

ВОЗМОЖНОСТИ КОГНИТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Е.СИМОНОВА*

Каждый раз, когда я иду на работу от метро “Кузьминки” мимо табачно-алкогольных ларьков, окруженных со всех сторон мрачного вида, синюшными алкоголиками, прохожу мимо оптового рынка, из ворот которого деловито выбегают молодые кавказцы с суженными от героина зрачками, и вхожу в дверь моего кабинета в Наркологическом диспансере № 6, меня неизменно посещает одна и та же мысль: я не устаю удивляться строгой непреложности закона жизни химически зависимых людей, стереотипности и ригидности их ежедневного “танца”, узости спектра их поведенческих проявлений. И всякий раз, проводя первичный прием пациента, будь он “в миру” инженер или бандит, студент или безработный, мать семейства или проститутка, я слышу однообразную когнитивную мелодию болезни: жесткие аккорды императивности, лейтмотив навязчивой реализации приобретенной потребности, повторяющуюся тему катастрофичности восприятия жизни, бескомпромиссность оценочного аккомпанемента. Воистину когнитивная и поведенческая несвобода – самое ядро аддиктивного поведения и его клинических форм: алкоголизма и наркомании.

В данной статье мне хотелось бы рассказать о некоторых аспектах работы с химически зависимыми пациентами – об использовании когнитивно-поведенческого подхода в их психотерапии. Парадоксально, но именно об этом подходе существует мнение как о наиболее скромном, даже скучноватом: нет в нем ни блеска психосуггестивных методов, ни вихря психоаналитических бурь, – но, между тем, без него не обходится повседневная психотерапевтическая работа многих и многих специалистов, особенно в области психотерапии зависимостей. К сожалению, размеры статьи позволяют лишь достаточно бегло очертить несколько направлений работы в рамках когнитивно-поведенческого подхода:

- 1) с проблемой химической зависимости;
- 2) с другими проблемами у химически зависимых пациентов;
- 3) с семьями химически зависимых пациентов.

* *Симонова Е.М.* – психолог Наркологического диспансера № 6, научн. сотр. НИИ наркологии, сотрудник муниципальной программы «Наркостоп».

С медицинской точки зрения, согласно определению ВОЗ, “зависимость – психическое, а иногда также соматическое состояние как следствие приема психотропной субстанции. Оно характеризуется нарушением поведения и другими расстройствами, включающими стремление принимать эту субстанцию постоянно или периодически для достижения психического эффекта...” (*Психиатрия*, 1999). В этом определении обращают на себя внимание три составляющих: зависимость – это “*нарушение поведения*”, кроме того, это – “*расстройство, характеризующееся стремлением*”, а цель поведения (стремления) – “*достижение психического эффекта*”, т.е. измененного состояния сознания. А измененное состояние сознания способно как привносить желательные (позитивная часть), так и убирать нежелательные (негативная часть) ощущения, чувства, мысли.

Согласно теории когнитивной психологии, воздействуя на мысли, можно изменять чувства человека и его поведение. При работе с химически зависимыми пациентами подобный подход используется в двух планах: во-первых, выявляется, из чего состоит “стремление” к наркотику и алкоголю, во-вторых, проясняется, каких желательных психических эффектов хочет достичь пациент и, еще важнее, от каких – избавиться.

Структура “стремления” выявляется практически постоянно во время работы, т.к. наркоманы и алкоголики, используя мощные защитные механизмы, особенно успешны в неосознавании “автоматических мыслей”, предшествующих употреблению психоактивного вещества. Эта работа начинается исподволь, на примерах других пациентов. Например, пациенты-наркоманы получают для домашнего задания следующий текст с просьбой определить, когда, собственно, началось “стремление” или “тяга” к героину у героя истории.

Евгений: Я смущен и расстроен. Я принял вчера дозу. Не спрашивайте, почему. Я и сам не знаю. Вовсе не потому, что хотел этого. День начался хорошо. У меня было отличное настроение. Я решил пройтись по магазинам. Все, что я хотел, это купить себе новую рубашку... Чтобы дойти до магазина, нужно было пройти мимо места, где я когда-то употреблял. Поверьте, я и не думал о том, чтобы “вмазаться”. И вообще там даже поблизости не продаются наркотики. Но когда я стал подходить к месту, я испытал сильный “импульс”, вспомнилось былое. Поэтому, когда ко мне подошли двое и спросили, ищу ли я что-нибудь, я сказал “не совсем”. Зачем я стоял на углу и ждал? Потом один парень достал косяк и мы “дунули”. Я даже не мог представить, что будет дальше. Но уже через час “раскумарился” вместе с ними и т.д.

(Пример 1)

Большинство пациентов в качестве *начала тяги* отмечают эпизод с “косяком” или “импульс”, и тогда терапевт просит их представить, как это

произошло с ними, как бы реконструировать в воображении это злосчастное утро. С помощью психотерапевта пациенты “просыпаются, умываются, завтракают, размышляя, чем бы сегодня заняться, решают купить рубашку для работы или свиданья, или дискотеки, думают, в какой магазин пойти. Одни говорят: “Пойду в ближайший”. Но чаще:

- Пойду в то место, которое знаю.
- Откуда ты его знаешь?
- Ну, я там часто бывал.
- Зачем?
- Там поблизости живут мои друзья.
- Какие друзья?
- Сначала мы учились в школе, потом вместе “мутили”.
- Ты думаешь о них?
- Да, я думаю: как там они? Уже “вмазались” или “мутки идут”? Интересно, они знают, что я “соскочил”? и т.д.

(Пример 1)

Таким образом, озвучивая ход своих мыслей, химически зависимые пациенты яснее понимают, как формируется это загадочное “стремление”.

На следующем этапе им предлагается прочитать список опасностей, грозящих срывом:

1. Бывать в местах, где Вы раньше получали “кайф”, встречаться с наркоманами, видеть наркотики.
2. Негативные чувства: злость, печаль, одиночество, вина, страх, нетерпение и т.д.

Новое задание требует проранжировать эти ситуации по степени опасности для себя. На занятиях обсуждается, какие мысли и чувства возникают у пациентов при встрече с этими опасностями.

Для большего прояснения данной стороны проблемы и преодоления отрицания болезни часто используются ролевые игры. Вот пример работы с одним из пациентов.

Максим. 22 года, студент. Диагноз – опиоидная наркомания второй степени. Стаж употребления наркотика – два года; проходил курс лечения в анонимном кабинете НД №6, прошел детоксикацию; после четырех сессий с психологом и месяца “чистоты”, сорвался. Вернулся к занятиям после срыва.

- Я не понимаю, как я сорвался. Все было нормально. Я жизнь увидел. Не тянуло вовсе.
- Что происходило в день срыва?
- Я проснулся, ночью снились наркотики, как я “мучу”, утром я сразу начал звонить.
- А за день до этого?

- Во вторник я дома был, занимался, обед сделал.
- Кто-нибудь звонил? Ты с кем-нибудь ссорился? Или просто разговаривал?
- Нет, вечером с мамой, все нормально, днем тоже, я за хлебом сходил, она была довольна.
- Так ты выходил?
- На 20 минут.
- У тебя булочная далеко?
- Нет, в соседнем подъезде. Я друга встретил.

(Пример 2)

Выясняется, что Максим минут пять поговорил со старым знакомым, в компании с которым он впервые попробовал героин. О наркотиках речь не шла. Психолог предлагает поставить сцену встречи. На полу кабинета проводится воображаемая линия от места, где Максим увидел друга, до места, где они разговаривали. Максим становится “за 100 метров”.

- Я вижу: стоит пацан, кажется, это Колян.
- Проговори, что ты думаешь.
- Подойти – не подойти? Ну, это, наверное, Колян, надо подойти, поговорить. Нет, не подойду, вдруг он “вставился” (под кайфом). Ну и что? Я же лечусь, я ему скажу: “Завязывай, пацан” и т.д.

По просьбе психолога делает два шага – теперь он “за 50 метров”. Невербальные признаки волнения.

- А что ты сейчас думаешь?
- Под дозой или нет? Под дозой или нет? Заговорит со мной об этом или нет? Что я отвечу, если предложит “замутить”? Конечно, нет... Надо проверить себя.

Еще через два шага – довольно-таки формальный диалог. Невербальные признаки сильной тревоги.

- Похоже, ты взволнован. Разговор вроде нормальный. Что тебя тревожит?
- Он трезвый, но дергается; я боюсь, что он предложит “замутить”. И жду этого.

Он не предлагает. Говорить, вроде, не о чем. Я вспомнил, как он “по вене промазал”, был синяк. Меня сейчас затрясет. Я хочу, чтобы он предложил. И т.д.

(Пример 3)

В подобной работе пациенты учатся распознавать, каким образом автоматические мысли о наркотиках, а также о местах или друзьях, связанных с их употреблением, вызывают негативные эмоции и провоцируют “тягу”. Обращает на себя внимание тот факт, что, хотя во внешнем плане в приве-

денном нами примере разговора о наркотиках не было, во внутреннем – главной темой диалога были наркотики. И теперь пациент понимает это, в отличие от начала нашего обсуждения, когда он утверждал совсем другое.

А вот рассказ о предотвращенном срыве пациентки.

Юлия, 23 года, студентка. Диагноз – опи́йная наркомания второй степени. Стаж употребления – два года, стаж “чистоты” – три месяца, занималась с психологом (19-я сессия), посещала группы “Анонимных наркоманов”:

– Еду в институт на троллейбусе. Одна остановка до института. Тут меня как подбросило: хочу мороженого. Выскочила, купила, села на скамейку, ноги какие-то ватные, смотрю, руки дрожат. Я думаю: “Это еще что такое? Где я? Что я тут делаю? Спокойно: я ем мороженое. А почему я ем мороженое *здесь*? Почему не купила на следующей остановке? Почему я нервничаю? (Дальше следует несколько версий) Знакомое место. Дома, сквер. Стоп, это дом 17 по (следует название улицы). Здесь барыга жил – Женя или Толя? А я что здесь делаю? Ну, тут я все поняла, какого “мороженого” мне захотелось. Хорошо, троллейбус подъехал, а то мысль была зайти в “тот” дом.

(Пример 4)

Таким образом, происходит обучение пациентов технике “Остановись, подумай”. Если вспомнить когнитивный подход в психотерапии, связанный с именем Дональда Мейхенбаума, то основной упор в нем делался на разговоре с самим собой (*self-talk*), который, как полагал автор, может помочь в развитии и регулировании подходящего поведения. Формированию этой способности к саморефлексии и распознаванию автоматических мыслей, образов, а также событий, которые не осознаются пациентами и которые предшествуют появлению симптома “тяги” к психоактивному веществу, посвящается большая часть занятий в первые месяцы после отказа от употребления наркотика.

Последовательность работы здесь напоминает процесс формирования высших психических функций по Л.С.Выготскому. Занятия начинаются с *экстериоризации*: используя воображение, пациенты реконструируют ход мыслей *других людей* со сходными проблемами, как в первом примере. Естественно, этот процесс, хотя и является значимым для них, все же пока еще не наполнен *личностным смыслом*, как та работа, которую они осуществляют позже с также экстериоризованными, но уже *собственными внутренними процессами*. (примеры 2-4). Работая на когнитивно-эмоциональном уровне (например, используя экспрессивные техники, как в примере 3), психолог помогает пациенту наполнить происходящее личным смыслом. Причем сначала диалог, помогающий пациенту разобраться с тем, какие мысли, образы и события предшествуют появлению

симптома, проходит во *внешнем плане*, как в примерах 1, 3, но постепенно происходит его *интериоризация* (пример 4) .

Д.Мейхенбаум сравнивает эту форму терапии с процессом иммунизации, т.е. такой процедуры, при которой человеку намеренно вводятся малые дозы инфекции с целью умножения его естественных защитных сил, которые при атаке настоящей инфекции помогают с ней справиться. Точно так же, преднамеренно подвергая пациента умеренному стрессу, мы прививаем ему навыки совладания со стрессом (*coping skills*) (Морли, 1996).

Одной из особенностей работы с химически зависимыми пациентами является точный выбор психотерапевтом интенсивности стрессора в соответствии с теми возможностями к совладанию, которыми располагает пациент на данном этапе. Иначе говоря, очень важно, чтобы после каждого занятия пациент уходил от терапевта с состоянием, лучшим, сравнительно с начальным, чего добиться нелегко, ибо любая работа с симптомом во время сессии в той или иной мере провоцирует его обострение. Поэтому в качестве завершения сессии с химически зависимыми пациентами, особенно проходящими амбулаторное лечение, на наш взгляд, необходимо использовать любые психотерапевтические методы, снижающие уровень напряжения и тревоги. В первую очередь данное условие касается первых месяцев работы, когда стресс, вызванный отказом от психоактивного вещества, как правило, превышает копинг-возможности пациентов.

Вернемся к *целям зависимого поведения* – изменить состояние сознания, с тем, чтобы получить некие психические эффекты и избавиться от других. Длительный опыт работы с химически зависимыми пациентами позволяет мне сделать вывод, что система когнитивных искажений присутствует практически у всех этих пациентов, и именно вызванные ими оценочные когниции причиняют им душевную боль, с которой они “сражаются” при помощи психоактивных веществ. Поэтому работа с такого рода когнитивными искажениями – альфа и омега психотерапевтического процесса. Первое, на что уходит немало времени, это процесс кларификации, по А.Эллису, т.е. *прояснения* цепочек: событие – дескриптивная когниция – оценочная когниция – эмоция, а также на разрыв жесткой связи между фиксацией события и его оценкой и установление новых, более гибких эмоционально-когнитивных связей (Федоров, 1997).

Вот пример работы на шестой по счету сессии с пациентом-алкоголиком.

Алексей Игоревич, 42 года, инженер. Диагноз – алкоголизм 2 ст., стаж заболевания – около десяти лет, ремиссии по одному-два года. Стаж трезвости – два месяца. Пациент начал встречаться с женщиной, его волнует предстоящее свиданье у нее дома с перспективой вступления в интимные отношения: из-за алкоголизации и длительного перерыва в сексуальных отношениях боится, что испытает проблемы с потенцией.

– Я уже волнуюсь, когда говорю об этом. Совершенно понятно, что завтра у меня ничего не получится. Я уже не помню, когда спал с женщиной, и особенно, когда трезвым был. Я в безвыходном положении, если я выпью, будет срыв, я себя знаю. Если не выпью, – катастрофа. Так я потом с горя напьюсь. Она замечательная женщина (рассказывает, о своей подруге).

– Давайте разберемся. Представьте себе наихудший вариант.

– Ну, пить я все-таки не буду, пойду трезвый. Буду оттягивать момент, ну, вы понимаете...

– Какой момент? И что значит оттягивать?

После попыток уйти от ответа:

– Будем до полуночи разговаривать, потом долго сидеть на диване, ну, там, ласки, разговоры. Ей надоест. Придется лечь в постель. Что вы не понимаете?!...

– И что?

– Это будет позор! Придется сбежать! Я больше никогда не смогу с ней встретиться.

Далее идут катастрофические прогнозы. В глазах уже слезы.

– Итак, вы говорите, что придете в гости, будете общаться женщиной, которая пригласила вас на свиданье, будете обмениваться ласками, и из-за того, что не состоится половой акт, разразится катастрофа; почему?

– Потому что я должен удовлетворять ее.

– Есть три вопроса. Первый – почему *должны*?

– Я должен быть на высоте.

– Всегда?

– Да.

– Что будет, если вы в чем-то не окажетесь на высоте?

– Мне будет больно.

– Эта боль из-за того, что вы однажды оказались не на высоте или из-за того, что вы загнали себя в угол требованием *всегда быть на высоте*? (Пациент удивлен, теряется.)

– Второй вопрос: что Вы называете “удовлетворять”?

Выясняется, что пациент полагает, что удовлетворение – это обязательно оргазм, и что все женщины вступают в интимные отношения исключительно ради этого, хотя сам он очень высоко оценивает другие формы эмоциональной близости и удовольствия. Дальше психотерапевт конфронтрует со сверхгенерализованными представлениями об интимной жизни женщин.

– Третий вопрос: какая катастрофа разразится?

– Я уже не уверен... Может, она не захочет меня видеть... Я уж точно потеряю остатки самоуважения. Это самое плохое.

- А вы всегда должны уважать себя?
- Да. Как же иначе?
- Что будет, если вы потеряете самоуважение в этот раз?

Далее конфронтируется императивность реализации потребности в самоуважении всегда и во всем и т.д.

В реальности опасения пациента оправдались, но он был удивлен, что его подруга не настаивала ни на чем, ни в чем его не обвиняла, их отношения продолжились и привели, в числе прочего, к гармоничному сексуальному партнерству.

Очевидны когнитивные искажения пациента: его склонность к рассуждениям в стиле долженствования, установки на обязательную реализацию потребностей (в данной ситуации в самоуважении), генерализованной оценочности по принципу “все или ничего”, катастрофизации. В структуре болезни этого пациента его иррациональные установки по отношению к жизни в целом и к его болезни в частности, играли существенную роль. Так, например, после срыва, несмотря на возникшее “отвращение к белой (водке), которая меня погубила”, он продолжал пить, потому что “все пропало, теперь я должен идти ко дну” и т.д.

Этот пример хорошо иллюстрирует тот факт, что подчас весьма трудно разделить проблемы пациента, связанные с употреблением психоактивных веществ, и не связанные с ним. Хотелось бы поделиться с читателями одним соображением, которое кажется мне принципиально важным. Несмотря на то, что, по критериям тяжести и центральности проблемы зависимости от психоактивных веществ, требуется основной акцент в работе делать на разрешении именно этой проблемы, в соответствии с принципом эффективности (как учат нас бихевиоральные психотерапевты), приходится начинать с более курабельных моментов в поведении пациента и выбирать в качестве поведения-мишени другие проблемы (Федоров, 1998). Так, например, известно, что химически зависимые пациенты часто страдают от разного рода страхов, достигающих подчас уровня фобий.

Вспоминается один из случаев, когда на прием пришла пациентка с формирующейся лекарственной зависимостью (год постоянного приема психотропных препаратов, сначала по рекомендации врача, а потом по собственной инициативе), но в качестве первичной психотерапевтической задачи было избрано преодоление фобии крови. Симптоматика, связанная с этой проблемой, нарастала угрожающими темпами: если год назад пациентка не могла видеть кровь в натуральном виде, то за три месяца до приема она упала в обморок при виде вздувшихся от жары вен у какой-то женщины в автобусе, а за месяц – не смогла сдать экзамен по психофизиологии, т.к. не могла смотреть на картинки в анатомическом атласе. Интересно, что после применения классической технической процедуры поведенческой психо-

терапии – систематической десенситизации (девять сессий), она сдала этот экзамен и через полгода уже смогла сдать кровь из вены для анализа. Хотя и с некоторым трудом и дополнительной поддержкой, но при этом она практически прекратила (с одним срывом) прием психотропных препаратов.

Преодолению социальных страхов и даже социофобий, которыми страдают многие пациенты-наркоманы, особенно способствует включение в психотерапевтический процесс посещения ими групп взаимопомощи “Анонимные наркоманы” и “Анонимные алкоголики”. Вообще среди мотивов начала употребления психоактивного вещества почетное место занимает желание раскрепоститься, почувствовать легкость в социальных контактах. Поэтому, за исключением, может быть, пациентов истероидного типа, практически все они испытывают сильные страхи при общении без “кайфа”. Существенное значение в преодолении этой проблемы играет принцип постепенности. Стабильный, с четкими границами, безоценочный, эмпатичный контакт с психотерапевтом (естественно, при конфронтации с болезнью), можно сказать, остается главным лечебным фактором, особенно в первые месяцы отказа от употребления психоактивных веществ.

На наш взгляд, основной целью начального этапа психотерапии (кроме преодоления отрицания болезни) выступает принятие ответственности за свое выздоровление самим пациентом. В этом смысле весьма эффективны такие поведенческие приемы, как проработка стабильного сеттинга занятий (чего с наркоманами достигнуть особенно сложно), установление устойчивости выполнения домашних заданий, направленных на развитие приемов самоконтроля, и, наконец, позитивное подкрепление более адаптивных форм поведения. Например, группы взаимопомощи практикуют жетонную систему и поздравления группой участника с тремя месяцами трезвости, с шестью и т.д. А в индивидуальной работе, на мой взгляд, хорошо использовать какие-то небольшие личные знаки внимания и уважения. Например, помню, что после того, как я на Новый год принесла своим четырем пациентам поздравительные открытки с теплыми пожеланиями, трое из них существенно продвинулись в личной терапии.

Пациенты с химической зависимостью, страдающие от различного вида страхов, часто нуждаются просто в тренинге уверенного поведения, что мы с ними и проводим. Например, уже упоминавшийся выше пациент-алкоголик Алексей Игоревич, 42 лет, жил вместе с доминирующей и манипулятивной матерью, которая, например, требовала, чтобы дверь в его комнату всегда была открыта, а когда он начал встречаться со своей подругой, устраивала истерические сцены, вызывая у него чувство вины, добивалась от него отказа от личной жизни. После десяти сессий, две из которых были посвящены тренингу асертивности, пациент решил закрыть дверь в свою комнату; а еще после нескольких занятий, посвященных вы-

работке и закреплению антиманипулятивного поведения, позволяющего ему противостоять манипуляциям со стороны матери, сумел настоять на своих встречах с подругой, не испытывая при этом разрушительного чувства вины, хотя по-прежнему ощущал волнение, решившись на самостоятельное поведение.

Этот пример подводит нас к последней теме данной статьи, посвященной работе с семьями химически зависимых пациентов. Обычно она бывает направлена на преодоление неких семейных сценариев, поддерживающих болезнь в одном из членов семьи. При этом под когнитивным сценарием (моделью, структурой) понимается “довольно долго существующий, динамичный и резистентный к интерференции образец деятельности или реакции личности-организма, который служит познающему в освоении им окружающего мира” (*Эйдемиллер, 1990*).

Принимая тот факт, что в здоровых семьях структура семейных ролей целостна, динамична и носит комплементарный характер, семейные подсистемы функционируют определенно в своих границах, не смешиваясь, а границы между подсистемами не жесткие, но и не размытые, необходимо констатировать, что в семьях с зависимостью все прямо наоборот. Особенно впечатляют сценарные игры, описанные еще Э.Берном как игры “Алкоголик” и “Наркоман” (*Берн, 1997*). Главные роли в этой игре – сам зависимый и так называемые созависимые члены семьи: Преследователь, поддерживающий чувство вины у зависимого, Спасатель, “несущий свой крест”, дающий деньги и решающий проблемы вместо зависимого, Потакатель, поддерживающий миф, что “все в порядке” и т.д. Семейные подсистемы, особенно супружеские, функционируют в таких семьях сумбурно, искаженно, границы между подсистемами либо слишком жестки (более патриархальный вариант), либо отсутствуют вовсе (в семьях, где нет отца, границы между детьми и матерью чаще всего не простроены вовсе).

В отличие от деятельности системных семейных терапевтов, психотерапевтическое вмешательство в работе с семьей осуществляется нами параллельно или последовательно, т.е. психотерапевт работает с членами семьи по отдельности, хотя практикуются также и общие встречи (в случае детей-наркоманов первая встреча происходит обязательно с семьей в полном составе). Поведением-мишенью в случаях работы с созависимыми обычно становится сценарное поведение, так или иначе поддерживающее болезнь химически зависимого. Наибольшую проблему представляет поведение в роли Спасателя, которое мешает зависимому принять на себя ответственность за свое выздоровление.

Рассмотрим два примера.

Семья, состоящая из мамы, хозяйки магазина (Спасатель), бабушки (Потакатель) и двух сыновей 16 и 18 лет (оба наркоманы, стаж употребле-

ления у обоих – два года), обратилась к нам за помощью. Помимо работы с сыновьями, на приемы ходила мать. Работа с матерью после четырех сессий выявила ее основную жизненную стратегию: заслуживать или покупать любовь (кроме сыновей, которые не учились, не работали, которым она делала дорогие подарки и оплачивала как употребление героина, так и лечение, она содержала родственников, любовника и даже оплачивала недешевый отдых жены любовника). В основании ее поведения лежало несколько иррациональных убеждений, например: “Если кто-то меня не любил (мама, муж), значит, меня никто и никогда не полюбит” (генерализация) или “Если я “отойду от станка”, все рухнет” (катастрофизация, излишняя обращенность на себя). Несмотря на то, что она несколько продвинулась в преодолении своего поведения, скажем, впервые за шесть лет решила отдохнуть, причем одна (последнее – впервые в жизни), она продолжала “покупать” отказ сыновей от употребления наркотиков, платя им то новым компьютером, то автомобилем. Результат негативный: она прервала психотерапию – старший сын разбился на автомобиле “под дозой”, младший ВИЧ-инфицирован и продолжает употребление героина.

Второй случай более оптимистичен. Здесь работа с мамой, аудитором 40 лет, сын которой от первого брака (21 год) проходил лечение от героиновой зависимости (стаж употребления – два года), привела к серьезным изменениям. По отношению к сыну она занимала позицию, с одной стороны, Преследователя (в основе иррациональное оценочное убеждение, согласно которому “Если у человека плохое поведение, то это плохой человек”), с другой стороны, Спасателя (в основе убеждение: “Я умру, если кто-то скажет обо мне, что я плохая мать”). Поэтому она демонстрировала, с одной стороны, отвергающее поведение по отношению к сыну, с другой – совершала аутоагрессивные действия (переедала, бросила хорошую работу), с третьей – всячески прикрывала последствия употребления сыном героина (восстановила его в одном институте, перевела в другой, платный и т.д.), а с четвертой – постоянно высматривала в поведении других знаки ее одобрения или порицания.

В своей личной терапии эта пациентка работала серьезно и долго. В частности, избавиться от излишней центрации на себе ей помогло посещение группы взаимопомощи для родственников наркоманов, где она обучалась разделять чувства других людей и простраивать свою не зависимую от чужих оценок линию поведения. В отношении намерения “быть хорошей матерью” (точнее, “идеальной”), которое она рассматривала в плане непреложного долга, помог метод парадоксальной интенции. Получив задание в течение месяца “быть самой ужасной матерью, какую она только способна представить”, пациентка совершила

следующие шаги. Высказала сыну свой гнев; у них состоялся первый за несколько лет серьезный разговор, который их сблизил. Отказалась решать проблемы сына с институтом и оплачивать его психотерапию, которой он не очень интересовался. Занялась проблемами во взаимоотношениях со своим мужем и продвинулась в их разрешении. После долгих колебаний, возвращаться ли ей к прежней работе или нет, она приняла решение поменять специальность, и сейчас учится и т.д. Надо сказать, сын устроился на работу, снял квартиру, посещает бесплатные собрания “Анонимных наркоманов”, не употребляет героин 11 месяцев.

В завершение хочу подчеркнуть, что когнитивно-поведенческий подход в психотерапии привлекателен для специалиста еще и тем, что избавляет его самого от фрустрации чувством неопределенности в отношении проделанной работы. Фиксировать у пациента изменения дезадаптивного зависимого поведения, например, и приведение неосознаваемых иррациональных установок в равновесие с рациональными несколько проще, чем, скажем, определить, как осознание пациентом своего глубокого внутреннего конфликта влияет на его актуальное поведение или до каких высот он добрался в своей самоактуализации.

Однако хочу подчеркнуть, что комплексность, высокопрогредиентность, хронический характер, резистентность к психотерапии заболеваний химической зависимости не позволяют специалисту ограничиваться в своей работе одним, даже эффективным методом, поэтому, например, автор этой работы использует и НЛП, и Эриксоновский гипноз, и психодраму, и элементы арттерапии и телесной терапии, хотя, повторюсь, когнитивно-поведенческий подход, на мой взгляд, остается безотказной “рабочей лошадкой” психотерапии аддиктивного поведения.

ЛИТЕРАТУРА

- Берн Э. *Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры.* СПб-М., 1997.
- Морли Ст., Шефферд Дж., Спенс С. *Методы когнитивной терапии в тренинге социальных навыков.* СПб, 1996.
- Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Редакторы-составители: Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э.М., 1999.*
- Федоров А.П. *Когнитивная психотерапия. Методические материалы для специалистов.* СПб, 1997.
- Федоров А.П. *Основные понятия и диагностический этап в поведенческой терапии.* СПб, 1998.
- Эйдемиллер Э.П. *Семейная системная когнитивно-поведенческая психотерапия.* Л., 1990.