких, как я смогу ли найти свое отражение?
Здесь я, наконец, могу увидеть себя таким, какой я есть:
Не как великана, каким я мечтаю быть,
Не как карлика, каким делает меня мой страх,
Но как личность, как часть целого, имеющую свое предназначение.
Здесь я могу найти благодатную почву для роста.
Я больше не смотрю в глаза смерти в полном одиночестве —
Я живу для себя и для других.
Мы больше не смотрим в глаза отчаяния в полном одиночестве, – мы живем для себя и для других.

Поэтому регулярные организационные собрания проводятся не только со специалистами, но и с участниками программы. Различаются лишь цели и форма проведения собраний.

Организационное собрание пациентов

Проводится 1 раз в неделю по понедельникам. Имеет следующие цели:

Вовлечение пациентов в процесс организации терапевтической среды.

Разделение ответственности за результат.

На этом собрании принимают участие пациенты как мотивационной, так и основной групп. Собрание ведет психолог или волонтер, имеющий подготовку.

Начинается с пожеланий пациентов и предложений, связанных с изменением бытовых условий (переселение в другую палату, индивидуальный режим и др.), режима дня (время и частота прогулок, посещения родителей) и занятиями реабилитационной программы (просьбы перевода с одного этапа на другой, выполнение ответственных ролей, вопросы, связанные с успеваемостью). Если пожелания и вопросы разрешаются на месте, то решение принимается на собрании, а в случае необходимости привлечения других специалистов в решении данного вопроса или для удовлетворения пожелания, решение откладывается до следующего организационного собрания.

Следующим пунктом организационного собрания является обсуждение проблемных ситуаций, возникших в течение недели (нарушение пациентом режима: нахождение в «курилке» после отбоя). Выясняется мнение пациентов, они дают обратную эмоциональную связь по данному событию. Пример: «Я испытываю недовольство и раздражение, когда кто-то из пациентов идет курить после отбоя. У меня тоже возникает желание иногда курить после отбоя, но я с ним борюсь. Когда я вижу, что другие потакают своим желаниям, я чувствую, что для меня это небезопасно, потому что провоцирует меня».

После обсуждения проблемной ситуации ведущий озвучивает решение в отношении нарушителя – даются предписания, помогающие пациенту справиться с проблемной ситуацией (например, в течение недели пациент, куривший после отбоя ложиться в кровать на 15 минут раньше, чем остальные и др.).

Новости – ведущий информирует пациентов о тех изменениях, которые затронут терапевтическую группу на предстоящей неделе (изменение режима, расписания, бытовых условий и пр.).

Выслушиваются предложения пациентов по чтению лекций, тренингов, просмотру терапевтических фильмов.

Награждаются лучшая палата и лучший дежурный.

Дается оценка работе старосте и физоргу, проводятся перевыборы или они оставляются еще на один срок (формирование ответственных ролей).

Организационное собрание специалистов

Работа с персоналом помимо супервизии включает в себя регулярное проведение организационных собраний. Так как реабилитационная программа реализуется в формате терапевтического сообщества, то пациенты играют существенную роль в организации терапевтической среды.

Собрание проводит старший психолог отделения в групповой форме, один раз в две недели и преследует две цели.

Организационная – усовершенствование взаимодействия между специалистами реабилитации, взаимодействия с пациентами, с родственниками и с другим медицинским персоналом отделения.

Коммуникационная – сплочение коллектива, разрешение конфликтных ситуаций между специалистами реабилитационной программы, распределение и перераспределение ответственности, улучшение условий труда и эмоционального климата коллектива.

Типичные темы и повестки дня:

Обсуждение результатов за предыдущий период – позитивные изменения, эффективные методы работы, положительные примеры разрешения трудных ситуаций, организационных и коммуникационных вопросов

Анализ сложных ситуаций за прошедший период, обсуждение влияния этих проблем на коллектив реабилитационной программы в частности, и на организацию работы отделения в целом.

Поиск решения проблемной ситуации. При обсуждении сложных вопросов учитывается мнение каждого члена коллектива, который прямо или косвенно задействован в проблемной ситуации, а также тех специалистов, которые не были в нее вовлечены и способны дать более адекватную оценку данной ситуации. При этом надо различать проблемные ситуации по способу их решения: внутренние и внешние. Внутренние проблемные ситуации разрешаются с помощью ресурсов самого коллектива реабилитационной программы. Внешние проблемные ситуации требуют вмешательства других сотрудников отделения или даже больницы (медицинский персонал, руководитель отделения). Поэтому задача старшего психолога при обсуждении конфликтных ситуаций – сориентировать в выборе способа решения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

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

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