

Доктор Эндрю Татарский

Интегративная психотерапия снижения вреда

(Integrative Harm Reduction Psychotherapy)

Санкт-Петербургский благотворительный фонд
«Гуманитарное действие» \ Center for Optimal Living (New
York, USA)
2022 год

Перевод на русский язык:

Главы 1-4 – Анна Ренжина, Полина Князева, Яна Пойлова, Алексей Лахов

Главы 5-10 – Алена Антонова

Редактура:

Алена Антонова, Алексей Лахов

Настоящий перевод на русский язык выполнен Санкт-Петербургским благотворительным фондом «Гуманитарное действие» с разрешения доктора Эндрю Татарского (Andrew Tatarsky) в 2022 году в рамках проекта «Инновации в области снижения вреда: от веб-аутрича до интегративной психотерапии», реализованного совместно с Center for Optimal Living (Нью-Йорк, США).

Благодарим организации «Коалиция НКО в области снижения вреда “Аутрич”» (Эстония) и AFEW International (Нидерланды) за финансовую поддержку перевода и редактуры книги.

Книга предназначена для людей в возрасте старше 18 лет.

Информация, приведенная в данной книге, направлена на профилактику ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний, включая наркозависимость, и не имеет целью пропаганду наркотиков или склонение к их употреблению. Употребление наркотических веществ может повлечь негативные последствия для здоровья, включая зависимость.

Благодарности

В процессе увлекательной работы над этой книгой я многому научился. Важно то, что идеи, представленные в ней, дарованы мне клиентами, коллегами, учителями и членами семьи, которых я имел честь и удовольствие знать на протяжении своей жизни.

Важнейший вклад в этот проект внесли многочисленные клиенты, имевшие мужество и щедрость пригласить меня в свою жизнь, поделиться своими историями и рассказать мне об употреблении и злоупотреблении психоактивными веществами (ПАВ), а также показать мне, как люди могут меняться и расти. Я испытываю к вам, людям, чьи имена я не могу назвать, глубокое чувство благодарности. Вы пробудили во мне веру в силу человеческого духа, способного преодолеть все препятствия на пути к свободе и созданию любящих отношений.

Огромная благодарность тем психотерапевтам, которые поделились со мной рассказами о своей работе, наглядно демонстрирующими такой уровень честности, смирения и отзывчивости, какой редко увидишь в психотерапевтической литературе. Их слова глубоко меня тронули.

Особенно я хотел бы поблагодарить четырех психотерапевтов, предоставивших ценные истории из своей практики, которые не соответствовали главному фокусу данной книги и поэтому не вошли в нее. Их рассказы касаются важных вопросов, и каждый из них вносит важный вклад в сферу лечения наркозависимости. Это Ричард Йенсен и Донна Драйер («Отчаяние зависимости и душа: успешная психоделическая психотерапия»), Леон Вюрмсер («Анализ случая алкоголизма, мазохистических проявлений и перверсий») и Элизабет Зелвин («Карла: случай из практики»).

Особая благодарность моему дорогому другу и глубокоуважаемому коллеге Алану Марлатту за то, что познакомил меня с концепцией снижения вреда, стал первопроходцем в этой области и вдохновлял говорить правду и отстаивать свои убеждения.

Выражаю особую признательность моим дорогим коллегам и друзьям: Джули Барнс, Мишлеру Бишопу, Антонио Бурру, Пэтт Деннинг, Арманду ДиМеле, Лизе

Директор, Дженни Литтл, Марку Голденталю, Марку Керну, Роберту Лихтману, Деборе Лайнер, Барту Мажуру, Майклу Моррисону, Дэвиду Осту, Стэнтону Пилу, Стивену Райзнеру, Дебре Ротшильд, Гордону Ровинсу, Джереми Сафрану, Марку Сэлу, Майклу Варга, Оре Йемини, Арнольду Уоштону и Александре Вудс за их ценные замечания и критику, служившие для меня стимулом продолжать работу над книгой.

Кроме того, я хочу выразить благодарность группе сторонников концепции снижения вреда, в которой я познакомился со многими вдумчивыми, социально ответственными и любящими друзьями и коллегами, ставшими для меня духовной семьей. Вы напомнили мне о том, что личное – это политическое¹, поддержали меня в публичном признании моей приверженности идее снижения вреда и способствовали моему личному и профессиональному развитию намного больше, чем вы можете себе представить. Я особенно признателен Джеймсу Кэннону, Аллану Клиру, Дональду Гроуву, Эрни Друкеру, Джейсону Фарреллу, Марку Герсу, Дону МакВинни, Итану Надельману, Анне Оливейре, Джойс Ривере, Пауле Сантьяго и Эдит Спрингер.

Низкий поклон моим друзьям из Клуба писателей, которые читали и комментировали отрывки моей рукописи, давали ценные советы, обучали писательскому мастерству и оказывали любящую поддержку в моем начинании: Джонатану Эйвери Лэндерсу, Питеру Рондинону, Стивену Майклзу, Эрроллу Селкерку, Крису Россу и Эвану Лернеру.

Я благодарен Майклу Московичу за то, что он побудил меня взяться за этот проект. Он один из тех редких психоаналитиков, которые привержены идее видеть область пересечения личного и политического аспектов в функционировании человека.

Я в долгу перед Лиз Римланд за ее важные редакторские правки и красивый язык, за то, что она вдохнула в текст живость и подготовила рукопись. Благодаря ей общий уровень данной работы повысился.

И самое главное, я в неоплатном долгу перед моей любящей семьей, смыслом всей моей жизни. Перед моей матерью Шейнди, которая подарила мне жизнь и посеяла семена, приведшие меня к знакомству с идеей снижения вреда; перед моими отцами,

¹ «Личное – это политическое» (“The personal is political”) – девиз феминистского движения 1970-х годов, указывающий на то, что частные проблемы каждой женщины являются общими для всех женщин и коренятся в устройстве общества и гендерном неравенстве, и решать их необходимо не в частном порядке, а коллективным путем.– *Прим. пер.*

Джеком и Диком, которые вдохновляли меня мечтать по-крупному и верить в то, что любовь, красота и истина сметают все преграды; перед моими братьями и сестрами, Лори, Майлсом и Николасом, ставшими хорошими спутниками и во тьме, и в свете; перед моими замечательными детьми: Александрой, которая напоминает мне о необходимости оставаться открытым к великой тайне духа и легкости, помогает мне верить в волшебство и напоминает о радостях танца и поэзии, и Лукасом, который помогает мне держать свое сердце открытым, наслаждаться взаимосвязью между силой и уязвимостью во всем, что нас окружает, и наполняет мою жизнь радостью; и перед моей женой. Доктор Уэнди Миллер, своей теплотой, любовью и поддержкой ты делаешь мою жизнь возможной, приносишь в нее радость; ты помогла мне бесчисленное множество раз в рождении этой книги.

Предисловие

С большим удовольствием представляю читателям великолепную новую книгу доктора Эндрю Татарского о психотерапии снижения вреда. Будучи давним другом и коллегой доктора Татарского, я имел честь вести с ним продолжительные и интересные дискуссии, часто за обедом в одном из уютных ресторанов Манхэттена. Многие из этих бесед имели отношение к теме данной книги, и я подталкивал его к тому, чтобы он все-таки перенес свои мысли на бумагу. Мы начали вести дискуссии о снижении вреда еще в середине 1990-х годов, и результат стоил ожиданий! Сегодня мы можем пользоваться плодами его работы – новаторским трудом, который, с одной стороны, знакомит читателя с психотерапией снижения вреда, а с другой – рассказывает десять «историй», или случаев из практики различных психотерапевтов, наглядно иллюстрирующих эту методику в работе с разнообразными клиентами.

Во «Введении» автор описывает снижение вреда как «новую парадигму» в лечении алкогольной и наркотической зависимости. Одни скажут, что концепция снижения вреда олицетворяет «сдвиг парадигмы» в лечении зависимости, поскольку благодаря ей делается шаг за рамки традиционного фокуса на полном воздержании, обычно ассоциируемого с моделью заболевания и идеологией 12 Шагов. Другие придут к выводу, что переход к снижению вреда представляет собой интеграцию того, что доктор Татарский называет «базовыми принципами хорошей клинической практики», в сферу лечения зависимого поведения. Поэтому психотерапия снижения вреда скорее является «возрождением парадигмы», при котором базовые принципы психотерапии вновь становятся частью программы лечения клиентов с алкогольной или наркотической зависимостью, зачастую сопутствующей другим психиатрическим или поведенческим расстройствам. Таким образом, парадигма смещается с традиционного «вертикального» подхода, в рамках которого цели лечения диктуются руководством программы, на более клиентоориентированный, включающий совместную постановку целей терапевтом и клиентом как неотъемлемый компонент терапевтического альянса.

Коллеги часто спрашивают, могу ли я рекомендовать снижение вреда в качестве методики лечения того или иного клиента, особенно в случаях наиболее неблагоприятного прогноза в отношении тяжести проблем, связанных со

злоупотреблением. Посоветую ли я человеку с тяжелой наркотической зависимостью в качестве целей лечения те, что не основаны на полном воздержании? Как и многие психотерапевты, чьи кейсы описаны в этой книге, я отвечаю: верните право выбора цели клиенту. Я готов работать с клиентами, какой бы ни была их цель: умеренное употребление или полное воздержание. Клиенты часто меняют свои цели по мере продвижения вперед в терапии (или отсутствия такого продвижения) от снижения вреда к воздержанию или наоборот. Изменение аддиктивного поведения – это сложный процесс как для клиента, так и для психотерапевта. Лучше всего работает построение крепкого терапевтического альянса, «контакта» между клиентом и специалистом. При его отсутствии вероятность того, что клиент сдастся и откажется от продолжения лечения, выше. Принимая во внимание взлеты и падения, сопровождающие процесс изменения поведения, роль психотерапевта, работающего в парадигме снижения вреда, скорее похожа на роль проводника – человека, который может оказать поддержку и помочь советом во время тяжелого путешествия. Надежный горный проводник никогда не бросит клиента, у которого не получилось добраться до вершины или который споткнулся и упал на пути вверх. Терапевт-проводник дает каждому клиенту признание и уважение, а также готов начать работу с человеком с той точки, в которой он сейчас находится, и помочь сделать следующий шаг в направлении своей цели.

Случаи из практики, приведенные в данной книге, представляют широкий спектр терапевтических «школ» – от психоанализа до когнитивно-поведенческой терапии. Несмотря на эти теоретические различия, все терапевты разделяют общие ценности, связанные со снижением вреда, в том числе и важность клиентоориентированных терапевтических отношений, построенных на сочувствии, в рамках которых каждый клиент воспринимается как уникальная личность. Как показано в нескольких главах, психотерапевты, практикующие снижение вреда, применяют холистический, гуманистический подход в лечении людей с двойным диагнозом или сопутствующими проблемами. Согласно гипотезе самолечения Эдварда Ханзяна и мнению других авторов, представленных в этой работе, зачастую клиенты обращаются к алкоголю или наркотикам в попытке адаптироваться к окружающей действительности или справиться с какими-либо проблемами в своей жизни. Один из главных принципов психотерапии снижения вреда – *не* пытаться устранить главный адаптивный копинг-механизм клиента (включая употребление алкоголя или наркотиков в качестве самолечения) до

тех пор, пока ему на смену не придут более эффективные копинг-стратегии. Этот основанный на сочувствии принцип подчеркивается во многих историях, собранных в данной книге.

Доктор Эндрю Татарский прекрасным образом дает в каждой главе вводный текст и подводит читателя к следующему за ним случаю из практики или «истории». Кроме того, каждый случай сопровождается его содержательными комментариями и выводами, соединяющими воедино различные темы, упомянутые во вступительной главе. Книга, безусловно, заслуживает времени и усилий, потраченных читателем на то, чтобы понять тонкости применения психотерапии снижения вреда в клинической практике. Отдаю должное творческому подходу Эндрю Татарского к описанию альфы и омеги психотерапии снижения вреда.

Доктор Алан Марлатт,

Центр изучения аддиктивного поведения,
Вашингтонский университет, Сиэтл.

Введение

В разные периоды идеям присущи разные смыслы. Идеи, которые когда-то представлялись безумными, опасными или недоступными пониманию, впоследствии становятся такой неотъемлемой частью общепризнанной истины, что общество на время забывает о тех моментах истории, когда они пребывали «в спячке». Новые идеи возникают в ответ на текущие условия как попытка их осмысления и помощь в реагировании на них. Идеи определяют наше видение реальности, одновременно и расширяя, и ограничивая наши возможности. По мере того, как история движется вперед, а условия меняются, идеи, которые когда-то были прогрессивными и полезными, могут стать затхлыми, пустыми, регрессивными и препятствовать изменениям. Когда архаичные идеи изживают себя, те концепции, которые прозябали на периферии, вновь выходят на свет и занимают освободившееся пространство. И снова возникают идеи, пытающиеся дать объяснение ограничениям, существовавшим ранее. Это верно как в отношении психологии отдельно взятого человека, так и в отношении научных парадигм.

В области лечения алкогольной и наркотической зависимости время от времени возникали замечательные идеи, представлявшие собой новые парадигмы понимания проблемного употребления психоактивных веществ. Применение этих идей в клинической практике приводило к революционным изменениям, выразившимся в значительных улучшениях видов помощи, доступной людям с проблемами, связанными с употреблением ПАВ. Концепция зависимости как заболевания (Jellinek, 1962) бросила вызов морально-нравственной модели злоупотребления наркотиками, возлагавшей вину за употребление на неподобающие ценности или аморальную личность потребителя. Парадигма заболевания проложила путь к лечению зависимости вместо наказания за нее. Гипотеза самолечения (Khantzian, 1985) обратила внимание на тот факт, что для многих людей употребление наркотиков – это форма заботы о себе, отражающая попытку справиться с болезненными чувствами. Эта идея проливает свет на такие важные вещи, как личностный смысл употребления наркотиков и необходимость признавать и решать те исходные проблемы, с которыми потребитель пытается разобраться с помощью ПАВ. Концепция профилактики рецидивов, или срывов (Marlatt and Gordon, 1985), подчеркивает, что возврат к проблемному

употреблению наркотиков после периода воздержания или умеренности употребления необходимо рассматривать как распространенную и естественную часть процесса изменения поведения, которая может явиться научающим опытом, снижающим вероятность будущих рецидивов, а не относиться к нему как к неудаче.

Концепция снижения вреда – наиболее свежая из этих важных новых идей в области лечения наркотической зависимости. Она знаменует собой сдвиг парадигмы в отношении нашего понимания и реагирования на проблемное употребление алкоголя и наркотиков. Снижение вреда отвергает предположение, что воздержание – это лучшая или единственная приемлемая цель для всех проблемных потребителей наркотиков и алкоголя. Снижение вреда рассматривает употребление в континууме вредных последствий как для самого потребителя, так и для общества в целом, поэтому приемлет маленькие, постепенные шажки в направлении минимизации вреда с целью добиться наибольшего снижения вреда для конкретного человека в данный момент времени. Неотъемлемой частью этого изменения фокуса лечения является радикальный пересмотр отношений между клиентом и клиницистом, отход от патерналистской модели, связанной с более традиционными методами лечения зависимости. Подход снижения вреда использует уважение к сильным сторонам клиента и его потенциалу к изменениям в качестве отправной точки развития эгалитарных отношений, в которых клиент поощряется к сотрудничеству в определении программы лечения и выборе целей и стратегий, которые он считает полезными. Этот сдвиг в базовой предпосылке, на самом деле, согласуется с психодинамической и бихевиоральной моделями злоупотребления наркотиками и имеет множество благоприятных последствий для лечения, которые будут обсуждаться далее в этой книге. Все больше клиницистов, исследователей и законодателей признают, что философия снижения вреда играет критически важную роль как для сферы лечения наркозависимости, так и для общества в целом, улучшая программы лечения людей, страдающих от алкогольной и наркотической зависимости.

В данной книге отражен мой 20-летний опыт работы в области лечения зависимости в качестве психотерапевта, психолога, супервизора, руководителя программ и преподавателя. Я поделюсь с вами некоторыми событиями, которые привели меня к принятию концепции снижения вреда в качестве клинического принципа, играющего важнейшую роль в эффективном лечении зависимости. Эта

книга представляет психотерапию снижения вреда в качестве методики лечения, дающей психотерапевтический эффект, и объясняет, как и почему это происходит.

Практика снижения вреда способна устранить недостатки текущих профессиональных и политических мер в отношении проблемы употребления наркотиков в США. Я представляю свой взгляд на психотерапию снижения вреда и на то, почему я считаю ее способной кардинальным образом повысить эффективность лечения людей, страдающих от зависимости. Каждая глава фокусируется на конкретном аспекте или особенности применения психотерапии снижения вреда. Истории в этой книге показывают, что психотерапия снижения вреда основывается на базовых принципах хорошей психотерапевтической практики и согласуется с психодинамической и когнитивно-поведенческой моделями злоупотребления ПАВ. Я раскрою, почему психотерапия снижения вреда особенно подходит для эффективной работы с несколькими важными эмоциональными динамиками, связанными со злоупотреблением наркотиками.

Помимо этого, каждая глава содержит подробную историю, описывающую психотерапевтический процесс с клиентом, страдающим от проблем с ПАВ. Все истории, кроме одной, были рассказаны другими практикующими психотерапевтами. Истории были подобраны для того, чтобы проиллюстрировать конкретную тему каждой главы, но каждая из них представляет собой многогранный алмаз, содержащий гораздо больше, чем возможно обсудить в рамках одной книги. Этот сборник историй показывает спектр лечебных подходов, которые подпадают под общую идею снижения вреда, как я ее понимаю. Они различаются по своим теоретическим уклонам, стилю психотерапии и результатам; некоторые приводят к умеренному употреблению, другие – к полному воздержанию. Я объясняю, почему считаю каждую из них частью континуума, объединенного общим принципом снижения вреда.

Также каждая история позволяет рассмотреть уникальность взаимодействия между клиентом и клиницистом, характерного для любой хорошей психотерапии. Мы становимся свидетелями того, как создаются успешные терапевтические отношения, и по мере прояснения проблем рождаются цели. Мы обнаруживаем, что общие ингредиенты успешной психотерапии с наркопотребителями мало чем отличаются от эффективной психотерапии с другими клиентами.

Эти истории подчеркивают индивидуальность людей, употребляющих наркотики и алкоголь, рассказывают об их уникальных проблемах, в то время как обычно эту группу окружают стереотипные представления, связанные с зависимостью. Истории знакомят читателей с множеством людей, у которых могут развиться проблемы с употреблением, позволяют им идентифицировать себя с ними, испытать сочувствие к их борьбе и уважение к их попыткам меняться и расти.

Кроме того, эти истории снимают налет таинственности с работы психотерапевта, приводя читателя в кабинет для консультаций и позволяя непосредственно понаблюдать за процессом. Они очеловечивают психотерапевтов, показывая их мысли и чувства в отношении своих клиентов.

На мой взгляд, основные принципы и ингредиенты успешной психотерапии с клиентами с алкогольной и наркотической зависимостью, по сути, те же, что и в работе с другими группами людей. Можно сказать, что термин «снижение вреда» на самом деле возрождает применение основных принципов хорошей клинической практики в области, в которой они зачастую отсутствуют. Надеюсь, данная книга внесет свой вклад в этот процесс.

ПОЧЕМУ СНИЖЕНИЕ ВРЕДА?

Осенью 1982 года после интернатуры по клинической психологии я начал работать психотерапевтом в Отделении изучения и лечения наркотической зависимости в Нью-Йоркском медицинском колледже. Это была ориентированная на исследования «мультимодальная» амбулаторная клиника лечения наркозависимых в районе Восточный Гарлем. В то время я и подумать не мог, что эта должность станет началом 20-летнего путешествия по миру лечения зависимости, которое, в конечном счете, приведет меня к принятию концепции снижения вреда в качестве наиболее эффективной методики оказания помощи широкому спектру людей с проблемами наркозависимости.

Во время учебы я работал с несколькими клиентами, зависимыми от алкоголя и наркотиков, однако я ни в коей мере не считал себя экспертом. В отличие от тех негативных стереотипов о людях, употребляющих ПАВ, на которых все мы выросли, я обнаружил, что эти клиенты представляют собой разноплановую группу очень интересных людей с множеством сильных сторон, готовых к работе с психотерапевтом для того, чтобы меняться. Мой первоначальный опыт работы с наркопотребителями был настолько вдохновляющим, что я решил защитить диссертацию в этой области и в дальнейшем специализироваться в ней.

Я обучался по программе, в основе которой лежал психоаналитический подход, и в работе со своими клиентами начал использовать психодинамическую методику. Несмотря на то, что этот взгляд помогал мне понимать клиентов, а также смысл и роль употребления в их жизни, он предлагал лишь ограниченный набор конкретных клинических интервенций, способных существенно помочь людям изменить свое поведение в отношении употребления. Пациенты не прекращали употреблять. Исходя из этого критерия, мой подход нельзя назвать эффективным. Затем я познакомился с более активным, стратегическим направлением традиционного консультирования наркопотребителей, сообществом «Анонимные Алкоголики» (АА), когнитивно-поведенческими и разнообразными фармакологическими интервенциями. Я начал интегрировать их в свой психодинамический образ мыслей, что только подчеркивало наличие множества значений и смыслов, которые могут скрываться за употреблением наркотиков, и важность терапевтических отношений в лечении. Постепенно я разработал более эффективную интегративную методику, совмещающую в себе

динамическую, когнитивную, поведенческую и биологическую стратегии, в совокупности направленные на решение проблем с употреблением, а также широкого спектра других биологических, психологических и социальных вопросов, способствующих употреблению веществ и злоупотреблению ими.

Уволившись с первой работы, я создал две амбулаторных программы и руководил ими. Я обучал клиницистов этому интегративному подходу и курировал их, а также в течение многих лет продолжал пользоваться этой методикой со своими клиентами в рамках частной практики. Я испытывал удовлетворение от того, что помог многим пациентам достигнуть стабильной долгосрочной трезвости. Со многими из них я все эти годы поддерживаю связь, и меня вдохновляет их прогресс.

Однако, несмотря на множество успешных случаев, меня стала беспокоить серьезная проблема, с которой в своей работе столкнулся лично я, и которую наблюдал в нашей области в целом. В последней клинике, которой я руководил, я провел неофициальное исследование, показавшее, что большинству пациентов, которые к нам обращались, мы не помогли. Наш опыт был похож на опыт других традиционных программ лечения, ориентированных на воздержание: половина пациентов уходила из программы на стадии первоначальной оценки или были выписаны из-за «срывов» или возвращения к привычному для них употреблению. А если прибавить к этому тех пациентов, которые вернулись к наркотикам после завершения курса лечения, то получится, что большинству клиентов наша программа попросту не помогала.

Эта информация меня ошеломила и обеспокоила. Я обратился к научной литературе, чтобы познакомиться с отчетами коллег, и обнаружил, что их результаты были не лучше. Согласно исследованиям, эффективность в лучшем случае достигала 30%, а большинство программ не могли показать и таких результатов. В качестве примера посмотрите обзор результатов исследования лечения наркотической и алкогольной зависимости (Hester and Miller, 1995). Однако это считалось лучшим, на что мы могли рассчитывать. В эту статистику не попадали наркопотребители, ни разу не обращавшиеся за помощью из-за нереалистичных ожиданий, характерных для наиболее распространенных программ лечения в США. Как правило, в реабилитационных программах пациентам говорили, что только у одного из десяти получится «добиться успеха», то есть оставаться трезвым.

Такие низкие результаты обычно объясняются отсутствием мотивации у наркопотребителей или сложностями лечения людей с зависимостью. Часто козлом отпущения становится сама болезнь: «хитрое и сбивающее с толку заболевание под названием зависимость»².

Поэтому я начал подвергать сомнению требование о «полном воздержании», лежащее в основе традиционных программ лечения. Представление о том, что воздержание – это единственное лекарство от зависимости, тесно связано с концепцией зависимости как заболевания. Согласно данной модели, наркозависимые люди не могут получить пользу от психотерапии, продолжая употреблять. Чтобы находиться в программе, они должны принять воздержание как цель лечения и придерживаться его. Когда клиенты говорят, что, по их мнению, им важнее решить другие вопросы, им отвечают, что они отрицают суть, природу своего «заболевания», и что другие вопросы следует отложить в долгий ящик до тех пор, пока не будет решена проблема с зависимостью.

Большинство программ лечения имеют «высокий порог входа». Это означает, что клиентам необходимо согласиться с множеством требований, чтобы получить доступ к лечению. Например, анализы мочи, ежедневное посещение собраний «Анонимных Алкоголиков» и прекращение контактов с другими наркопотребителями. Зачастую клиентов, неспособных выполнить эти требования, перенаправляют в более интенсивные программы, а клиентов, которые не хотят этого делать, как правило, выписывают из программы с напутствием возвращаться, когда они будут готовы.

Две реальных истории иллюстрируют то, как часто это происходит на практике. Несколько лет назад компетентный и опытный профессионал, руководящий уважаемой интенсивной амбулаторной программой для наркозависимых, рассказал мне о женщине, которую направили к нему для проведения диагностики. По окончании первичной консультации он сообщил ей, что, на его взгляд, она страдает аддиктивным расстройством, и рекомендовал ей включиться в его программу лечения, которая поможет ей отказаться от употребления. Она отнеслась к этому с удивлением, и заявила, что пришла не для того, чтобы бросить, а для того, чтобы снизить частоту

² Этот слоган часто используется сообществом «Анонимные Алкоголики» и предположительно основан на описании алкоголя из Большой книги АА (Alcoholic Anonymous, 1939, стр. 58-59) как «хитрого, властного, сбивающего с толку».

употребления. Он ответил, что в этой программе ей могут помочь только с полным отказом от употребления, и посоветовал вернуться, когда она будет к этому готова. Больше ничего предложить ей он не мог. На этом консультация завершилась, других рекомендаций не было. Интересно, какое выражение лица было у этой женщины, и какие эмоции она испытала в результате такого неожиданного завершения интервью.

Другая история иллюстрирует проблему с психотерапевтической точки зрения. Несколько лет назад студентка на моем курсе, социальный работник, рассказала о недавнем инциденте. В психотерапевтической клинике общего профиля она на протяжении пяти сессий наблюдала нового клиента, прежде чем представить этот случай своему куратору, старшему социальному работнику клиники. Клиентом была женщина лет тридцати, имевшая в прошлом серьезные проблемы с употреблением наркотиков, из-за чего она прошла программу в реабилитационном центре. Она обратилась к терапевту, чтобы проработать ряд вопросов, включая проблемы на работе, сложности в отношениях, низкую самооценку и периодическое возвращение к употреблению наркотиков. У терапевта сложилось впечатление, что их совместная работа стартовала неплохо: начал формироваться крепкий терапевтический альянс, клиентка начала разбираться со своими проблемами, и, судя по всему, рекомендации терапевта были ей по душе. Ответ куратора был немедленным и категоричным: клиентке необходимо отказать в продолжении лечения в связи с политикой клиники, заключающейся в том, что она не работает с активными наркопотребителями. Куратор безапелляционно заявила: «Нельзя доверять словам наркоманов, пока они не проведут хотя бы полгода в трезвости, до тех пор психотерапия не будет для них эффективна».

Социальный работник чуть не плакала, когда рассказывала однокурсникам о реакции клиентки на это известие. Сообщив женщине на следующей сессии о политике клиники, она сразу же попыталась выразить эмпатию и обсудить перенаправление в хорошую реабилитационную программу. Но было слишком поздно: в глазах клиентки читалась боль и отчужденность. На следующую сессию она не пришла.

К сожалению, подобные истории не являются чем-то из ряда вон выходящим. Подход, основанный на полном воздержании, работает коварным образом. Другой руководитель крупного известного реабилитационного центра во время панельной презентации заявил группе специалистов в области помощи сотрудникам: «Я бы

поработал с активным наркопотребителем некоторое время, но хочу четко обозначить свою позицию: я не верю, что зависимый человек способен сделать свое употребление умеренным, и хотел бы, чтобы пациент доказал обратное, если это возможно». Эту точку зрения разделяют многие клиницисты, причем некоторые озвучивают ее своим клиентам, а другие – нет, и она может оказать негативное воздействие на терапевтический процесс, нарушить его. Как может человек, употребляющий наркотики, встать на путь исцеления, когда специалист, которому он платит и к которому обратился за помощью, убежден, что это невозможно? Как клиент сформирует терапевтические отношения с клиницистом, который втайне считает, что он не способен быть честным или эмоционально не готов к лечению?

Мои собственные низкие показатели эффективности вызывали у меня чувства стыда и вины из-за моей неспособности помочь людям, которые приходили ко мне на консультации или обращались в программы лечения. Идея о том, что людям нужно «достичь дна», то есть пострадать еще больше от своей зависимости, чтобы наполниться мотивацией к прекращению употребления, стала для меня неприемлемой. Создавалось впечатление, что наша сфера перекладывает ответственность за собственные неудачи на клиентов, вместо того чтобы взять на себя обязательство решить проблему, попытавшись найти ограничения в собственных базовых положениях и процессах. Мне казалось, что подобный уровень неудач должен побудить нас на поиски новых, более креативных и инклюзивных способов работы с людьми. Я перестал довольствоваться аргументом об отсутствии мотивации у клиентов для объяснения нашей низкой эффективности, и стал задаваться вопросом, может ли подход, ориентированный исключительно на воздержание, быть существенным фактором отсутствия успеха в терапии. А поскольку я проходил профессиональную подготовку в рамках именно этого подхода, то чувствовал себя загнанным в тупик. Несмотря на то, что наша работа приносила очевидную пользу многим людям, а в некоторых случаях и вовсе спасала жизни, мне стало ясно, что ограничения системы, основанной исключительно на воздержании, были отталкивающими и попросту вредными для людей, нуждавшихся в помощи здесь и сейчас. Озадаченный, я начал искать альтернативы.

В 1987 году я стал заниматься частной психотерапевтической практикой, поэтому смог работать с клиентами в более гибкой манере. В конце 1980-х я начал пробовать

консультировать клиентов, которые не были заинтересованы в полном прекращении употребления, но с моей помощью хотели разобраться в том, что им нужно делать. Они хотели понять, могут ли они научиться употреблять менее разрушительным для себя образом. Я знал, что, согласившись помогать им на пути к этим целям, я буду нарушать традиционные правила, но в аспирантуре меня учили *по-настоящему* принимать людей такими, какие они есть. Некоторые из этих клиентов проявляли достаточную мотивацию, проницательность и открытость, и это вселяло в меня надежду относительно моего эксперимента. Мне казалось, что стабильная умеренность будет значительным улучшением, а если нет, то, по крайней мере, наш терапевтический процесс подтолкнет клиента к отказу от употребления. В любом случае, за этой работой скрывались потенциальные преимущества.

В течение последующих нескольких лет я начал замечать значительные прорывы и достижения в части как более умеренного употребления, так и полного отказа от веществ. Некоторым людям удавалось существенно сократить частоту употребления, у других это не получалось, и вместо этого у них появлялась мотивация полностью прекратить употреблять. Согласно традиционной модели, эти удачи были невозможны. Я беспокоился, что, если мои коллеги узнают о том, что я делаю, моя этичность окажется под вопросом.

Как-то раз в 1994 году я разговаривал с Аланом Марлаттом по телефону о своей работе. Алан – психолог, за плечами которого долгая и уважаемая карьера клинициста и исследователя в области лечения алкогольной зависимости. В 1985 году он написал революционную книгу «Профилактика срыва». Мне посчастливилось быть его другом и коллегой. Я рассказал ему о своем беспокойстве относительно ограничений, присущих традиционной модели, и о той экспериментальной работе, которую я выполнял в своей частной практике. Он ответил: «Ты занимаешься снижением вреда». Я спросил: «Что это такое?» Когда он познакомил меня с концепцией снижения вреда как с альтернативой традиционной модели лечения, я сразу же осознал философскую и клиническую основу своей работы.

После этого разговора я открыл для себя снижение вреда как философию, лежащую в основе прагматичного и сочувственного отношения к клиентам и самому себе, как клиническую теорию, способную повлиять на лечение широкого спектра людей,

употребляющих наркотики, как критику и улучшение существующей системы лечения и как набирающее силы движение, объединяющее клиницистов, исследователей и законодателей, которые совместно привносят прогрессивные взгляды в сферу лечения наркотической и алкогольной зависимости.

Снижение вреда – это система помощи людям, употребляющим алкоголь или наркотики, которые не могут или не хотят полностью отказаться от веществ (а это большинство потребителей), в уменьшении вредных последствий употребления. В рамках данной концепции признается, что для многих людей воздержание может быть лучшим результатом, однако не ставит его во главу угла как единственную приемлемую цель и критерий успеха. Вместо этого допускаются и более мелкие, постепенные изменения в направлении снижения вреда от употребления веществ. Данная книга демонстрирует, что эти простые изменения в фокусе и ожиданиях имеют впечатляющие последствия для повышения эффективности психотерапии.

Эта книга отражает путь, который я проделал с момента того разговора с Аланом Марлаттом для внедрения снижения вреда в свой собственный подход к психотерапии. Я рассматриваю снижение вреда как концепцию, опирающуюся на доступные ранее идеи. Она бросает вызов ограничениям существующих моделей лечения алкогольной и наркотической зависимости, пытаясь охватить лечением большинство проблемных потребителей, которым традиционные методики не помогли.

Кроме того, эта книга пополнит растущий пласт литературы, посвященной данной теме. В 1988 году Марлатт и его коллеги опубликовали инновационную книгу «Снижение вреда: прагматичные стратегии управления рискованным поведением», в которой приводилось описание подхода снижения вреда, его история, исследования и применимость к различным группам клиентов. В 2000 году Пэтт Деннинг, еще одна коллега и друг, внесшая значительный вклад во внедрение снижения вреда в психотерапию, опубликовала первое подробное исследование применения данной методики в психотерапии: «Практика снижения вреда: альтернативный подход к проблеме зависимостей». В своей работе она представляет свой многосторонний подход к психотерапии снижения вреда.

Настоящая книга дополняет эти ценные материалы моими взглядами. Она представляет собой исследование той особой ценности, которой обладает психотерапия

снижения вреда в части работы с различными эмоциональными нарушениями, обычно связанными с проблемным употреблением, и сборник историй, показывающих разнообразие форм, которые может принимать этот подход.

Психотерапия снижения вреда

Господствующие в США модели лечения алкогольной и наркотической зависимости, направленные на полное воздержание, продолжают приносить плачевные результаты. Клинические наблюдения и эмпирические исследования чаще всего показывают, что большинство клиентов не завершают курс лечения или не сохраняют трезвость после его окончания. Эти плохие показатели присущи как амбулаторным и стационарным программам реабилитации, так и различным теоретическим подходам. По данным Управления службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA), за период с 1992 по 1997 год только 47% пациентов завершили программы лечения алкогольной и наркотической зависимости, и еще 12% были перенаправлены в другие программы (SAMHSA, 1999). Несколько исследований, посвященных анализу результатов лечения, показали, что всего 20-40% пациентов, прошедших курс лечения до конца, добиваются долгосрочных изменений даже в тех случаях, когда и полное воздержание, и умеренное употребление считаются успешными результатами (Keso & Salaspuro, 1990; Nordstom & Berglund, 1987). Так, Хельцер и др. (Helzer et al., 1985) изучили результаты лечения пациентов, соответствовавших критериям алкогольной зависимости DSM-III³, в четырех направленных на воздержание программах спустя три года после окончания лечения. Только 15,1% сообщили о полном воздержании от алкоголя и 18,4% – о той или иной форме беспроблемного употребления. Дитман и др. (1967) провели исследование среди 301 «людей, систематически совершающих правонарушения в состоянии алкогольного опьянения», которых случайным образом в качестве условия пробации разделили на тех, кто не получал лечение, тех, кто был направлен в сообщество «Анонимные Алкоголики», и тех, кто проходил лечение в клинике. Используя повторный арест за правонарушение, связанное с употреблением алкоголя, в качестве основного итогового показателя, они обнаружили, что в течение года после первоначальной интервенции 68% людей в группе, проходившей лечение в условиях стационара, 69% людей,

³ Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, третье издание (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3rd edition). В настоящее время действует пятое издание руководства – *Прим. пер.*

посещавших собрания АА, и 56% людей, не получавших лечения, были арестованы повторно; различия не являлись статистически значимыми. Совсем недавно в крупномасштабном контролируемом исследовании Project MATCH (Project MATCH Research Group [1997]), финансируемом Национальным институтом по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма, сравнивалась реакция пациентов на различные подходы к лечению. 1726 человек с проблемами, связанными с употреблением алкоголя, были случайным образом распределены для прохождения двенадцати сессий либо 12-шаговой терапии (12-Step Facilitation Therapy), либо когнитивно-поведенческой терапии, либо терапии, направленной на усиление мотивации (Motivational Enhancement Therapy). Используя сохранение полного воздержания в течение одного года после окончания лечения в качестве критерия успеха, исследователи обнаружили, что в группе людей, посещавших сессии 12-шаговой терапии, данный показатель составлял 24%, в группе когнитивно-поведенческой терапии – 15%, в группе терапии, направленной на усиление мотивации, – 15%.

Стандартные подходы не приспособлены для решения серьезных эмоциональных или социально-экономических проблем, сопровождающих наркозависимость. Статистика неудач реабилитационных программ не включает людей с алкогольной или наркотической зависимостью, которые не обращаются за традиционным лечением, а это большинство проблемных потребителей США. По оценкам Министерства здравоохранения и социальных служб США (USDHHS, 1997), на 1997 год около 15 миллионов взрослых американцев были зависимы от алкоголя или злоупотребляли им. По данным SAMHSA (1999), в 1997 году в стране было зарегистрировано 2 207 375 поступлений в 15 000 стационарных и амбулаторных программ. Учитывая, что в некоторых случаях это были одни и те же люди, можно предположить, что лечение в тот год получили около 2 миллионов человек. Эти данные свидетельствуют о том, что приблизительно 85% людей с алкогольной зависимостью не получили лечения. Такая статистика подтверждается оценками Института медицины (1990), согласно которым 80% алкоголиков в США никогда не взаимодействовали с группами взаимопомощи или программами лечения, а также оценками Национального института по вопросам злоупотребления алкоголем и алкоголизма (1999), согласно которым в стране 10 миллионов людей с алкогольной зависимостью не получают лечения. Думаю,

статистика по людям, употребляющим другие вещества, окажется сопоставимой с этими цифрами. Так, исследователи из SAMHSA (Woodward et al., 1997) пришли к выводу, что потребность в лечении наркотической зависимости, за исключением лечения алкоголизма, не удовлетворяется на 48%. Если бы такая профессия, как лечение зависимости, была компанией из списка Fortune 500, она бы уже давно прекратила свое существование.

МОДЕЛЬ «ПОЛНОГО ВОЗДЕРЖАНИЯ» В ТРАДИЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Несмотря на то, что на все эти результаты влияет комплексность проблем, лежащих в основе наркозависимости, я пришел к выводу, что настолько низкая эффективность является следствием преобладающей предпосылки, которая составляет основу большинства программ. Речь идет о «полном воздержании» от употребления. Согласно этой модели, воздержание от употребления любых психоактивных веществ – это единственная приемлемая цель для людей, компульсивно употребляющих наркотики. Чтобы получить доступ к лечению, клиент должен согласиться с этой целью, а также быстро достигнуть и придерживаться ее, чтобы оставаться в программе. Воздержание считается критерием успеха как для клиента, так и для учреждения, предоставляющего лечение, а также необходимым условием для дальнейшего оказания помощи. Людям, которые хотят начать с решения других проблем, прежде чем заняться вопросом своей наркозависимости, как правило, говорят, что они рационализируют и отрицают наличие «болезни».

Эта модель базируется на представлении о том, что если проблемные потребители не готовы соблюдать полное воздержание от всех наркотиков и алкоголя, то они не отвечают требованиям программы: предполагается, что у активных потребителей настолько нарушены восприятие и здравомыслие, что они не могут значимым образом участвовать в программе лечения или психотерапии. Общепринятая точка зрения заключается в том, что потребитель должен «достичь дна», то есть пострадать от предполагаемых негативных последствий своего употребления еще больше, чтобы его мотивация к воздержанию усилилась. В результате этих требований люди оказываются заложниками Уловки-22⁴, и лишаются возможности получить лечение. С людьми,

⁴ Уловка-22 – ситуация, возникающая в результате логического парадокса между взаимоисключающими правилами и процедурами. Термин был введен американским писателем Джозефом Хеллером в одноименном романе, опубликованном в 1961 году. – *Прим. пер.*

употребляющими наркотики (ЛУН), которые обращаются за помощью в решении вопросов, не связанных с их зависимостью, как правило, не начинают психотерапию, а направляют в программы реабилитации, в то время как тем, кто не готов или не способен воздерживаться от употребления, отказывают в лечении. Клиентов, которые не могут прекратить употреблять, исключают из реабилитационных программ, зачастую без возможности обжаловать это решение или с рекомендациями, которые не подходят клиенту. Подобное отношение не только останавливает многих людей от обращения за помощью, в которой они нуждаются, оно часто деморализует и вредит людям, которые приходят в состоянии наибольшей уязвимости и готовности к изменениям.

Представления, основанные на противоречивой концепции заболевания

Эти представления базируются на неоднозначной «концепции заболевания», согласно которой компульсивное употребление ПАВ обусловлено наличием у человека гипотетической «болезни зависимости». Считается, что эта болезнь живет своей жизнью, и что ее можно отделить от комплекса проблем, влияющих на жизнь наркопотребителя. Болезнь признается перманентным, пожизненным состоянием, она дремлет даже в те моменты, когда человек не употребляет вещества. Эта гипотетическая болезнь неизбежно приводит к утрате контроля над употреблением. Кроме того, она считается смертельной, если ее вовремя не остановить, то есть если потребитель не будет придерживаться полного воздержания. По сути, эта модель изолирует поведение, связанное с употреблением наркотиков, от остальных аспектов человеческой личности и утверждает, что сначала необходимо работать с этим поведением, а уже потом со всем остальным.

Биологический и поведенческий редукционизм отрицает личностный смысл

Несмотря на то, что зачастую избыточное употребление наркотиков связано с биологическими и поведенческими факторами, модель заболевания сводит проблемное употребление только к биологии и обусловленности. Господствующий подход, направленный исключительно на воздержание, не ориентирован на глубину или процесс, и отрицает важность уникальных личностных смыслов, которые употребление наркотиков имеет для людей. Эта модель обесценивает, дегуманизирует и объективирует наркопотребителей, а также зачастую отталкивает человека от обращения за помощью, вместо того чтобы исследовать недостатки собственных

представлений.

Иногда воздержание – это идеальный подход с точки зрения снижения рисков для многих людей, злоупотребляющих ПАВ. Однако можно утверждать, что большинство потребителей не готовы или не способны принять воздержание в качестве своей цели в самом начале процесса лечения по целому ряду уважительных причин. Следовательно, они сталкиваются с ожиданиями, которые мешают их эффективной вовлеченности на самом старте. Этот «высокопороговый» принцип нулевой терпимости (условно говоря, потенциальный клиент должен высоко подпрыгнуть, чтобы пройти через дверь) просто не учитывает обстоятельства, в которых живет большинство клиентов; скорее он требует, чтобы они соответствовали модели, изобилующей устаревшими представлениями и ожиданиями.

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА И РАЗНООБРАЗИЕ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

Люди, злоупотребляющие наркотиками, представляют собой многообразную группу людей, отличающихся друг от друга во многих важных смыслах, включая тяжесть проблем, вызванных употреблением, личные цели в отношении употребления (например, умеренность или, наоборот, воздержание), мотивацию и готовность к изменениям, эмоциональное состояние, сильные стороны и уязвимости, а также социально-экономические и культурные аспекты. Очевидно, что любая «универсальная» модель обречена на провал для большинства клиентов. Это разнообразие предполагает потребность в более гибком, инклюзивном и всеобъемлющем подходе, чтобы повысить общую эффективность помощи настолько широкому спектру людей.

Снижение вреда – альтернативная парадигма лечения для этой многообразной группы, обладающая множеством преимуществ перед методикой, основанной на полном воздержании, делающая лечение более приемлемым и релевантным для большего числа клиентов и способная повысить его общую эффективность.

История

Концепция снижения вреда впервые появилась в Нидерландах в 1970-х гг. в качестве ответа на ограничения традиционного подхода, основанного на воздержании. С тех пор она стала наилучшей из имеющихся методик и оказывает влияние на национальные политики многих стран в области лечения наркозависимости, в том

числе Нидерландов, Германии, Англии, Австралии и Канады (Marlatt, 1998). В США снижение вреда получило признание в конце 1980-х – начале 1990-х гг. в качестве набора прагматических стратегий в области общественного здравоохранения по сокращению распространения ВИЧ и других рисков, связанных с активным наркопотреблением (Heather, Wodak, Nadelman, and O'Hare, 1993). Эти стратегии включают предоставление чистых игл, презервативов и опиоидную заместительную терапию.

Альтернативная парадигма

Неотъемлемой частью этих стратегий является альтернативная философская парадигма помощи ЛУН. Концепция снижения вреда не идет вразрез с воздержанием, а включает его в качестве одной из возможных целей для потребителей, а для многих – как лучший возможный результат снижения вреда. Но она представляет собой критику подхода, основанного исключительно на воздержании, о котором я говорил ранее. В то время как последний ограничивает круг людей, которым может быть оказана помощь, и формат этой помощи, снижение вреда переворачивает лечение зависимости с ног на голову, отказываясь от убеждения, что от всех клиентов, проблемно употребляющих наркотики, требуется воздержание. Таким образом, открывается дверь для привлечения всего спектра наркопотребителей.

Алан Марлатт в своей революционной книге «Снижение вреда», написанной в 1988 году, называет снижение вреда «сочувственным прагматизмом». Будучи прагматичным подходом, оно признает активное употребление как факт, принимает людей такими, какие они есть, а не какими они должны быть согласно требованиям медицинских учреждений. По сути, снижение вреда следует за природой клиента, вместо того чтобы просить его соответствовать условиям лечения. Оно признает, что употребление и его последствия различаются по степени наносимого вреда для потребителя и общества, и что поведение, как правило, меняется небольшими, постепенными шагами. Снижение вреда стремится помочь клиенту продвигаться по этому континууму в направлении уменьшения вреда. Таким образом, любое подобное уменьшение вреда рассматривается как шаг в правильном направлении. Для многих потребителей воздержание считается идеальным результатом в части снижения вредных последствий употребления, однако альтернативные цели, которые уменьшают негативные последствия употребления, также приветствуются (Marlatt and Tapert, 1993).

Как подход, в центре которого лежит сочувствие, снижение вреда активно бросает вызов присущей нашему обществу тенденции относиться к наркопотребителям стигматизирующим, неуважительным, принудительным и карающим образом. Концепция заболевания, лежащая в основе модели воздержания, отрицает те сложные личностные смыслы, которые употребление может иметь для наркопотребителей, что приводит к неудаче в лечении. Подобное же отношение прослеживается и в стараниях правительства криминализировать людей, употребляющих наркотики. Вместо выделения средств на реформы системы лечения, образования и других поддерживающих услуг, чтобы удовлетворять различные потребности этой группы населения, США тратят значительно больше денег на репрессивные меры в области уголовного правосудия. Это ясно свидетельствует о лицемерии правительства в том, чтобы рассматривать злоупотребление наркотиками в качестве заболевания или следствия серьезных психологических или социальных проблем. В каких еще сферах здравоохранения мы отказываем людям в продолжении лечения из-за того, что они все еще не смогли решить свою проблему, а затем отправляем их в тюрьму за проявление этого проблемного поведения? Снижение вреда бросает нам, как терапевтам и как обществу в целом, вызов, чтобы мы могли найти более новаторские и эффективные способы помощи людям, употребляющим наркотики.

Снижение вреда оказывает влияние на лечение

Это простое, но критически важное смещение фокуса оказывает положительное влияние на лечение на двух уровнях. В качестве общей концепции снижение вреда предполагает необходимость комплексной системы лечения, связанной со всем спектром терапевтических методов, соотносящихся с потребностями широкого многообразия наркопотребителей. Снижение вреда также оказывает влияние на то, каким образом осуществляется взаимодействие между клиентами и клиницистами на каждой стадии процесса лечения: от оценки и первоначального вовлечения до постановки целей и работы в направлении изменений, будь то снижение частоты употребления, воздержание или другие цели по уменьшению вреда. Вопрос «*точного попадания*» будет рассмотрен более подробно в Главе 4.

ПСИХОТЕРАПИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Все больше исследователей и клиницистов расширяют применение снижения вреда от стратегии в области общественного здравоохранения до использования в

психотерапии и консультировании активных наркопотребителей (Carey and Carey, 1990; Denning, 2000; Marlatt and Tapert, 1993; Marlatt, 1998; Peele and Brodksy, 1992; Rothschild, 195; Tatarsky, 1998). Я понимаю психотерапию снижения вреда как общую категорию психологических интервенций, которые могут различаться по своим теоретическим взглядам и клиническим подходам, но иметь общую приверженность уменьшению вреда, связанного с активным употреблением психоактивных веществ, и не считают воздержание идеальной целью для всех наркопотребителей.

В следующем разделе я описываю неотъемлемые, с моей точки зрения, компоненты психотерапии снижения вреда и ее клиническое обоснование.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ

Я обобщу подход к психотерапии снижения вреда, который разработал в собственной практике, взаимодействуя с широким спектром клиентов, употребляющих ПАВ, за последние 15 лет. Моя методика соответствует биопсихосоциальной модели восприятия проблем, связанных с употреблением наркотиков, в том смысле, что она признает, что личностные смыслы, социальное научение и условия, а также социально-межличностные и биологические факторы могут играть роль в зарождении этих проблем, и что конкретный вклад каждого из этих факторов для отдельного клиента должен пониматься при разработке индивидуального, наиболее эффективного плана лечения. Этот подход начинается с допущения, что проблемы, связанные с употреблением ПАВ, могут быть следствием различных психологических, социальных и биологических факторов, сочетание которых является уникальным для каждого человека.

Интегрирование стратегий, направленных на изменения

Психотерапия снижения вреда является интегративным, или комплексным подходом в том смысле, что она также признаёт, что употребление наркотиков может быть обусловлено поведенческими, социокультурными и биологическими факторами, в которых необходимо разобраться для разработки эффективных интервенций. Правильное понимание вклада всех этих факторов неизбежно приведет к такой методике лечения, которая будет включать в себя стратегии, направленные на все релевантные факторы для каждого отдельно взятого клиента. Учитывая многообразие людей, употребляющих наркотики, методики психотерапии снижения вреда могут выглядеть по-разному в зависимости от конкретного пациента. Следовательно,

психотерапевты, работающие в этой сфере, должны быть адаптированы к уникальным качествам каждого клиента и проявлять гибкость в сочетании различных видов психологических, поведенческих и биологических/фармакологических вмешательств в зависимости от потребностей клиента.

Люди употребляют ПАВ потому, что последние помогают им, по крайней мере, в первое время, удовлетворять некоторые психологические, социальные или биологические потребности. Мы можем назвать употребление проблемным или избыточным, когда оно ставит под угрозу или сдерживает реализацию других важных потребностей и ценностей. Однако если мы хотим, чтобы любой вид лечения наркозависимости имел шанс на успех, он должен начинаться с попытки обнаружить конкретные причины или мотивы, которые сделали вещество настолько притягательным, несмотря на проблематичные последствия. После выявления этих факторов можно подобрать сочетание стратегий и видов лечения, направленных непосредственно на них.

ВКЛАД ПСИХОАНАЛИЗА

Я считаю, что те многочисленные личностные смыслы, которые несет, выражает и отражает употребление, уникальные в случае каждого наркопотребителя, являются ключевыми в понимании мотивации к употреблению и злоупотреблению. Идентификация этих смыслов необходима для формирования долгосрочных положительных изменений в употреблении. На мой ход мыслей в этом отношении во многом повлиял психоаналитический/психодинамический вклад в понимание мириада личностных смыслов, которые употребление наркотиков может иметь для людей.

Современные авторы, описывающие проблемы с употреблением ПАВ с точки зрения психодинамического подхода, как правило, подчеркивают «адаптивную» ценность, которую вещества могут иметь для человека, в качестве одной из возможных причин их притягательности (Khantzian, Halliday, and McAuliffe, 1990; Wurmser, 1978). Согласно данной точке зрения, вещества могут выполнять важные психологические функции, которые помогают потребителю справляться с жизненными вызовами более эффективно. На них можно положиться с целью самолечения или защиты от подавляющих аффективных состояний, регуляции хрупкой самооценки, поддержания межличностной эффективности, комфорта или утешения, успокоения строгого

внутреннего критика («супер-эго»). Употребление позволяет, в числе прочего, испытывать временное ощущение удовольствия, недоступное в состоянии трезвости.

Я раскрываю важность психоаналитического вклада в психотерапию снижения вреда в Главе 2 и рассматриваю некоторые конкретные смыслы, которые употребление может иметь для людей, и каким образом с ними можно работать, в Главах 5, 6, 7 и 8.

Личностный смысл и замкнутый круг избыточного, «аддиктивного» употребления наркотиков

С течением времени, по мере того как хроническое употребление наркотиков все больше интегрируется в психологическое функционирование и образ жизни человека, оно может выполнять множество разнообразных функций. Кроме того, зачастую хроническое употребление связано с различными изменениями, происходящими на психологическом и биологическом уровнях, а также в обуславливании и образе жизни человека. Эти изменения усугубляют изначальные мотивы для употребления и могут сделать их более интенсивными, тем самым увеличивая потребность в веществе. Обнаружение взаимодействия между первоначальными смыслами, которые наркотики имели для человека и делали их столь притягательными, и последствиями хронического употребления позволяет понять избыточное употребление и является альтернативой модели болезни. Как выражение сложной взаимосвязи между личными и социальными факторами, употребление наркотиков можно рассматривать в качестве проявления интерактивного процесса, более открытого к изменениям, чем статичная модель болезни, для которой воздержание *сейчас* является единственной отправной точкой.

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Цель работы – выстроить с клиентом такие взаимоотношения, которые будут поддерживать его в прояснении проблемных аспектов употребления и движении в направлении решения этих проблем с помощью целей и стратегий, соответствующих тому, кем он является как личность. Идеальный результат этой методики – поддержать потребителя в снижении вреда от употребления до такой степени, чтобы оно оказывало минимальное негативное воздействие на другие стороны его жизни. Каким именно будет результат – более умеренное употребление или полное воздержание, – зависит от того, что будет реальным для клиента на практике, и становится очевидным в процессе лечения. В конечном итоге, цель определяется благодаря выявлению различных

биопсихосоциальных факторов, которые изначально привели к употреблению и продолжают ему способствовать, и нахождению альтернативных, более эффективных решений, не связанных с употреблением. Однако принцип снижения вреда использует в качестве отправной точки вовлечение клиента в программу лечения на основе его собственных первоначальных целей, а конечная цель лечения проистекает из процесса терапии.

СТАДИЯ ВОВЛЕЧЕНИЯ/ОЦЕНКИ

Краеугольным камнем всех эффективных программ лечения является терапевтический альянс между клиентом и клиницистом, направленный на достижение общих целей. Таким образом, терапия должна быть сфокусирована на определении проблемы и целей, совершенном самим клиентом. Начав с попытки разобраться в причинах, подтолкнувших клиента к посещению психотерапевта, альянс можно сформировать вокруг совместного изучения вопросов, беспокоящих клиента, и того, какое влияние на них оказывает употребление (если вообще оказывает). Не имея предрассудков в отношении употребления наркотиков, мы способны присоединиться к клиенту в этом исследовании, оставляя открытым вопрос о том, какое влияние вещество оказывает на другие стороны его жизни. Это ставит нас на сторону клиента, позволяет избежать борьбы за власть в контексте того, что «должен» делать клиент, и является проявлением уважения и эмпатии по отношению к нему, что благоприятно сказывается на его ощущении безопасности и поддержки в нашем присутствии.

Природа проблемы изучается посредством детального разбора причин, побудивших клиента к визиту, текущего паттерна употребления и влияния наркотика на другие важные сферы жизни. Признается, что вещество обладает позитивной ценностью для наркопотребителя, которую необходимо сопоставить с негативными последствиями употребления. Выявление позитивной функции вещества открывает дверь к обсуждению вопроса о существовании других, более эффективных и менее вредных способов удовлетворения этих потребностей.

Клиенты обучаются стратегии самонаблюдения для формирования ясной картины того, каким образом вещества встроены в их жизнь в части ситуационных триггеров, мыслей и чувств, позитивных и негативных последствий употребления. Стратегия заключается в том, чтобы уделять пристальное внимание физическим ощущениям,

мыслям и чувственным восприятиям в текущем моменте и описывать их подробно, без осуждения и настолько полно, насколько это возможно. Затем клиента просят пользоваться этой техникой всякий раз, когда он замечает у себя мысли или поведение, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, для того, чтобы определить мысли и чувства, предшествующие ему и следующие за ним. Помочь в этом могут письменные записи таких наблюдений, которые клиент может приносить на сессии для обсуждения с терапевтом.

ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ

По мере прояснения проблемных аспектов употребления ПАВ и других вопросов, вызывающих беспокойство клиента, становится возможным сформулировать цели и согласовывать план лечения для их достижения. В этом вопросе я руководствуюсь наиболее насущными для клиента проблемами, будь то работа в направлении умеренного употребления или воздержания, прояснение мотивационных барьеров к непосредственной работе с употреблением или решение других вопросов, не связанных с употреблением. Вместо того чтобы начинать с предположений о реалистичности этих целей, я рассказываю о своем опыте работы с клиентами со схожими проблемами (если это уместно) и рекомендую прагматичный подход к определению того, достижимы ли цели клиента. Работая над реализацией выбранных клиентом целей, мы можем вместе обнаружить, выполнимы ли они на практике. По мере возникновения трудностей на этом пути цели и стратегии могут быть пересмотрены.

Многим клиентам, для которых употребление ПАВ продолжает выполнять определенную положительную функцию, необходимо ответить на вопрос о том, могут ли они умерить свое употребление, прежде чем рассмотрят возможность отказа от него. Как правило, для этого требуется целенаправленная попытка, включающая в себя овладение способами достижения умеренности. Если у клиентов не получается добиться умеренности таким образом, они, скорее всего, четко осознают, почему это произошло, основываясь на своих собственных наблюдениях, и с большей вероятностью рассмотрят возможность полного отказа от вещества.

РАБОТА В НАПРАВЛЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ

Результатом этого процесса становится создание «идеального плана употребления ПАВ», разработанного таким образом, чтобы максимизировать позитивное значение употребления вещества для клиента, одновременно с этим минимизируя негативное

влияние употребления *до того уровня, до которого в настоящий момент готов дойти клиент*. Идеальный способ употребления, количество вещества и частота употребления вырабатываются эмпирически, путем изучения опыта клиента во время употребления. По мере того как клиент пытается претворить этот план в жизнь, можно непрерывно производить оценку того, насколько успешно он достигает поставленных целей. План можно настраивать для более эффективного достижения целей по мере продвижения терапии.

Трудности, с которыми сталкивается клиент на пути успешного выполнения плана, подвергаются «микроанализу», чтобы идентифицировать ситуационные и психологические проблемы, побуждающие к чрезмерному употреблению. Эти трудности могут быть связаны с обусловленными средовыми или эмоциональными триггерами, социальным давлением, эмоциональными состояниями, с которыми помогает справляться вещество, или неосознаваемыми клиентом мотивами (например, пассивное, саморазрушительное выражение гнева посредством употребления, наносящего вред самому человеку). Идентификация этих мотивов ведет к исследованию альтернативных способов копинга. Последние могут включать обучение полному спектру навыков преодоления трудностей, включая тренинги по релаксации, управлению гневом, асертивности, идентификации и вербализации чувств конструктивным способом. Терапевт помогает клиенту в их освоении и рекомендует применять их во время терапевтических сессий и в повседневной жизни. Подобное разрешение может поставить под сомнение первоначальное представление клиента о том, что заботиться о самом себе – неприемлемо, и позволить ему более эффективно использовать врожденные способности заботы о себе. Когда он начинает осознавать разнообразие мотивов для употребления ПАВ, компульсивная потребность в употреблении может немного отступить, поскольку у человека появляется возможность выбрать альтернативный вариант. На данном этапе становится возможным обсуждение других способов разрешения этих более широких эмоциональных или психологических вопросов. Многим людям необходимо увидеть альтернативные возможности для того, чтобы почувствовать мотивацию к отказу от знакомых, привычных способов копинга. В ходе терапии фокус работы расширяется с употребления ПАВ до целого ряда более крупных вопросов: человек лучше узнает самого себя, учится прислушиваться к себе и принимать себя на более глубоком

уровне, обнаруживает более эффективные способы заботы о себе.

Поскольку в этом подходе нет заранее установленных целей, его можно применять к широкому спектру людей, испытывающих проблемы, связанные с употреблением ПАВ. В случае с некоторыми клиентами эта работа относительно проста и прямолинейна и может состоять из небольшого числа встреч для проведения оценки и выработки рекомендаций, которые приведут к кардинальным и долгосрочным положительным изменениям в употреблении. Однако многие случаи требуют комплексной, непредсказуемой и трудной работы как от клиента, так и от терапевта. Зачастую именно это и необходимо для разрешения проблем с употреблением ПАВ, существующих в более сложных психологических и социологических контекстах. Этой реальности стараются избегать методики, основанные на воздержании, но как раз в ней и функционирует психотерапия снижения вреда.

Том: от снижения вреда до умеренного употребления

Автор Эндрю Татарский

Том позвонил мне четыре года назад: его беспокоило, что он «пил слишком много, и в неподходящее время», и он хотел «взять ситуацию под контроль». Он обратился именно ко мне потому, что слышал о моей репутации специалиста, работающего с людьми, имеющими проблемы с алкоголем, которые при этом не хотят бросать пить.

Когда Том пришел ко мне в офис в первый раз, он был испуган и дрожал. За ним тянулся легкий запах спиртного. Я несколько встревожился и задумался, не мешает ли это нашей работе. В итоге, наша первая встреча закончилась на позитивной ноте, мы оба почувствовали возможность продуктивной совместной работы, и это ощущение только росло и крепло на протяжении четырех лет еженедельной терапии.

Том был немного тучным мужчиной, выглядевшим на свои 43 года. Он носил подстриженные усы и кольцо в правом ухе. Он был одет аккуратно, в повседневном стиле, и производил впечатление модного, претендующего на тонкий вкус, молодящегося мужчины, живущего в центре города. Сначала он держался настороженно, но, увидев мой интерес и принятие, быстро расслабился. Он казался ужасно одиноким человеком, жаждущим общения, и был благодарен за то, что я готов помогать ему на его условиях, то есть пока он продолжает пить. За этим могло

скрывать отчаянное желание быть признанным вменяемым человеком. Он пытался понять, могу ли я это желание удовлетворить. Пока Том рассказывал о себе, у меня сформировалось впечатление о нем как об умном, честном, эмоционально уязвимом и талантливом человеке. Он сразу мне понравился, и у меня было хорошее предчувствие насчет нашей совместной терапевтической работы.

Том описал себя так: 43-летний холостяк, американец итальянского происхождения, гей, живущий один в Нью-Йорке. По его словам, сексуальная ориентация приносила ему радость, несмотря на то, что в гей-сообществе произошли определенные перемены, доставлявшие ему все больше и больше проблем. Он не уточнил, в чем дело, но эти проблемные перемены всплыли в дальнейшем в нашей работе. Они были тесно связаны с его пристрастием к алкоголю, а также с множеством иных эмоциональных трудностей и образом жизни.

В течение нескольких следующих встреч обнаружилось, что Том очень восприимчив к тому, как я на него реагирую, даже к мелким нюансам, что говорило о его внимательности к деталям и особенной чувствительности к эмоциональным реакциям других людей. Он выражал сильную потребность в эмоциональной поддержке и подбадривании, часто спрашивал, «делает ли он все правильно», демонстрируя шаги, предпринятые для решения своих проблем, и стремился получить мое одобрение. На самом деле ему нужно было не мое мнение, а одобрение решений, которые он уже принял. Эти моменты дали понять, что у Тома очень хрупкое самоощущение, и он сильно нуждается в оценке окружающих, чтобы оставаться хорошим в собственных глазах. Мне начинало казаться, что меня пригласили исполнять роль матери, гордящейся им и аплодирующей его маленьким шажочкам к большей заботе о себе. Ему не просто нужно было мое одобрение, чтобы хорошо думать о самом себе, он хотел, чтобы я как своего рода родитель помог ему создать более решительную и эффективную версию себя самого. Я задался вопросом, не связана ли уязвимость в его самоощущении с проблемами с алкоголем. Эту гипотезу удалось подтвердить сразу несколькими важными моментами.

Том сказал, что он действительно воспринимает свой алкоголизм как проблему, хотя в основном он начал лечение из-за давления на работе. У Тома была ответственная должность, он работал куратором в художественном музее. Незадолго до его визита ко

мне начальство Тома выдвинуло ультиматум: либо он лечит свой алкоголизм, либо его уволят. На работе Том переживал кризис. Его очень беспокоило то, как коллеги реагировали на его пристрастие к алкоголю: ему казалось, что они его осуждают и не понимают. Обращение ко мне было второй попыткой Тома получить помощь в борьбе с алкоголизмом. Первая произошла за девять месяцев до нашей встречи, когда коллеги Тома принудили его начать лечение. Они организовали театрализованную интервенцию, чтобы он прошел интенсивный курс реабилитации, решив за него, что у него нет других вариантов. Пока Том рассказывал эту историю, он пытался сдерживать злость и грусть. Без предупреждения в начале рабочего дня коллеги прилюдно заявили, что они записали его на это утро на консультацию в известную программу лечения алкоголизма, и что на улице ждет машина, чтобы отвезти его туда. Том понял, что у него нет выбора: если он не поедет, то рискует потерять работу, которой отдал 23 года своей жизни.

По словам Тома, он был «шокирован». Он сказал, что никто и никогда до этого не говорил ему, что его работа страдает из-за того, что он пьет. Он чувствовал себя глубоко униженным и преданным. Он спрашивал коллег, почему же никто не поговорил с ним об этом, раз они переживали. Он сказал, что сам добровольно прошел бы консультацию, если бы с ним это обсудили. Растерянный, на глазах у всех, он не видел другого выхода, кроме как подчиниться их безрассудному предложению. Он отправился на консультацию.

На консультации Тому сказали, что он алкоголик. Специалист сказал, что, по его мнению, Том преуменьшает тяжесть своей проблемы и ему нужно бросить пить. Он порекомендовал Тому начать интенсивную амбулаторную программу, которую необходимо было посещать четыре вечера в неделю. Испытывая давление и не видя другого выхода, Том стал участником программы.

В течение полугодового курса Том не притрагивался к алкоголю. Он хотел задать вопрос насчет того, можно ли ему будет безопасно пить в будущем, но не смог ничего узнать, поскольку такой вариант был в программе под запретом. Том быстро понял это из механических, высокомерных ответов сотрудников на его вопросы и заявлений о том, что он преуменьшает проблему, отрицает ее и «не может признать, что он болен». Подобный опыт лечения травмировал его и отбил желание когда-либо снова проходить

терапию. Позже в процессе нашей работы Том рассказал, что по окончании лечения он думал о себе хуже, чем в его начале.

Вскоре после завершения программы Том снова начал пить, теперь с удвоенной силой. О его злоупотреблении алкоголем быстро стало известно начальству. Том звонил коллегам в состоянии опьянения и приходил на рабочие встречи пьяным. Руководство снова потребовало, чтобы Том начал лечение, либо его уволят.

На работе Том нервничал и боялся, что если он выразит свои чувства, то испортит отношения с людьми. Это отвлекало его, мешало сконцентрироваться на работе и написании книги. Разрыв отношений на работе привел к тому, что Том чувствовал себя одиноким как никогда прежде. Он осознал, что в последнее время пил для того, чтобы справиться с гневом и одиночеством. Он сказал, что «попытка его коллег помочь совсем не помогла», а лишь усугубила давние проблемы, приведшие его к алкоголю.

Сначала я не мог точно определить природу проблем Тома с алкоголем и не был уверен в том, сможет ли он достичь своей цели – умеренного употребления. Мне казалось, что его алкоголизм был осмысленной реакцией на болезненные эмоции, напряженные ситуации в настоящем и некоторые хронические проблемы.

Том часто был очень подавлен. Фоном для недавнего предательства коллег была депрессия, развивавшаяся на протяжении более чем 15 лет, когда он постепенно терял главные точки опоры, поддерживавшие его хрупкое самоощущение. Для укрепления уязвимой самооценки Тому была постоянно необходима положительная реакция окружающих. Он сохранял свои отношения с ними, потому что был чрезмерно дружелюбен и избегал конфликтов. Он давно отказался от свободного, прямого и уверенного выражения злости или сексуального желания.

Мы использовали подход снижения вреда для создания терапевтических условий, чтобы оценить проблемы Тома и создать терапевтический союз, пока он продолжал пить. Интегративный аспект этого подхода позволил мне выяснить смыслы и функции употребления алкоголя для Тома, в то же время активно поддерживая использование им специальных копинг-стратегий, помогающих справиться с его потребностями более прямым и эффективным способом и без алкоголя.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Начало работы / Стадия оценки

Я согласился работать с Томом над выяснением того, сможет ли он умерить потребление алкоголя. Мы запланировали встречаться раз в неделю на 45-минутные сессии. Я сказал Тому, что мы не знаем, сможет ли он успешно осуществить эти изменения, поэтому предложил относиться к этому как к эксперименту. Том сказал, что ему вполне нравится такое начало нашей совместной работы. Он сказал, что осознает вероятность того, что не сможет научиться контролировать употребление алкоголя, но должен предпринять серьезную попытку, прежде чем смириться с полным отказом от спиртного.

Наш терапевтический союз быстро образовался на основе общей цели – исследования его способностей к контролируемому употреблению алкоголя. Моя изначальная позиция отражала понимание и уважение того, что было важно для Тома, что создало безопасную атмосферу для терапии. У Тома быстро сформировалось хорошее отношение к работе со мной, он сказал, что полон оптимизма по поводу достижения своей цели. Мне также было важно поддержать Тома в этом начинании для работы с определенными аспектами его личностных проблем и уязвимостями, типичными для людей, употребляющих ПАВ. То, что Том согласился пройти предыдущий курс лечения, хотя чувствовал, что он не отвечает его потребностям, отражало тенденции его отношений с людьми в целом. Его самооценка настолько зависела от одобрения окружающих, что он в целом просто потакал их желаниям, даже если они шли вразрез с его собственными. Это также отражалось в том, как он пассивно принимал плохое, по его ощущениям, обращение на работе, и в его личных отношениях, в которых его физически или словесно унижали и пользовались им. Вместо того чтобы изменить свою модель отношений, он все больше и больше изолировался. Как и у других людей, страдающих алкоголизмом, его пристрастие было пассивным выражением злости, заменяющим слова или уместные ассертивные действия. Замалчивание своих потребностей и подавление своего голоса разрушало его самооценку. Его внутренний критик более десяти лет способствовал развитию депрессии, совместно с пристрастием к алкоголю, заглушавшему боль. Мое желание помочь Тому узнать, что ему необходимо прояснить для себя, было хорошим шагом к освоению навыка самовыражения. Пока я помогал ему понять, что для него важно, он начал находить в себе силы погрузиться с головой в программу, подходившую для его зарождающейся личности.

Первая фаза лечения была посвящена выяснению природы его проблем с алкоголем. Стратегия оценки была сконструирована так, чтобы выявить проблемные аспекты употребления, установить значимую связь его пристрастия к алкоголю с эмоциональными и внешними проблемами и определить базовый уровень употребления для выработки четких целей по изменению поведения. Для достижения этих целей я предложил несколько стратегий поведенческой терапии. Я обучил Тома техникам самонаблюдения, чтобы выявить связи между внешними событиями, мыслями и чувствами, а также мыслями и чувствами, связанными с алкоголем. Клиентам я описываю это как «самомониторинг», «тренировка сознательности», «осознанность» и считаю, что эти техники связаны с психоаналитической концепцией «наблюдения за эго». Я предложил Тому попробовать между сессиями наблюдать за сопутствующими мыслями, чувствами и обстоятельствами всякий раз, когда он испытывает желание выпить, и отмечать их в голове или письменно, чтобы мы могли вместе обсудить их на сессиях. Я предложил следующую начальную задачу: определить четкую картину существующих шаблонов употребления и не менять ничего, пока Том не сможет обозначить для себя четкие цели.

Это исследование включало в себя мысленные и письменные заметки, сделанные в течение первых нескольких недель. Выяснилось, что нынешний паттерн употребления представлял собой от 2 до 6 порций спиртного в день, иногда до 12 порций. В основном он пил в барах, где встречался с приятелями и своими сексуальными партнерами. Он сказал, что последние десять лет пьет в основном так. За это время количество потребляемого алкоголя постепенно увеличилось. Том сказал, что у него не бывало провалов в памяти, алкогольной абстиненции или проблем со здоровьем, вызванных употреблением алкоголя. Он выявил другие негативные последствия, включая необдуманные решения, ведущие к неприемлемому и рискованному поведению, например, незащищенному сексу под действием алкоголя. Другим примером неподобающего поведения было появление на работе с перегаром, не до конца протрезвевшим. Работать в таком состоянии он мог только вполсилы. Иногда он в нетрезвом виде звонил коллегам и выражал свое недовольство тем, как люди работают и ведут себя. Естественно, от этих звонков людям было неловко. Алкоголь негативно влиял на его способность оценивать людей: он привел к себе домой незнакомцев из бара, которые впоследствии ограбили и избили его.

Том полагал, что пил избыточно, неадекватно и разрушительно, но он не хотел видеть в себе алкоголика, неспособного держать себя в узде. Он сказал, что никогда всерьез не пробовал контролировать потребление спиртного, и полагал, что у него есть ряд эмоциональных проблем, из-за которых он чрезмерно пьет. Том сказал, что хочет попытаться научиться лучше себя контролировать.

Мы внимательно изучили его историю употребления, чтобы вместе понять, как алкоголь вписывался в общий контекст его жизни. Стало ясно, что увеличение потребления было ответом на две большие проблемы, которые отражали более давние и глубокие эмоциональные и личностные сложности. Когда мы их выявили, именно они стали центром нашей последующей совместной работы.

Том чувствовал постепенную потерю поддержки сообщества, которое когда-то давало ему чувство принадлежности, крепкую самооценку и возможность близких и интимных отношений. Когда Тому было 20-30 лет, он был уважаемым и известным в городских творческих кругах художником. Он активно участвовал в жизни гей-сообщества в 1960-70-х годах, когда было много возможностей для общения и секса. Эти две среды давали Тому чувство принадлежности, гордость за свои художественные и социальные достижения, и возможность близких отношений: два серьезных и долгих романа, а также много непродолжительных, но ярких сексуальных связей.

Со временем Том начал стареть и полнеть, а в начале 1980-х произошла вспышка СПИДа, и Том постепенно ушел из этой среды: он уже не был таким привлекательным, а в изменившихся обстоятельствах возможности для близких отношений исчезли. Том начал удовлетворять свою потребность в социальном контакте псевдо-связями в барах, но случайным сексом заниматься перестал – боялся заразиться ВИЧ-инфекцией. Он стал пить больше, чтобы заглушить сексуальную неудовлетворенность и одиночество. Затем в 1980-х карьера Тома в художественном музее пошла в гору, и у него появилась новая система поддержки взамен утраченных. Он быстро поднимался по карьерной лестнице на ответственные должности и пользовался огромным уважением среди коллег и художников.

В течение этого периода социальная жизнь Тома ослабевала, но он получал большое удовольствие от рабочих отношений. За несколько лет до начала лечения произошли значительные изменения в том, как начальство поддерживало его интересы,

и в целом в обстановке на работе. Обслуживающий персонал уволили, материально-техническую базу не поддерживали, а поднимать зарплату стали все меньше, как и ценить его вклад в работу. В результате между оставшимися сотрудниками появилось соперничество, а существовавшее раньше ощущение единства исчезло. Из-за этих изменений Том чувствовал себя бессильным и «нелюбимым». Он стал употреблять алкоголь чаще и больше. Именно в этих условиях произошла интервенция, и на тот момент она была для него разрушительна. Том понял связь между изменениями в его социальной среде и его усугубляющейся депрессией и проблемами с самооценкой, и это принесло в его жизнь ясность и облегчение.

Постановка целей

Я поинтересовался у Тома, совпали ли его пьяные неуместные звонки коллегам с интервенцией, или их количество увеличилось после нее? Том осознал, что он давно уже не может открыто выражать свой гнев, особенно на работе, после того, как появился риск ее потерять. Я предположил, что он использует алкоголь, чтобы свободно выражать те чувства, которые он не может проявить, будучи трезвым, а для чтобы противостоять усилиям людей, пытающихся его контролировать, он выставляет свое пьянство напоказ. Пока мы следовали в этом направлении, Том чувствовал подтверждение своих чувств, узнавал себя в этом. Начав яснее понимать свои чувства, он стал лучше осознавать скрытый посыл своего алкоголизма.

Тогда я задался другим вопросом: почему же Том выражает свой гнев и непокорность таким образом, что в результате может лишиться работы, столь важной для него, для его общественной жизни и статуса? Том был достаточно любопытен и внимателен к своим чувствам и включился в решение этого вопроса. Наше дальнейшее исследование выявило серию ассоциаций, ведущих Тома к ряду конфликтов с родителями и другими значимыми близкими: он всегда был склонен скорее винить себя, чем критиковать других. Страх потерять их расположение и принятие и чувство вины за то, что он может причинить боль своим любимым, объясняли внутренний конфликт, из-за которого он не желал выражать свой гнев и другие агрессивные чувства. Саморазрушительный аспект алкоголизма Тома заключался в наказании себя за гнев по отношению к коллегам, самым важным на тот момент людям в его жизни. Алкоголь утешал и приглушал боль недавних потерь. Он также был способом выразить свою злость на людей, отвернувшихся от него, и гнев на себя за то, что он позволил

этому случиться.

Эта интерпретация оказала сильнейшее влияние на Тома и расширила фокус терапии от его отношений с алкоголем и нынешнего кризиса на работе до сложностей с выражением гнева и личных интересов, включая сексуальные и романтические потребности, личных уязвимостей и межличностных проблем, в которых эти конфликты коренились.

Я предложил Тому описать идеальный для него паттерн употребления алкоголя, который позволил бы ему извлекать необходимую ему пользу из потребления спиртного без негативных последствий. Для этого от Тома требовалось провести анализ преимуществ и недостатков своего пристрастия: сравнить то, что для него было очевидными достоинствами алкоголя, помогавшего ему в самоутверждении, с тем, как алкоголь противоречил важным аспектам его жизни. Том решил, что он хочет ограничить потребление алкоголя так, чтобы чувствовать себя несколько расслабленным, но при этом не терять рассудительность и контроль. Он решил прекратить пить по вечерам перед утренними встречами трижды в неделю и стараться не пить, когда он расстроен, поскольку в таком состоянии он мог потерять контроль.

Том хотел выработать другие навыки, чтобы справляться с этими чувствами. Мы договорились установить лимиты употребления алкоголя для тех случаев, когда он пьет, и спустя некоторое время оценить, помогают ли они Тому достичь желаемых целей. На основе своего опыта и рекомендованной мной литературы, Том решил остановиться на двух порциях спиртного в день. На мероприятиях продолжительностью больше 3-4 часов ему разрешалось выпить максимум четыре порции. Он также решил остановиться на вине вместо водки, потому что с вином он мог лучше регулировать потребление.

Работа над умеренностью

К концу второго месяца терапии Том значительно сократил количество спиртного и достиг своего идеального плана употребления. Исследуя внешние обстоятельства, связанные с чрезмерным употреблением алкоголя в прошлом, выделяя внутренние ощущения и внешние триггеры, ныне связанные с тягой к алкоголю и мыслями о нем, Том разработал активный план по поддержке себя в достижении целей по употреблению. Этот план включал в себя изменения в образе жизни, которые бы

способствовали умеренному потреблению, и альтернативные способы разрешения болезненных вопросов.

У Тома не было возможностей социализироваться без алкоголя, и эту пустоту необходимо было заполнить другими способами знакомства с людьми. Размышляя над этой проблемой, Том осознал, что недостаток социальных контактов, в том числе, был следствием их избегания, поскольку он боялся испытать боль и разочарование, как это бывало ранее. Том признал, что социальная поддержка поможет ему в осуществлении изменений, к которым он стремится, и создаст контекст для борьбы со страхами. Я предложил ему вступить в группу, применяющую подход снижения вреда, которую вел мой коллега. Группа поддерживала своих членов в попытках достичь умеренности и помогала тем, кто пытался узнать, подходит ли им этот вариант. Том немедленно вступил в группу. У него получилось эффективно использовать ее как источник информации, и он освоил копинг-стратегии, применяемые другими членами группы. Группа служила Тому лабораторией межличностного общения, где он работал над страхами, мешавшими ему социализироваться.

Наблюдая за потреблением алкоголя и замечая внезапно возникавшие мысли, связанные с ним, Том, уменьшив употребление, теперь мог лучше исследовать свои чувства. Он прояснил и выделил связь между употреблением алкоголя и злостью, депрессией и отстраненностью на работе, а также в отношении своей художественной карьеры. Том осознал, что он потерял поддержку сначала в мире искусства и в гей-сообществе, а затем и на работе, из-за чего утратил свою внутреннюю опору. Он видел, что его пассивно-агрессивный подход, выразившийся в чрезмерном употреблении алкоголя, ухудшал его и без того заниженную самооценку.

Я сказал, что эта ориентация на других была связана с незрелым самоощущением, зависимостью от одобрения окружающих и страхом потери или ответной реакции на открытое, сильное и автономное проявление своих чувств. Благодаря прочности нашего терапевтического союза, сформированного в течение совместной работы, я чувствовал, что могу использовать такую прямую конфронтацию. Как я и ожидал, Том увидел в ней мое желание помочь. Том обдумал мои комментарии, и ему стало интересно исследовать страшные фантазии, которые держали его запертым в этом состоянии бессилия. Если он начнет создавать проблемы, его могут уволить из музея;

раз он не получает необходимой поддержки на работе, то он никогда не найдет работу лучше; если он попытается вдохнуть новую жизнь в свою карьеру через преподавание, писательство, выступления и т.д., то в художественном мире его не примут. Он смог осознать, что все эти переживания были нереалистичны и, скорее всего, основаны на отголосках прошлых отношений, в основном отношений с родителями.

Отец Тома был трудолюбивым, сдержанным, безучастным человеком. Он умер, когда Тому было чуть больше 20 лет. По ощущениям Тома, они друг друга по-настоящему не знали. Том рассказал, что он всегда хотел быть ближе с отцом, и задавался вопросом, мог ли он больше сделать для этого. Он осознавал, что сам активно избегал конфликтов с отцом в надежде, что они могут сблизиться. С другой стороны, мать Тома слишком активно участвовала в его жизни. Она все время критиковала его и остро реагировала на его успехи и провалы. С ней он всегда пытался делать все идеально, чтобы избежать ее недовольства, однако втайне возмущался этим давлением и хотел освободиться от него. Эти сложности в отношениях заложили основы хрупкой самооценки Тома и паттерны его отношений с людьми. Том начал осознавать, что употребление алкоголя вписывалось в эту картину во многих отношениях.

Эти открытия, кажется, воодушевили Тома. Он чувствовал, что его гнев и грусть, вызванные прошлыми потерями и трудностями на работе, были оправданы, и был оптимистично настроен по поводу активного и уверенного самовыражения. Он запланировал выступление на крупной международной конференции в своей сфере, снова загорелся написанием книги, начал заниматься проблемами на работе. В конце концов, Том пошел к своему начальству и рассказал о своих сложностях с алкоголем с той позиции, с которой он сейчас их видел. Он объяснил им, что его цель – умеренность в употреблении, и сказал, что планирует поддерживать изменения посредством решения других проблем в своей жизни. В следующие несколько месяцев Тому удалось заручиться активной поддержкой коллег в осуществлении своего плана, и он начал представлять им идеи новых проектов, получившие их одобрение. Это помогло восстановить ощущение командной работы. Теперь Том видел, как сам в прошлом создавал ситуации, приводившие его к неудачам, и как возобновление активности может все изменить.

На пятый месяц лечения Том решил попробовать 30-дневное воздержание от алкоголя. Инициатива исходила от него, прямых рекомендаций от меня не поступало. Он хотел доказать, что способен на это, в том числе, чтобы символически показать специалистам из прошлой программы лечения, что они ошибались насчет него. Ему также стало очень интересно, что он сможет узнать о себе, если перестанет пить, реагируя на давление окружающих или свой страх.

Тридцать дней прошли достаточно легко, хотя была проделана серьезная работа в отношении того, чем ему занять свое время и что пить вместо алкоголя. Он обнаружил несколько безалкогольных баров и стал более активным в мире искусства, на открытиях галерей и других мероприятиях. После этого периода он постепенно вернулся к своему плану потребления алкоголя.

Он рассказал мне о небольшом «срыве», случившемся спустя месяц, на тот момент с начала лечения прошло около семи месяцев. Он выпил четыре порции спиртного за два часа, тем самым нарушив свое правило о двух порциях. Описывая эту ситуацию, он не испытывал огорчения, ведь ничего неприемлемого или опасного не случилось. Он усвоил, насколько важно анализировать эпизоды употребления алкоголя, чтобы понять, что их спровоцировало, и очень хотел обсудить произошедшее со мной. Он пошел в бар, чтобы повидаться с работающим там барменом. Тот его очень привлекал, хотя Том и знал, что между ними ничего не будет: бармен состоял в моногамных отношениях. Пока мы обсуждали этот срыв, стало ясно, что потребление алкоголя помогало ему наслаждаться фантазиями, где между ними что-то произошло, и в то же время было реакцией на грусть от осознания, что это невозможно. Этот эпизод открыл дверь к обсуждению проблем, которые еще не были полностью проработаны в терапии. Он поднял тему страстного желания сексуальных и романтических отношений и противоречивых чувств, из-за которых Том ощущал себя одиноким и разочарованным.

Это проблема также всплывала дважды, когда Том приходил на сессии немного выпившим. Один раз это случилось в самом начале терапии, второй – незадолго до того самого срыва. В обоих случаях вскоре после начала сессий Том говорил, что перед приходом он выпил два бокала вина. В первый раз Том сказал, что хочет, чтобы я увидел его в таком состоянии. Он вел себя более непринужденно и оживленно, чем обычно. Я констатировал очевидный факт, что алкоголь раскрепощает его, и

поинтересовался, есть ли какие-то конкретные личностные аспекты, которые ему проще обсуждать, будучи слегка выпившим. Он захихикал и сказал: «Конечно! Это связано с сексом. Я не думаю, что смог бы это сказать, если бы не выпил». Наш разговор выявил, что алкоголь позволил ему поднять тему, которую он стеснялся обсуждать со мной. Это навело меня на размышления о том, замечал ли он какой-либо конфликт или тревогу из-за своих сексуальных желаний. Он отрицал наличие конфликта, и на время мы оставили эту тему.

Она снова всплыла во время второй встречи, когда он пришел выпившим. Теперь, несколько месяцев спустя, он смог увидеть, что разговор со мной о сексе вызывал у него целый ряд беспокойств. Испытаю ли я дискомфорт и отдалюсь или начну его критиковать? Сможем ли мы говорить о сексе, сохраняя при этом наши профессиональные отношения, без сексуального подтекста? Он также начал понимать, что чувствует некоторый стыд из-за своей ориентации, порожденный его самокритикой, которую он не признавал своей собственной, а проецировал на других. Это отразилось в его переживаниях о моей возможной критике в его адрес. Исследование его чувств по поводу обсуждения со мной своей ориентации обратило наше внимание на то, как эти чувства заставляли его избегать близких отношений, имеющих потенциал стать романтическими.

В течение следующих месяцев Том стабилизировался в потреблении алкоголя, дошел до идеального плана, который он составил для себя. Его отношения на работе продолжали улучшаться, и казалось, что его карьера выходит на новый уровень благодаря возможностям для проведения консультаций и профессиональному признанию, которого он так жаждал. Он начал искать возможности для общения в профессиональных кругах и гей-организациях, где проходили интересные для него мероприятия. В этот период он стал расширять круг друзей и начал ходить на свидания.

На данном этапе терапии, спустя десять месяцев после начала работы, алкоголизм уже не был острой проблемой для Тома, хотя он знал, что должен учитывать свою слабость, способную затянуть его в старый паттерн употребления. Мы обсудили план по предотвращению срывов, который включал в себя выявление в его образе жизни и эмоциях провоцирующих факторов, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя в прошлом. Мы обсудили конкретные когнитивные и поведенческие стратегии, чтобы

справляться с ними без применения алкоголя. Например, Том увидел, что сексуальная неудовлетворенность и одиночество были двумя главными факторами, влиявшими на чрезмерное употребление спиртного. Однако более важным триггером были ситуации, когда он начинал внушать себе, что ему бесполезно даже думать о здоровых и удовлетворяющих его отношениях, и лучшее, на что он может рассчитывать, – это связь с первым попавшимся человеком, независимо от того, насколько это для него унижительно. В таких случаях чрезмерное употребление алкоголя было оправдано необходимостью облегчить сопутствующие этим связям чувства стыда и самоунижения. Видя в этих чувствах и гнетущих мыслях триггеры злоупотребления алкоголем, он научился по-другому относиться к своему одиночеству и отчаянию, когда они появлялись. Он нашел способы выдерживать эти чувства, одновременно развивая свои социальные навыки и занимаясь поисками новых возможностей для общения, необходимых для поиска подходящего партнера. Он также активно напоминал себе о тех шагах, которые он уже сделал, и о прогрессе, которого добился, чтобы встретить подходящего партнера. План Тома содержал в себе четкие цели по дальнейшему изменению его образа жизни, чтобы он и дальше мог сохранять умеренность в употреблении спиртного. Он также продолжал терапевтическую работу над самооценкой и проблемами в отношениях, из-за которых все еще был уязвим перед лицом своей проблемы с алкоголем и мог сорваться.

Итог

Поскольку к этому времени проблемы с алкоголем отошли на второй план, на этом я завершаю детальное описание лечения Тома. На момент написания этих слов лечение все еще продолжается, и оно продуктивно. Все это время он в основном придерживался умеренного употребления, хотя и не без нескольких небольших срывов, подобных тем, что описаны выше. Они случались в связи с эмоционально заряженными ситуациями взаимодействия с другими людьми, и мы использовали их для получения новых знаний, углублявших работу в терапии. Основным фокусом в терапии было укрепление способности Тома самостоятельно поддерживать свою самооценку. Теперь он иначе думает о своих комплексах и может конструктивно действовать, получая от мира обратную связь о своей ценности как личности. С этим связан и другой фокус – работа над страхами и домыслами, мешавшими Тому свободно выражать свои эмоциональные потребности в отношениях. Благодаря терапии он чувствует себя более уверенным и

успешным в построении удовлетворяющих его отношений. В этот период он не впадал в депрессию.

Том продемонстрировал способность справляться с множеством трудных ситуаций, раньше становившихся триггерами чрезмерного употребления алкоголя, оставаясь при этом трезвым. Эти стратегии стали часто используемыми инструментами в его наборе копинг-навыков. А вместе с осознанием своих эмоциональных уязвимостей и растущим стремлением совершенствоваться в данной сфере, это позволяет сделать очень хороший прогноз по поводу его будущего.

Комментарий

В истории Тома отражено несколько важных моментов, с которыми сталкиваются многие люди, испытывающие проблемы с алкоголем. Часто их заставляют пройти ненужные, дорогостоящие и неподходящие им программы, ориентированные на воздержание. К сожалению, опыт Тома, напрасно подвергнутого «интервенции» на работе и принудительному лечению, очень распространен. Эти опасные тенденции отражают отношение общества к людям, злоупотребляющим алкоголем и наркотиками. Оно влияет на формирование стандартных подходов к лечению, доступных таким клиентам. Это часто приводит к внезапным решительным интервенциям, подобным той, что испытал Том, которые, на самом деле, могут усилить нежелание клиента работать над проблемой употребления.

Во-вторых, его опыт отражает тенденцию смешивать в одну кучу все случаи злоупотребления веществами и называть это зависимостью. Обычно это сопровождается предположением, что единственная приемлемая цель – это воздержание. В рамках первой программы лечения, пройденной Томом, не разрешалось открыто обсуждать умеренное употребление в качестве одного из вариантов цели. В результате у него не было возможности глубоко исследовать, способен ли он на это, и освоить навыки, необходимые для серьезной попытки изменения его паттерна употребления алкоголя. В США подавляющее большинство способов лечения зависимости и учебных программ в этой сфере базируются на том, что участники изначально должны быть готовы идти к полному воздержанию, которое является единственной приемлемой целью. Эти ограничения в мышлении и вариантах лечения не дают многим людям, подобно Тому желающим узнать больше об умеренности,

получить поддержку, необходимую для того, чтобы выяснить, подходит ли им этот вариант. Недостаток приемлемого лечения может подтолкнуть людей употреблять больше, потому что их истинные проблемы не решаются. Их состояние усугубляется негодованием, отчаянием и тревогой, вызванными негативным отношением. Как в случае Тома, такой опыт может обострить проблемы, связанные с алкоголем, повлиять на то, что человек будет пить чаще, обречь и клиента, и врача на провал. Эта проблема, возможно, объясняет количество неудач в сфере лечения зависимого поведения, которые мы видим в отчетах.

Благодаря объединению с клиентом вокруг его видения проблемы и желаемых целей, при применении подхода снижения вреда повышается вероятность создания безопасной терапевтической атмосферы, в которой клиент может приступить к осмысленной работе со своей зависимостью *с того, с чего он готов начать*.

В случае Тома этот подход действительно привел к формированию сильного терапевтического союза в начале лечения, благодаря чему он ощущал поддержку на пути достижения своей цели (умеренное употребление), одновременно успешно работая с депрессией, проблемами с самооценкой, внутренним конфликтом по поводу конструктивного выражения гнева и другими проблемами в отношениях и образе жизни, которые требовалось скорректировать для длительного поддержания умеренности в употреблении.

Том представляет собой пример зависимого от алкоголя человека, для которого проблемы с алкоголем вторичны по отношению к сильным эмоциональным проблемам, подталкивающим его к употреблению. У многих, как у Тома, есть мотивация и способность к самоанализу, необходимые для того, чтобы извлечь пользу из терапии, одновременно успешно регулируя свое потребление. Другие через попытку умерить свое употребление понимают, что на практике для них это невозможно, что повышает их готовность к воздержанию как наиболее разумной цели. Контекст, созданный этим подходом, позволяет клиенту самому прийти к этому выводу благодаря анализу собственного опыта, а не следовать чьему-либо указанию.

Описанный здесь подход является примером психотерапии снижения вреда для людей, активно употребляющих ПАВ, основанной на интеграции психоанализа и теории социального научения с их пониманием проблем употребления, и сочетании

когнитивных и поведенческих стратегий саморегулирования с психодинамическими интервенциями в процессе лечения. Этот случай иллюстрирует эффективность данного подхода для помощи клиенту, алкоголизм которого вторичен по отношению к депрессии, в достижении устойчивой умеренности в употреблении, при одновременном решении ряда эмоциональных проблем и трудностей в образе жизни, связанных со злоупотреблением алкоголем. Этот подход также эффективен при работе с клиентами, которые сразу стремятся к воздержанию, поскольку цели и итог терапии не задаются специалистом изначально, а формулируются в ходе терапевтического процесса, проливающего свет на то, что идеально подходит каждому человеку.

Вклад психоанализа в лечение зависимости

За двадцать лет работы с людьми, имеющими проблемы с употреблением наркотиков, я укрепился в убеждении, что психоаналитическое осмысление этих проблем предлагает самую мощную основу для помощи людям в их решении. Согласно психоаналитическому подходу, для процесса лечения и работы с личными трудностями необходимо понимание личности в целом: потребностей, чувств, представлений о себе, ожиданий от других, идеалов, сильных и слабых сторон, умения общаться с людьми, суждений, навыков преодоления трудностей, а также факторов среды. Основываясь на этом, психоаналитический подход позволяет полностью индивидуализировать лечение. Методы лечения, выстроенные в рамках психоаналитического подхода, могут сильно различаться по своей форме: от классического психоанализа, проводимого четыре-пять раз в неделю, до одного еженедельного сеанса поведенческой психотерапии, а также любых промежуточных вариантов, в зависимости от потребностей клиента. Индивидуализация процесса лечения, акцент на его соответствии потребностям клиента и выведение терапевтических отношений на первое место в процессе лечения и исследования проблем клиента – все это также соответствует концепции снижения вреда.

Все примеры лечения, описанные в данной книге, имеют психоаналитические элементы. Разнообразие историй клиентов говорит о разнообразии форм, которые психоаналитическая психотерапия может обретать. Тем не менее, их объединяет приверженность центральной психоаналитической идее о том, что проблемное употребление наркотиков имеет личностные смыслы для потребителя, не в полной мере им осознаваемые, и что процесс осознания этих смыслов открывает возможности для положительных изменений.

КРАТКИЙ ОБЗОР ПСИХОАНАЛИЗА

С момента основания психоанализа Фрейдом на рубеже XX века возникали различные школы психоаналитической мысли, каждая из которых в своих теориях о терапии и функционировании человека выделяла разные элементы. Идея о том, что поведение человека определяется и управляется рядом элементов, имеющих

личностный смысл, и что осознанное понимание этих значимых элементов увеличивает наши возможности для совершения лучшего и более свободного выбора, проходит красной нитью через разнообразные психоаналитические подходы, существующие на сегодняшний день.

Этот взгляд начинает развиваться на исходе 1890-х годов с наиболее важного, с моей точки зрения, вклада Зигмунда Фрейда (1895) в понимание человеческого страдания – его открытия того, что он назвал «динамическим бессознательным». Проще говоря, он предположил, что существуют некие движущие силы (динамики), частично скрытые от нашего сознания, однако влияющие на наше поведение. Под «движущими силами» Фрейд понимал потребности, желания, суждения и убеждения. Иными словами, он обнаружил скрытое измерение личностных смыслов в человеческом поведении. Далее, он предположил, что эти силы скрываются от нашего сознания другой частью разума, другой силой, называемой «защитными механизмами эго», из-за того, что они кажутся нам угрожающими и вызывают тревогу, вину или стыд. Угроза, вызывающая тревогу, запускает различные защитные механизмы для сохранения этих аспектов нас самих вне сознания. Защитные механизмы также действуют неосознанно. Пока эти динамики не осознаются нами, мы относительно бессильны перед ними. Их способность подталкивать нас к компульсивному или импульсивному поведению порождает внутреннее давление и создает болезненные чувства беспокойства, вины, стыда или отчаяния без всякой видимой причины. Основываясь на этой идее, психоаналитический подход к лечению в целом преследует цель помочь людям лучше осознавать свои внутренние мотивы и защитные механизмы психики и лучше понимать, как работает их разум, чтобы они увидели новые возможности для изменения или выражения того, что было за пределами их сознания.

В то время как эта идея остается в основе всех психоаналитических или психодинамических школ психотерапии, возникло множество школ психоанализа, отличающихся практически во всех остальных аспектах психоаналитической теории: каковы наиболее важные динамики, как они возникают, как устроена человеческая психика, как следует понимать страдание, как осуществлять лечение, и даже как называть психоанализ (Mitchell and Black, 1995). Основанный Зигмундом Фрейдом более ста лет назад, психоанализ развивался как область исследований и лечения. Многие изначальные идеи Фрейда продолжают влиять как на сферу психоанализа, так

и на весь мир, и в том числе на область лечения наркотической зависимости, о чем практикующие специалисты часто даже не подозревают. Но они также распространились и на множество школ с различными теориями нормального развития, эмоциональных и личностных проблем, а также на методы лечения. Многие из разработок в этой области привели к идеям, имеющим особую ценность для понимания и удовлетворения потребностей людей с проблемами употребления наркотиков. На самом деле, изучив сборник психоаналитических статей о наркозависимости Левина и Вайса (1994), можно обнаружить, что каждая новая разработка психоаналитической теории находила применение в лечении людей, злоупотребляющих наркотиками.

С точки зрения форм лечения, в традиционном понимании есть различие между классическим психоанализом, который я описал выше, и психоаналитически ориентированной или психодинамической терапией (эти термины, как правило, взаимозаменяемы). Целью первого было как можно более полное исследование психики с полным разрешением ранних травм, которые считались лежащими в основе текущих эмоциональных проблем. При таком подходе традиционно идеальным считалось лечение с сеансами четыре-пять раз в неделю, во время которых пациент лежал на кушетке и говорил все, что приходило в голову. Предполагалось, что пациент столкнется с конфликтом, который заставит его остановиться и прервать поток ассоциаций, потому что символический внутренний конфликт вызовет тревогу. Считалось, что эти конфликты связаны с проблемами, по поводу которых человек обратился за помощью. Работа психоаналитика состояла в том, чтобы заметить эти проблемы в речи пациента и попытаться помочь ему распознать и понять конфликт, вызвавший тревогу. Психоаналитическая терапия, в свою очередь, предусматривает применение психоаналитического подхода к терапии с более ограниченными целями, ориентированными только на конкретные проблемы. Этот подход может быть реализован в формате встреч один или два раза в неделю.

Тем не менее, в связи с широтой и разнообразием научных школ традиционные различия между психоанализом и психотерапией ставятся под сомнение многими видными авторами, равно как и идеи о необходимой частоте сеансов и большинстве других традиционных различий между тем, что является и что не является психоанализом. Детальное обсуждение этих вопросов можно найти в книге Стивена Митчелла и Маргарет Блэк «Фрейд и не только: история современной

психоаналитической мысли».

ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Психоанализ имеет плохую репутацию в отношении лечения людей, злоупотребляющих наркотиками и алкоголем. Многие из тех, кто что-то слышал о роли психоанализа в истории лечения этих проблем, знают, что психоаналитический подход показал свою несостоятельность в 1940-х и 1950-х годах и больше не считается целесообразным методом лечения зависимости. Объясняется это тем, что психоаналитики укладывают зависимых от наркотиков или алкоголя людей на кушетку четыре раза в неделю и не делают ничего, кроме как выслушивают их бессвязные мысли (свободный поток ассоциаций), время от времени произнося психоаналитическое «ага» в качестве ответа. К тому же, хотя аналитик искренне убежден, что для излечения необходимо понимание глубинных причин употребления, результатом обычно становится продолжение или усиление употребления.

Эти «исторические факты» часто используются для подтверждения ошибочного утверждения, что АА или принудительная поведенческая терапия являются единственными подходами, способными помочь употребляющим наркотики людям, а также связанного с ним утверждения, что потребители наркотиков не могут получить пользы от инсайт-ориентированной терапии (т.е. терапии, направленной на раскрытие значимого аспекта в употреблении наркотиков) до тех пор, пока не прекратят употреблять. Эти идеи широко распространены как среди обычных людей, так и среди специалистов по лечению наркозависимости и психоаналитиков. Эти утверждения являются версиями модели «Одна проблема/одно решение», описанной в Главе 4.

На самом деле психоаналитические методы лечения, рекомендованные людям, употребляющим наркотики, никогда не были такими, как описано выше. Стереотип молчаливого и безучастного аналитика, позволяющего пациенту без умолку молоть вздор с минимальным результатом, в то время как опасное для жизни употребление остается без внимания, на самом деле основывается лишь на неудачном опыте психоанализа или психотерапии под руководством плохо обученного специалиста. Психоаналитический подход изображен карикатурно на основании классического подхода, описанного мною выше.

Утверждение о том, что психоанализ не показал эффективности в отношении

людей, употребляющих наркотики, можно легко опровергнуть. Классический психоанализ никогда не был показан людям, имеющим серьезные нарушения контроля импульсивного поведения или находящимся в глубоком личностном кризисе (Eisler, 1958). Классическая техника рассматривалась как идеал, от которого следовало отклоняться в зависимости от запросов каждого клиента. Отклонения были направлены на увеличение активности, личной вовлеченности и руководства со стороны терапевта в процессе лечения. Нюанс заключался в том, что потребность клиента в повышенной активности терапевта должна была быть изучена и понята в подходящий момент. Делалось это с целью максимизации чувства самоконтроля у клиента и осознания ответственности за себя и свою жизнь, в том числе и за применение терапии.

С начала 1900-х годов, практически с зарождения психоанализа, красной нитью через основные психоаналитические работы по лечению людей с проблемами употребления наркотиков проходит идея о том, что эти люди нуждаются в чем-то отличном от «классической техники». Как правило, для эффективной терапии с этой группой людей предлагалось более активное участие терапевта, а именно предоставление информации и рекомендаций, эмоциональной поддержки, применение особых техник, помогающих людям менять поведение в отношении употребления наркотиков, и использование большего количества поддерживающих систем в сочетании с постоянными усилиями, помогающими пациентам осознать личностные смыслы употребления наркотиков и связь употребления с другими проблемами в их жизни.

Подобные настроения отражены в работах многих психоаналитиков и психоаналитически-ориентированных терапевтов, которые одновременно имеют представление о проблемном употреблении наркотиков и о том, как применять идеи психоанализа для того, чтобы помогать людям, употребляющим наркотики, вносить изменения в употребление веществ и решать другие жизненные проблемы.

Учитывая разнообразие и многочисленность школ психоаналитической мысли, рискованно описывать основные черты психоаналитического подхода в психотерапии людей с проблемами употребления наркотиков. По моему мнению, основанному на личном опыте клинической практики и собственном понимании психоанализа, приведенные ниже пункты представляют собой некоторые отличительные черты,

характеризующие психоаналитические подходы, с которыми будут солидарны большинство психоаналитически настроенных практиков.

Исследование личностных смыслов, выраженных в употреблении наркотиков

Этот подход основан на идее, что чем больше человек осознает смысл, выраженный в употреблении наркотиков, тем более возможными становятся перемены. Он стремится к поиску или созданию новых способов выражения этих значимых элементов. Психоаналитическая теория предлагает множество различных идей о том, как мы можем понять личностный смысл, вложенный в употребление наркотиков. Все идеи, которые я приводил в Главе 1, вытекают из теории психоанализа. Идея динамического бессознательного помогает обозначить путь развития интереса к тому, какими могут быть эти скрытые смыслы. Это помогает нам обрести понимание и сочувствие к тому, почему люди могут продолжать употреблять наркотики, несмотря на возрастающие негативные последствия.

Альтернативная модель, концепция зависимости как заболевания, предполагает, что отрицание является характерной чертой этой «болезни». Но она упирается в идею болезни как таинственной, непостижимой сущности, которую можно лишь контролировать.

Психоаналитический подход предлагает более амбициозную модель. Он предполагает, что мы можем проникнуть внутрь этой «болезни», расшифровать смыслы, которые она в себе несет, и найти более глубокое и конструктивное их объяснение. Я говорю своим клиентам, что нам важно докопаться до сути желания, толкающего их к употреблению, чтобы понять множественные личностные смыслы, заключенные в нем. Это побуждает нас задуматься о том, почему эти скрытые смыслы может быть трудно удерживать в сознании, и почему они могут нести эмоциональную или психологическую угрозу. Как они могут создавать внутренний конфликт? Какая может быть выгода от пребывания в неведении относительно самих себя? Насколько может быть больно или страшно узнать правду о себе?

Внедрение активных когнитивных и поведенческих стратегий

Когда употребление наркотиков выходит из-под контроля потребителя или вызывает страдание либо негативные последствия в его жизни, одного только исследования личностного смысла употребления обычно становится недостаточно.

Миф о несостоятельности психоанализа в оказании помощи людям, употребляющим наркотики, который я развенчал ранее, основан на видении психоаналитического подхода как сфокусированного на исследовании, а не на самом проблемном поведении. Несомненно, есть практики, работающие таким образом, однако деятельность подобных терапевтов направлена на поддержание доктрины, а не на удовлетворение потребностей своих клиентов.

Аналогией, хорошо иллюстрирующей этот момент, может быть терапевт, который работает с человеком с выраженными суицидальными наклонностями, но сфокусирован только на значении суицидальных чувств и не придает значения потенциально опасному для жизни поведению.

Как правило, психотерапия для людей с наркотической зависимостью должна содержать активные стратегии, направленные непосредственно на поведение, связанное с употреблением, и процесс изменения такого поведения. Это не противоречит психоаналитическому подходу: в психоанализе есть концепция, объясняющая, почему некоторые люди могут нуждаться в более активной помощи терапевта в этих вопросах. В Главе 3 я рассказываю историю, которая позволила мне оценить важность применения когнитивных и поведенческих стратегий в работе с употребляющими наркотики клиентами. Здесь я скажу несколько слов о том, как в моем видении эти два подхода работают совместно в интегрированной манере.

Психоанализ содержит важные идеи, помогающие понять проблему и выработать стратегию помощи людям с чрезмерным и компульсивным употреблением наркотиков. Одна из важных идей, которую я более подробно исследую в Главе 6, заключается в понимании употребления наркотиков как попытки справиться с болезненными обстоятельствами, адаптироваться к ним, или как попытки самолечения. Если наркотик помогает успокоить тревогу или другие болезненные чувства, то их возникновение может стать триггером для интенсивного желания, потребности или тяги к употреблению. К тому же, человек может не обладать способностью регулировать, терпеть, смиряться с этими чувствами или успокаивать их. В этом случае чувства, провоцирующие потребность в употреблении, могут восприниматься как непреодолимые. Таким образом, наркотики укрепляют недостаточно развитые навыки управления эмоциями или компенсируют их отсутствие. В психоанализе это

называется «эго-функции».

Термин «эго-функции» (Freud, A., 1936) обозначает набор когнитивных навыков, участвующих в управлении нашими чувствами и поведением. К ним относятся самоосознание, то есть наблюдение за своим состоянием от момента к моменту, так, чтобы можно было идентифицировать последовательность восприятие-чувство-мысль-поступок, здравый смысл или обдумывание вещей для предугадывания возможных последствий наших действий, а также навыки управления эмоциями, такие как работа с дыханием, умение расслабляться, умение выражать свои чувства словами, способность распознавать и вербализировать чувства и многое другое. В этой области когнитивно-поведенческие стратегии оказываются весьма полезными.

Таким образом, мы нашли психоаналитическое обоснование использования активных когнитивных и поведенческих техник для помощи клиенту в освоении или развитии недостающих функций. По мере того как в процессе терапии клиент развивает эти функции, эмоциональное давление будет снижаться, а потребность в наркотиках – уменьшаться.

Важность терапевтических отношений

Психодинамические подходы также придают большое значение терапевтическим отношениям. Этому есть несколько причин.

Хорошие терапевтические отношения, часть «точного попадания», суть которого я раскрываю в Главе 4, обеспечивают поддержку и создают чувство безопасности, которое становится основой для тяжелой работы над осуществлением важных внутренних изменений.

Сегодня большинство практиков психодинамического подхода рассматривают отношения между терапевтом и пациентом как совместные усилия по раскрытию личностного смысла употребления наркотиков и страданий для клиента, а также поиску новых, более удачных решений. Эта совместная работа также вселяет в клиента уверенность.

Терапевтические отношения могут стать своего рода лабораторией, где выявляются типичные способы взаимодействия клиента со значимыми людьми, а также исследуются и практикуются новые модели взаимоотношений. Что касается нашей сферы, связь между употреблением наркотиков (или желанием употребить) и

факторами межличностных отношений может быть обнаружена путем наблюдения за тем, как употребление соотносится с чувствами, фантазиями, желаниями и страхами, проявляющимися в отношениях с терапевтом. Это может происходить двумя способами. Во-первых, реакция на употребление наркотиков или желание употребить, которую клиент воображает или ожидает получить от терапевта, дает важную информацию о том, как значимые в жизни клиента люди реагировали как на употребление наркотиков, так и, что более важно, на чувства, символически выраженные через употребление, например, гнев, страх, желание утешить себя, желание освободиться от ощущения контроля со стороны других и так далее. Во-вторых, употребление наркотиков и желание употребить могут быть реакцией на происходящее во время терапии и на самого терапевта. Исследование этой связи позволяет выяснить, каким образом употребление наркотиков становится значимой реакцией на чувства, спровоцированные отношениями с терапевтом.

КОНЦЕПЦИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА СООТВЕТСТВУЕТ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИМ ПОДХОДАМ

Главные принципы концепции снижения вреда – отношение к клиенту как к личности, принятие его текущей ситуации, предположение о наличии сильных сторон у клиента, которые можно развить, приветствие небольших постепенных изменений как шагов в правильном направлении, отказ от воздержания (или других предвзятых идей) как обязательного предварительного условия терапии до близкого знакомства с клиентом, развитие вселяющих уверенность отношений и сотрудничества с клиентом – соответствуют психоаналитическому подходу.

Психоаналитическое предположение о том, что употребление наркотиков имеет важный личностный смысл для наркопотребителей, объясняет, почему некоторые из них неспособны прекратить или каким-либо образом изменить употребление до тех пор, пока не будут найдены альтернативные способы выражения этого смысла. Это обеспечивает теоретическую поддержку идеи, поддерживаемой концепцией снижения вреда, о том, что многим потребителям необходимо продолжать употреблять наркотики во время терапии, пока эти альтернативы не будут найдены. Что касается важности психологических защит, психоаналитический принцип гласит, что недопустимо лишать человека чего-либо, пока этому не будет найдена замена. Безопасность и поддержка в рамках сильного терапевтического альянса могут стать предпосылкой для развития у

клиента мужества и навыков, необходимых для изменения своего употребления.

В качестве иллюстрации к теме этой главы я выбрал историю Марка Сэла о миссис Г., поскольку она описывает психодинамический подход к лечению, ломающий традиционное представление о том, что такое психоанализ, и развенчивает миф о пассивном и безучастном аналитике. Тем не менее, он остается верным идее психоанализа о выявлении скрытых смыслов проблем с алкоголем, и, в этом случае, ведет к стабильному воздержанию.

Это история о пожилой женщине, страдавшей от тяжелых запоев и депрессии. Благодаря психоаналитическому методу снижения вреда, изначально допускавшему продолжение употребления алкоголя, в результате лечения миссис Г. прекратила пить, избавилась от депрессии и в целом ощутила улучшения в состоянии своего здоровья и качества жизни. Сэл использовал подход, опирающийся на школу современного психоанализа, основанную Хайманом Спотницем (1985).

Миссис Г.: борьба одной женщины за собственное достоинство

Автор Марк Сэл

Когда я впервые увидел миссис Г., она буквально лежала в собственной моче и говорила, что не хочет больше жить. Она отказывалась от еды, в ее квартире отвратительно пахло, и соседи жаловались на это. Миссис Г. сказала мне, что не может ходить, поскольку, будучи пьяной, она упала и сломала бедро. Пациентка утверждала, что она пьет только в компании, и жаловалась, что социальные работники, ухаживающие за ней, не разрешают ей больше пить. Миссис Г. заявила, что пьет два коктейля в день, при этом соцработница, стоявшая за ее спиной, показала пустую бутылку из-под виски, давая мне понять, что в реальности происходит. Я ответил миссис Г., что, с одной стороны, она не беспокоится насчет злоупотребления алкоголем, но с другой стороны, она рассказала, что получила из-за него травму. Я надеялся, что она заметит противоречивость своих утверждений.

Важно понимать некоторые события, которые привели миссис Г. к такому состоянию. Эта 83-летняя женщина попала в поле зрения социальной службы за несколько лет до начала моей работы там. Обеспокоенная подруга миссис Г. сообщила, что ей нужна помощь. На тот момент миссис Г. нуждалась в уходе на дому, поскольку

после операции на бедре она не могла самостоятельно себя обслуживать. Употребление алкоголя было вскользь упомянуто в ее карте.

Несколько месяцев спустя миссис Г. госпитализировали с тяжелой депрессией, спровоцированной смертью ее собаки. Психиатр, проводивший осмотр, поставил диагноз «тяжелая реактивная депрессия с алкогольной зависимостью и суицидальными мыслями». Он порекомендовал лечение от депрессии, контроль над потреблением алкоголя, психотерапию и антидепрессанты, а также сочетание лечения и социальной реабилитации. Миссис Г. назначили социального работника, который покупал ей продукты и помогал по дому, но, насколько я смог выяснить, ни психотерапия, ни консультация по алкоголизму в документах не упоминались.

Вскоре после возвращения домой миссис Г. стало трудно передвигаться, у нее опухли ноги. Она отказывалась выходить из дома и принимала большие дозы аспирина с алкоголем. К следующему году ее состояние значительно ухудшилось. Иными словами, за год пациентка стала фактически лежачей. Социальная служба больше не отправляла к ней соцработников, потому что теперь она участвовала в программе Medicaid⁵, предоставлявшей ежедневную помощь на дому.

Три года спустя та же подруга снова обратилась в социальную службу и пожаловалась, что социальные работники уходят рано. Вдобавок она переживала, что помощь от Medicaid могла прекратиться из-за того, что пациентка не подходила по критериям – обнаружилось, что у нее слишком высокий доход. В этот момент я и познакомился с миссис Г.

Когда я начал работать с миссис Г., она постепенно рассказала мне о своей привычке употреблять алкоголь и о ее появлении. Миссис Г. рассказала, что ей было стыдно из-за неконтролируемого мочеиспускания. Я предположил, что алкоголизм может влиять на контроль над мочевым пузырем, потерю аппетита и депрессию. Я сказал, что убежден, что если она перестанет пить, то ситуация с недержанием и ее жизнь в целом могут улучшиться. Ее заинтересовала идея о том, что она сможет лучше контролировать свой мочевой пузырь, если перестанет пить.

Тем временем ее подруга попросила владельца алкогольного магазина больше не

⁵ Medicaid – это комплексная программа медицинского страхования для людей всех возрастов с низким доходом. Программа покрывает различные медицинские услуги, включая уход на дому. – *Прим. пер.*

продавать алкоголь миссис Г. Моя пациентка сказала мне, что подруге лучше не лезть не в свое дело. Казалось, что слишком многие указывали миссис Г., что ей делать: соцработники, ее подруга, социальная служба. Я спросил, может, мне тоже не стоит лезть не в свое дело? Она ответила: «Нет». В первые месяцы работы с ней я заметил, что пациентка ведет себя очень дерзко, хотя она не могла напрямую выразить свое неповиновение. Казалось, для нее было важнее показать свою непокорность, чем позаботиться о себе.

Я задумался, подходит ли ей мой метод? Я пытался вызвать у нее желание бросить пить. Она сопротивлялась, но в пассивно-агрессивном ключе. Она не могла сказать ни своей лучшей подруге, ни социальной службе, чтобы они оставили ее в покое. Миссис Г. одержала победу над собой и над всеми вокруг. Я волновался, что, если она последует моему совету перестать пить, у нее появится соблазн саботировать собственные усилия.

Я несколько раз спрашивал миссис Г., не хочет ли она сказать мне, чтобы я перестал лезть не в свое дело. В конце концов, я ведь пытался заставить ее делать что-то, как и все остальные. Поначалу она каждый раз возражала, говоря, что я другой, и что она так про меня не думает. Однако в какой-то момент миссис Г. призналась: она боялась, что если она скажет мне не лезть не в свое дело, то я уйду и не вернусь. Она согласилась, что злится, когда я пытаюсь *заставить* ее прекратить пить, хоть и понимает, что это для ее же блага.

Я использовал любую возможность вызвать у нее недовольство своими действиями. Миссис Г. сказала мне не лезть не в свое дело. Поскольку она давала выход своим негативным чувствам, депрессия отступила. Самоуничижение («я ни на что не гожусь»), связанное с депрессией, можно рассматривать как способ избежать нападок на человека, от которого пациент чувствует зависимость. Хотя упреки направлены на себя самого, на самом деле они адресованы другому человеку. Этот шаблон поведения часто уходит корнями в раннее детство, когда детей сильно ругали, наказывали и/или оставляли одних, если они плохо себя вели или критиковали взрослых. Иронично, что взрослые, не осознающие влияния воспитания на их эмоции, используют те же методы, чтобы добиться контроля над своими детьми.

Школа современного психоанализа выступает за «присоединение к

сопротивлению», в конце концов приводящее клиента к выражению своих неприемлемых агрессивных импульсов. Вместо того чтобы предлагать миссис Г. перестать пить, я присоединился к сопротивлению. Иногда я говорил, что, возможно, ей стоит выпить, потому что так она почувствует себя лучше. Я уверял, что понимаю ее желание выпить парочку коктейлей, чтобы расслабиться. Другие же делают так, почему бы и ей не сделать? Иногда я замечал, что ее удивляла моя реакция, но она ничего не говорила. Поскольку я присоединился к сопротивлению, миссис Г. уже не нужно было со мной бороться. Сопротивление можно воспринимать как силу человека, пока он не узнает больше о своих конфликтах. Бывает сложно сказать «да», когда нет возможности сказать «нет». Я больше не возвращался к теме алкоголизма.

Не считая ситуаций, когда ей нужна была срочная медицинская помощь, пациентка не покидала свою квартиру два года. Я заказал инвалидное кресло. Миссис Г. ужасно боялась упасть. Однако она смогла справиться с этим чувством и отважилась выбраться на улицу. Она поздоровалась с Джо, консьержем, который был очень рад ее видеть. Она попросила меня вернуться завтра, чтобы я снова с ней погулял. Ей понравилось сидеть на солнце и смотреть на людей.

Несколько месяцев спустя миссис Г. рассказала мне, что с недавних пор, когда она думала выпить, то вспоминала мои слова о том, что ее жизнь может измениться, если она перестанет пить. По ее словам, эта мысль повлияла на нее. Она сообщила, что хочет попробовать бросить пить. Примерно в это же время социальные работники заметили, что миссис Г. стала слишком вялой. Я спросил, принимает ли она какие-либо препараты. Работники показали мне баночку оксикодона у нее на комод. Оксикодон известен тем, что вызывает наркозависимость по типу морфиновой. Его опасно смешивать с алкоголем, потому что может произойти дополнительное угнетение центральной нервной системы (ЦНС). Пожилым людям и людям с заболеваниями почек или печени следует принимать его с осторожностью. Я позвонил ее врачу и спросил его насчет рецепта. После нашего разговора терапевт зашел к миссис Г. и забрал препарат.

Я выяснил, что некоторые социальные работники действительно уходили от миссис Г. пораньше. Отчасти это было реакцией на агрессивность и враждебность миссис Г., когда она была в нетрезвом состоянии. Мне кажется, она отправляла их

домой, чтобы иметь возможность пить. Более того, она достаточно высокомерно относилась к «прислуге», жалела себя и провоцировала на злость, особенно в нетрезвом виде. Я поговорил с соцработниками и объяснил, что алкоголизм – это болезнь. Миссис Г. не контролировала ситуацию, пока продолжала пить. Таким образом, они больше не злились так сильно и не чувствовали себя такими одинокими и беспомощными перед лицом этой проблемы. Они больше не опаздывали и не уходили пораньше.

Миссис Г. боролась с тягой к алкоголю. Идея о том, чтобы никогда больше не пить, заставляла ее чувствовать себя подавленной. Она часто плакала и расстраивалась. Я сказал, что важно попытаться выдержать минуту или час в день без алкоголя. Пока она сопротивляется этому порыву, она побеждает. Я попытался привлечь помощь спонсоров из АА, но в то время они не совершали домашних визитов. Чем меньше миссис Г. пила, тем более мотивированной и менее раздражительной она становилась, а заинтересованность соцработников действовать в команде росла. Одна из них пришла на работу в накрахмаленной форме. Она приготовила миссис Г. молочные коктейли, которые, как я предполагал, могут помочь ей бороться с соблазном выпить. Также миссис Г. стала больше есть, потому что ее аппетит улучшился, как только она бросила пить.

В этот период миссис Г. подробно обсуждала со мной смерть своей собаки, которая, в свою очередь, привела нас к теме смерти ее мужа. Когда миссис Г. была трезвой, она выражалась вполне внятно. Она была сильной, независимой женщиной, высокого роста и с яркой внешностью. У нее было крепкое рукопожатие, по ее словам – от верховой езды. Я узнал больше о ее жизни. Раньше она вставала в 6 утра, ездила с мужем на лошадях, и потом шла с ним на работу. Она пережила трех своих мужей-терапевтов, работала со всеми троими, занимаясь рутинными делами в их офисах.

Благодаря нашим беседам депрессия миссис Г. стала ослабевать. Я понял, что всю ее жизнь центральное место в ней занимали ее мужья. Думаю, отношения с психотерапевтом – также мужчиной – стимулировали ее и помогали бороться с одиночеством, особенно когда она перестала полагаться на алкоголь, часто казавшийся ей «другом».

Она стала видеть сны о своих сестрах. Три сестры умерли друг за другом в течение короткого периода времени, но миссис Г. не могла рассказать подробностей, потому

что ей было трудно вспомнить какие-либо детали. Но они и не были важны. У нее появился человек, который ее слушал, которому она нравилась, и которому была важна история ее жизни.

В это время у миссис Г. случился срыв, и она снова начала пить. Я приходил к ней по субботам утром, и однажды застал ее спящей, а рядом с креслом увидел бутылку алкоголя. Я разозлился, и после моей лекции миссис Г. попросила меня вылить содержимое бутылки в раковину. Когда я ушел, мне стало не по себе из-за своего поведения. Может, миссис Г. нужно было выпить? В конце концов, алкоголь был средством самолечения, способом справиться с невыносимой беспомощностью, злостью и низкой самооценкой. Я почувствовал, что совершил ошибку, и вернулся к миссис Г. Я сказал, что не имел права указывать ей, что делать. Может быть, ей нужно было выпить, и она имела право принять такое решение. Я предложил купить ей другую бутылку. Она ответила, что не хочет. Она просто переживала, что, когда я расстроился и ушел, она потеряла друга.

Чувства психотерапевта (они называются реакциями контрпереноса) направляют его действия и дают подсказки относительно взаимодействий между *обоими* участниками процесса: психотерапевтом и клиентом. Возможно, миссис Г. проверяла меня, чтобы посмотреть, как я отреагирую, если она снова начнет пить. Вероятно, она неосознанно пыталась спровоцировать негативную реакцию (мою злость), которая доказала бы ей, что мне нельзя доверять. Она также надеялась на иную реакцию. В ее случае употребление алкоголя можно интерпретировать как попытку освободиться от чувства контроля, а следующие за ним чувство вины и физическую деградацию – как наказание за это желание. Когда я признал свою вину (я называю это «ошибкой контрпереноса»), это убедило миссис Г., что, даже если она будет бунтовать (пить), я ее не брошу. В этой ситуации *и психотерапевт, и клиент* создали новую концовку для старого, но знакомого шаблона отношений.

Миссис Г. снова была в «завязке». Она подружилась с соседом, с которым давно не виделась. К другим ее соседям через вентиляцию перестали проникать неприятные запахи. Миссис Г. было сложно вспомнить, какой сегодня день недели, что, естественно, расстраивало ее. Вместе мы придумали способ помочь ее памяти. Мы завели календарь, с помощью которого миссис Г. организовывала свою жизнь и

тренировала память. Она помечала буквами ND (“no drinking” – «не пила») каждый день, когда она удерживалась от употребления алкоголя. Это помогало ей запомнить, какой сегодня день. Я пытался бросить курить, поэтому тоже делал пометку NS (“no smoking” – «не курил») каждый раз, когда преуспевал в этой борьбе. У меня остались теплые воспоминания от посиделок с миссис Г. у ее окошка с видом на Манхэттен. Она говорила обо всем, что приходило ей в голову. Эти совместные минуты были спокойными – в отличие от тех, когда она пила.

Постепенно у миссис Г. вернулся интерес к еде, и во время наших совместных прогулок она стала покупать фрукты. «Вон две дыни, давайте их купим», – восклицала она. Однажды ночью ей приснился значимый сон. Она была на ужине, где подавали лобстера и присутствовало 12 гостей. Если это было отсылкой к Тайной Вечере, то ни Иисус, ни апостолы не явились. Однако несколько раз мы с соцработниками ужинали с миссис Г. В такие приятные вечера не чувствовалось и тени враждебности, когда-то существовавшей между клиенткой и социальными работниками.

Миссис Г. наконец стала позволять им выкатывать ее в кресле на улицу, хотя раньше она доверяла это дело только мне. Однажды она с гордостью позвала меня в свою комнату и с огромным энтузиазмом заявила: «Видите, я могу ходить сама!» Теперь она сама могла передвигаться по квартире с ходунками. Это позволило миссис Г. ходить в туалет без посторонней помощи, и она перестала испытывать унижение. Теперь она могла намного лучше контролировать мочеиспускание, что повлияло на ее самоуважение. Именно ради контроля над мочевым пузырем она изначально и решила бросить пить.

Психотерапия помогла стабилизировать жизнь клиентки. Вот уже 14 месяцев она совершенно не употребляет алкоголь. Жажда выпить сменилась, по словам миссис Г., «жаждой до людей». От полной погруженности в себя она перешла к желанию больше общаться с окружающими. Как сказала миссис Г.: «В привычке быть одной нет ничего хорошего».

Миссис Г. могла самостоятельно ходить, сбалансированно питалась и была в хороших отношениях с ухаживающими за ней соцработниками. Во многих отношениях она вернула себе свою гордость и чувство собственной ценности.

Контрперенос – очень полезный инструмент для понимания себя и клиента.

Психотерапевт должен осознавать, какие взгляды и реакции могут повлиять на процесс лечения, например, слишком сильная вовлеченность в успех терапии. Также наблюдается тенденция инфантилизации пожилых людей, поскольку они более беспомощны и зависимы. Я видел опытных специалистов, которые на первой сессии автоматически обращались к пожилым людям по имени, тогда как с более молодыми людьми они не стали бы так разговаривать.

Лечение прошло успешно, потому что я принял то, как пациентка выражала злость. Если бы я хотел лишь чувствовать себя успешным или боялся бы негативных чувств и критики, возможно, я бы не выдержал злости миссис Г. Способность миссис Г. злиться на меня, человека, от которого она зависела, помогла ей справиться с депрессией и укрепить чувство идентичности и внутренней силы. Важно помнить, что миссис Г. пережила множество потерь в жизни – похоронила трех мужей, сестер, собаку. Именно смерть собаки спровоцировала госпитализацию из-за депрессии. Миссис Г. чувствовала себя уязвимой, рискуя потерять и меня, если сделает что-то, что мне не понравится. Она упоминала, что ее родители были очень строги и нетерпеливы по отношению к ней и сильно ее контролировали. Можно выдвинуть гипотезу, что в детстве, когда она выражала негативные эмоции или плохо себя вела, ее наказывали и/или оставляли одну. Учитывая страх наказания и чувствительность к потерям, было важно, чтобы миссис Г. имела возможность злиться на кого-то, по отношению к кому она ощущала себя зависимой, но при этом оставаться в живых. Если это не достигается в безопасных отношениях клиента с психотерапевтом, самобичевание и обесценивание, связанные с депрессией, остаются неизменными.

Терапевтическая интервенция пошла миссис Г. на пользу, потому что на тот момент у социальной службы, работавшей с ней, были средства и профессиональные ресурсы для этого. В результате ее состояние значительно улучшилось. Она перестала пить. Благодаря этому она смогла лучше контролировать мочеиспускание, к ней вернулся аппетит. Она снова смогла ходить и выходить из квартиры – впервые за два года. У нее появилось страстное желание общаться с людьми. А главное, вместо стыда и безнадежности к миссис Г. вернулись чувство собственного достоинства и самоуважение.

Комментарий

История миссис Г. – это еще один пример того, насколько психотерапия снижения вреда способна помочь изменить свою жизнь к лучшему людям, имеющим серьезные проблемы с наркотиками, страдающим от депрессии, замкнутости, социальной изоляции и многочисленных проблем со здоровьем. В данном случае одинокая пожилая женщина, страдающая от депрессии и зависимая от алкоголя, благодаря терапии смогла бросить пить, избавиться от депрессии, улучшить свое физическое здоровье, социальную жизнь и отношения с людьми.

Хотя общая картина психотерапии в этой истории не вписывается в классическую модель психоанализа, в том, что касается стремления исследовать смыслы и функции употребления алкоголя для миссис Г., а также акцента на терапевтические отношения, она явно является психодинамической. История также показывает, что метод снижения вреда естественным образом вытекает из психодинамического подхода.

Алкоголизм был для миссис Г. и способом утешить себя в депрессии и изоляции, и способом выразить протест против попыток людей указывать, что ей делать. Возможно, потребность выражать протест была для нее способом почувствовать личную силу и контроль над собой и своей жизнью в ситуации, когда она их лишилась из-за старения и личных потерь. Но миссис Г. не могла выразить его прямо, потому что боялась оттолкнуть людей, и употребление алкоголя стало для нее непрямым способом проявить эти чувства.

Осознавая эти смыслы употребления алкоголя для миссис Г., Марк Сэл знал, что он не может «заставить» её бросить пить, как пытались другие люди в ее жизни, потому что, скорее всего, она стала бы сопротивляться, продолжая пить. Ему следовало начать с работы над ее депрессией, а уже после этого у миссис Г. могла появиться мотивация бросить пить. Психодинамический взгляд Сэла на депрессию пациентки и ее склонность направлять свой гнев на себя помог ему активно побуждать её обратить свой гнев на него. И когда она это сделала, депрессия отступила. Он также призывал ее выражать свое чувство протеста прямо – словами. И злоупотребление алкоголем как акт неповиновения потеряло смысл.

Поскольку Сэл не пытался заставить ее бросить пить, а наоборот, поощрял выражать свой протест через употребление алкоголя и сопереживал ей, понимая, что алкоголь ей помогает, ей не нужно было бороться с ним, и она смогла исследовать

проблемные стороны своего алкоголизма. Миссис Г. нашла альтернативы употреблению алкоголя, и ее внутренняя мотивация прекратить пить окрепла. Беседы о причине ее депрессии (потеря близких) и отношения с Сэлом стали более эффективными антидепрессантами, чем алкоголь. У нее появилась жажда общения с людьми. Сэл помог ей сформировать сильные навыки контроля эмоций, чтобы она могла принимать свои чувства, а не запивать их.

Здесь мы наблюдаем, что они совместно нашли смыслы алкоголизма для миссис Г., и Сэл среагировал определенным образом, чтобы создать терапевтические отношения. Это, в свою очередь, позволило облегчить её депрессию и повысить мотивацию бросить пить.

Мы также видим, как благодаря психодинамическому пониманию причин алкоголизма миссис Г. Сэл принял решение применить в работе с ней подход снижения вреда. А именно: он был вынужден начать терапию, пока пациентка все еще употребляла алкоголь, и не ожидал, что она прекратит. Если бы он ожидал этого, то мог бы спровоцировать протест, и миссис Г. продолжила бы пить.

Эта проблема часто становится причиной того, что люди не получают результат от лечения, требующего от них прекратить употреблять. Метод снижения вреда не провоцирует протест, а позволяет сформировать терапевтический союз, в котором терапевт и клиент совместно исследуют все аспекты чувств пациента по поводу употребления наркотиков.

Здесь явно наблюдается еще одна стратегия снижения вреда. Сэл помог миссис Г. постепенно снизить употребление алкоголя благодаря тому, что поддерживал ее, пока она училась все дольше и дольше держаться без алкоголя. Снижение интенсивности употребления – отличительная черта подхода снижения вреда. Чем меньше миссис Г. пила, тем менее раздражительной она становилась, улучшались ее отношения с социальными работниками, она стала более эмоционально доступной в терапии, и более мотивированной к тому, чтобы бросить пить. Маленькие положительные изменения привели к большим.

Эта история еще и об исцеляющей силе терапевтических отношений, ставших контекстом для работы над проблемами, источником поддержки, заботы и позитивного опыта в отношении себя и других.

Эпизод возвращения миссис Г. к алкоголю после того, как она прекратила пить, иллюстрирует еще одно важное возможное значение употребления наркотиков. Казалось, миссис Г. проверяет, насколько Сэл искренен: точно ли он на её стороне, действительно ли его волнует, почему она пьет и как это связано с ее страданиями? Это также было способом узнать, останется ли он с ней, даже если она откажется от поставленных целей и «взбунтуется». Его принятие и открытость к смыслу алкоголя для нее помогли ей пережить позитивный опыт, который она смогла использовать для повышения чувства уверенности в себе и в отношениях с другими людьми.

Эмпатия, принятие, гибкость, готовность анализировать, а не реагировать в порыве чувств, спонтанность и открытость новому, которые проявил Сэл, отражают психоаналитические традиции и являются отличительными чертами подхода снижения вреда.

Ценность когнитивно-поведенческих стратегий

Я лечил своего первого пациента с алкогольной зависимостью в психотерапевтической клинике Городского колледжа Нью-Йорка, где получил докторскую степень. Программа обучения ориентировала студентов на теоретический подход, основанный на психоанализе. Следуя этой традиции, я работал со своим клиентом, исследуя смыслы его алкоголизма и его связь с болезненными эмоциями и личностными проблемами. Психотерапия в некоторой степени помогла повысить осведомленность об источниках его тревожности и связанных с ней трудностях, а также о связи между этими проблемами и алкоголем. Несмотря на то, что это осознание способствовало уменьшению тревожности и внутреннего напряжения, оно не помогло ему бросить пить. Для этого он обратился в сообщество «Анонимные Алкоголики».

Этот результат показывает ограничения использования только лишь исследовательского подхода в лечении людей, борющихся с чрезмерным употреблением ПАВ и другими связанными с этим проблемами. Получив подобные результаты с несколькими наркозависимыми клиентами за время своего обучения, я нашел такое место работы, где познакомился с широким спектром более активных психологических интервенций. Эти техники в сочетании с психоаналитическими подходами позволили сделать работу более всесторонней и эффективной. Я устроился в Отделение изучения и лечения наркотической зависимости в Нью-Йоркском медицинском колледже. В этой клинике, ориентированной на исследования, я вел групповые занятия, а также работал с клиентами в индивидуальной психотерапии. Вспоминая прошлый неудачный опыт в лечении клиентов, злоупотребляющих ПАВ, я понял, что мне нужно стать открытым к изучению и внедрению в свою работу более активных поведенческих моделей. И хотя я не хотел отказываться от психоаналитической точки зрения, рассматривающей страдание как значимый процесс человеческого развития, я знал, что только этого недостаточно. Эта клиника, ориентированная на научные исследования, была своего рода инкубатором по подготовке специалистов, поскольку она предлагала различные методы лечения всего спектра проблем, связанных с наркотиками и алкоголем, и имела внушительную группу

опытных и компетентных консультантов. Сотрудники комбинировали методы АА с образовательным когнитивно-поведенческим подходом к консультированию. Когда я начал интегрировать эти подходы в свою работу с клиентами, их результаты в том, что касалось прекращения или изменения способа употребления веществ, улучшились.

За годы, прошедшие после того первого опыта, я пришел к выводу о необходимости внедрения когнитивных и поведенческих элементов в психотерапию клиентов, имеющих проблемы с употреблением ПАВ. Я также пришел к пониманию того, что использование этих методов совместимо со снижением вреда.

Когнитивно-поведенческий подход возник благодаря основополагающим трудам таких поведенческих теоретиков, как Павлов, Скиннер и Бандура, а также отцов школы когнитивной терапии: Альберта Эллиса и Аарона Бека. С классической бихевиористской точки зрения привычное поведение можно понимать в терминах «стимулов» или «триггеров», способных стимулировать особое поведение, и «последствий», вознаграждающих или подкрепляющих его. Вклад Бандуры и его теории социального научения заключается в идее, что человеку на самом деле не обязательно иметь непосредственный опыт вознаграждения за поведение, чтобы сделать его частью своего репертуара. В определенный период когнитивного развития ребенок может наблюдать какое-либо поведение уважаемого им человека, вознаграждение за него может показаться привлекательным, поведение копируется и усваивается благодаря тому, что ребенок становится свидетелем опыта старшего. В рамках когнитивного подхода также было сделано предположение, что мышление может рассматриваться как поведение и следовать тем же правилам обусловливания, которые более «чистокровные» бихевиористы сформулировали для других видов поведения. Наше поведение и поступки управляются нашими обусловленными мыслями. Таким образом, не только реальные события побуждают и подкрепляют наши действия, но и наши интерпретирующие мысли об этих событиях: «О чем ты думаешь, тем ты и становишься».

Поскольку чрезмерное употребление наркотиков является проблемой поведения, кажется само собой разумеющимся, что когнитивно-поведенческий подход будет для него актуальным. И фактически в течение тридцати лет разрабатывались способы применения этих подходов к проблемам употребления наркотиков и алкоголя. С

когнитивно-поведенческой точки зрения чрезмерное употребление ПАВ обычно рассматривается как поведение, изначально имевшее некоторое положительное, вознаграждающее значение, часто потому, что оно помогало справиться с некоторыми эмоциональными или функциональными трудностями. Например, подросток обнаруживает, что алкоголь помогает подавить нервозность, которую испытывает большинство подростков, когда они начинают заводить первые отношения. Со временем при повторяющихся подкреплениях поведение становится настолько прочно связанным с этими чувствами и ситуациями, что появляется побуждение (тяга) к употреблению, даже если само употребление приносит все больше проблем.

В когнитивно-поведенческой терапии основное внимание уделяется прямой коррекции проблемного поведения через обучение клиента навыкам самоконтроля и изменения поведения. Терапевт также работает над выявлением и трансформацией мыслей и глубинных убеждений, определяющих поведение. При работе с чрезмерным употреблением ПАВ поведенческие цели направлены на приобретение навыков, необходимых для употребления веществ новыми, менее вредными способами или для изучения альтернативных способов справляться с ситуациями или чувствами, вызывающими желание употребить. Когнитивные цели включают обнаружение и оспаривание нереалистичных и саморазрушительных убеждений и ожиданий, связанных с проблемным употреблением, а также выявление и переработку убеждений, связанных с проблемными чувствами, толкающими к употреблению ПАВ.

Этот акцент на обучении и развитии навыков нравится многим людям, поскольку он избавляет их от представления о себе как о больных или ущербных. Он также обеспечивает теоретическую поддержку концепции снижения вреда в том, что, прежде чем отказываться от приема ПАВ, следует изучить новые альтернативные копинг-стратегии. Чтобы создать условия для изменений, людям может потребоваться освоение определенных когнитивных навыков. Наконец, с бихевиористской точки зрения, поведение меняется постепенно, небольшими шагами.

История Арчи, иллюстрирующая эту главу, является примером когнитивно-поведенческого подхода к лечению чрезмерного употребления алкоголя. Арчи проходил лечение в рамках Программы консультирования и лечения зависимостей учебной клиники Центра исследований алкоголя Ратгерского университета в Нью-

Брансуике, штат Нью-Джерси. Лечащим врачом был Гэри Дейтон, кандидат наук в области клинической психологии Ратгерского Университета, работавший под руководством доктора Фреда Ротгерса. Доктор Ротгерс — психолог, долго и активно практикующий лечение наркозависимых в рамках когнитивно-поведенческого подхода. История Арчи описывает человека с серьезными проблемами с алкоголем, связанными с сопутствующими психическими проблемами. После лечения, основанного только на воздержании, состояние Арчи ухудшилось, в то время как когнитивно-поведенческая терапия снижения вреда помогла Арчи добиться стабильного умеренного употребления алкоголя, а также справиться с депрессией и обсессивно-компульсивным расстройством. Это лечение особенно хорошо иллюстрирует синтез концепции снижения вреда и когнитивно-поведенческой терапии, а также то, насколько ценными могут быть когнитивно-поведенческие техники в оказании помощи людям по изменению их поведения.

Арчи: когда клиент говорит «нет» воздержанию

Авторы Гэри Дейтон и Фредерик Ротгерс

Арчи был зависимым от алкоголя клиентом с серьезными сопутствующими психическими нарушениями. Он обратился за помощью с запросом о более умеренном употреблении алкоголя. Он проходил лечение у Гэри Дейтона под руководством Фредерика Ротгерса в Программе консультирования и лечения зависимостей учебной клиники Центра исследований алкоголя Ратгерского университета в Нью-Брансуике, штат Нью-Джерси.

Многие читатели не сочтут лечение Арчи успешным, однако мы имеем на этот счет другое мнение. Прежде чем обратиться к Дейтону, Арчи почти беспрестанно находился под давлением своего психиатра и других специалистов из-за своего алкоголизма. Из-за этого он стал еще более тревожным, подавленным и неуверенным в себе, чем до того, как обратился за лечением своей депрессии, социофобии и обсессивно-компульсивной привычки мыть руки или упорядочивать предметы. В то время Арчи пил все больше и больше, а его тревога и депрессия не поддавались ни фармакологическим, ни психотерапевтическим вмешательствам. И хотя к концу периода лечения, описанного ниже, Арчи не избавился от психиатрических симптомов полностью, они значительно

уменьшились, несмотря на то, что Арчи продолжал употреблять алкоголь. Мы рассматриваем это как успешный результат, хотя Арчи нельзя считать «выздоровевшим» окончательно.

Арчи – 37-летний холостой американец корейского происхождения, эмигрировавший в США примерно двадцать лет назад после девяти лет жизни в Японии. Он живет со своим братом и его семьей в доме, на первом этаже которого находится их семейный магазин, в пригороде Нью-Джерси. Его психиатр направил его в Программу для оценки состояния и лечения алкогольной зависимости.

На нашу первую встречу Арчи оделся подобающим образом. Он выглядел опрятно и ухоженно. Он был внимателен и хорошо ориентировался. Речь его была нормальной и имела умеренный темп. Он говорил членораздельно, не запинаясь, но имел ярко выраженный акцент (Арчи свободно говорит на корейском, японском и английском языках). Он был внимателен во время первого интервью и демонстрировал стремление к сотрудничеству, спокойно выслушивая терапевта. Арчи выражал весь спектр эмоций, но в них преобладал депрессивный тон. Его способность рассуждать и решать проблемы казалась ненарушенной; во время терапевтических сеансов отсутствовали явные трудности с концентрацией или мышлением высшего порядка. Однако было очевидно, что симптомы обсессивно-компульсивного расстройства мешают Арчи концентрироваться, удерживать внимание и оперативно выполнять задачи. Его память казалась здоровой, он мог легко вспомнить что-либо.

Арчи не сообщил ни о каких текущих проблемах со здоровьем, жалобах или симптомах. Он находился под наблюдением психиатра и периодически проходил медицинские осмотры. В 1983 году в результате автомобильной аварии Арчи пролежал в больнице десять дней. Но на данный момент он не ощущал никаких последствий той аварии. Арчи был физически здоровым и подтянутым, при росте 170 сантиметров он весил 63 килограмма.

Арчи был тревожным, болезненно застенчивым молодым человеком, которому было очень трудно общаться с другими. Он прекрасно понимал английскую речь, но его способность выражаться по-английски была развита намного хуже. На момент обращения Арчи принимал препараты от обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), назначенные психиатром. Арчи окончил факультет компьютерных наук в одном

из университетов на востоке страны, но из-за хронического ОКР, приступов депрессивного расстройства и проблем с алкоголем он длительное время был безработным. В настоящее время он также не трудоустроен. Он был партнером в семейном бизнесе (продуктовом магазине), пока девять месяцев назад брат не расторгнул их партнерство. Хотя Арчи имел серьезные проблемы с ОКР, депрессией и алкоголем, его мотивация к лечению была высокой.

Первые сессии с Арчи были в основном посвящены оценке характера и степени его проблем с алкоголем, составлению личной истории и изучению взаимосвязи между эмоциональными проблемами Арчи и злоупотреблением алкоголем.

Арчи впервые попробовал пиво, когда ему было 12 лет. «У него был неприятный вкус», — вспоминает он. В 16 лет Арчи начал пить регулярно, но без каких-либо негативных последствий. Он сообщил, что выпивал две-три бутылки пива один-два раза в неделю, в основном на выходных с друзьями и на семейных посиделках. Алкоголь не был проблемой для Арчи, пока ему не исполнилось 23 года. Тогда он только перевелся в новый университет из-за низкой успеваемости в другом колледже. Испытывая сложности с социальной адаптацией в новом окружении и давление из-за необходимости завоевать благосклонное отношение преподавателей, Арчи пристрастился к алкоголю, чтобы облегчить чувство депрессии и беспокойства. Вскоре у него развилась склонность к злоупотреблению алкоголем, и он продолжал пить, несмотря на то, что, будучи пьяным, он несколько раз попадал в неприятные ситуации. Он выпивал от шести до двенадцати стандартных порций пива, виски или корейского рисового вина два-три раза в неделю с друзьями и однокурсниками.

Тремя годами ранее, в возрасте 20 лет, у Арчи случился первый из двух больших депрессивных эпизодов. Первому депрессивному эпизоду предшествовала смерть отца, произошедшая через несколько лет после иммиграции семьи в США. Хотя Арчи не увеличивал потребление алкоголя во время депрессии, он испытывал меланхолические депрессивные симптомы, включая ангедонию, утомляемость, бессонницу и снижение аппетита, приведшее к потере веса. Он также испытывал тревогу и стремился избегать взаимодействия с другими людьми. Ему были прописаны антидепрессанты и успокоительные для лечения депрессии и тревожности.

Во время учебы в новом университете Арчи часто пропускал занятия из-за

постоянной депрессии, пьянства или повышенной тревожности. Несмотря на эти проблемы, он продолжал обучение в режиме частичной нагрузки и в 31 год получил диплом бакалавра. В 32 года Арчи пережил второй большой депрессивный эпизод после внезапной смерти сестры в автокатастрофе. Эта утрата привела клиента к очередному приступу депрессии, во время которого он думал о самоубийстве и около месяца не вставал с постели.

После второго депрессивного эпизода Арчи стал пить больше, хотя и нерегулярно. Иногда Арчи выпивал от десяти до двенадцати стандартных порций и напивался, а иногда ограничивался двумя или тремя порциями пива. Увеличение количества выпитого обычно зависело от социальных отношений. Когда Арчи был один в баре или с пьющим приятелем, то выпивал больше; когда он был с непьющим другом, то довольствовался одной-двумя бутылками пива или вообще не пил.

В 33 года Арчи начал пить почти каждый день. Примерно половина дней были «тяжелыми», когда он выпивал от шести до двенадцати стандартных порций, другие дни были «легкими», когда клиент выпивал три или четыре бутылки пива. Такой паттерн употребления алкоголя сохранялся до тех пор, пока пациенту не исполнилось 36 лет. После разрыва партнерских отношений в семейном магазине дней «легкого» пьянства стало меньше, а ежедневное употребление от шести до двенадцати стандартных порций (пиво, виски или рисовое вино), наоборот, превратилось в норму. У Арчи проявлялись многие симптомы депрессии, в том числе чувство грусти, потеря интереса к приятным занятиям, повышенная потребность в сне и чувство безнадежности в отношении будущего. Время, потраченное на мытье рук и упорядочивание предметов в комнате и доме, увеличилось на несколько часов. По словам Арчи, в течение трех месяцев, непосредственно предшествовавших лечению, он «потерял контроль» и выпивал от шести до двенадцати стандартных порций, а иногда и по восемнадцать порций спиртного в день.

Арчи рассказал о присутствии легких симптомов навязчивого и компульсивного поведения с семи-восьмилетнего возраста. Он вспоминает, что в то время был озабочен порядком и симметричностью своих личных вещей. После того, как в возрасте девяти лет он эмигрировал в Японию, эти симптомы постепенно ухудшались. Будучи единственным корейским мальчиком в японской деревушке в сельской местности,

Арчи стал для местных детей изгоем и объектом насмешек. Он не говорил по-японски и не имел настоящих друзей. Он вспоминает, что не получал большой поддержки от своей семьи: «Мои родители, братья и сестры были намного старше и заботились о своей жизни. Они ожидали, что я адаптируюсь сам». Арчи рассказал, что его отец требовал, чтобы Арчи хорошо учился в школе, и советовал ему научиться «проглатывать» свои эмоции.

Арчи снова эмигрировал в 16 лет, на этот раз в Соединенные Штаты. Он не помнит, что столкнулся с какими-либо серьезными трудностями при переезде. Он научился говорить по-английски, еще находясь в Японии, и был очень рад отъезду из этой страны. Однако, поскольку семья сохраняла традиционный корейский уклад и жила в корейском сообществе, Арчи завел мало американских друзей. Даже когда он учился в колледже в Нью-Йорке, его круг общения почти полностью состоял из корейцев.

Именно в колледже обсессивно-компульсивные симптомы стали доставлять ему серьезные проблемы. У него появилась навязчивая идея безукоризненно выполнять домашние задания. Он рассказал, что бесконечно переделывал свою домашнюю работу, из-за чего завершал ее очень поздно, а часто и вовсе не доделывал. Это вызвало у него такие трудности, что ему был назначен академический испытательный срок, а затем его окончательно отчислили из колледжа за плохую успеваемость. Как раз в этот период Арчи пережил первый большой депрессивный эпизод.

В настоящее время Арчи живет со своей семьей в корейской общине. У него есть несколько друзей-корейцев и ни одного американца. Больше всего Арчи беспокоит, что у него нет девушки. Он был у неофициальной «свахи» сообщества и ходил на несколько свиданий, но эти усилия не привели к длительным отношениям. В прошлом у Арчи были отношения с женщинами, включая корейскую девушку, с которой он встречался около года назад, пока она не вернулась в Корею. С тех пор у него не было девушки, и он опасается, что он слишком старый и несостоявшийся в жизни, чтобы привлечь достойную женщину.

В ходе первичного клинического интервью удалось получить намного меньше сведений о семейной истории, чем обычно. В корейской культуре к членам семьи, особенно к покойным, принято относиться с уважением и почетом. Семейные дела

считаются очень личными, и клиентам требуется время, чтобы почувствовать себя достаточно комфортно для обсуждения касающихся семьи вопросов, помимо базовой информации (Vok-Lim, 1996). Таким образом, этническая принадлежность Арчи не позволила подробно обсудить членов семьи и истории их жизни. Тем не менее, он заполнил Мультимодальный опросник жизненной истории (Lazarus and Lazarus, 1991), и большая часть приведенной ниже информации получена из опросника и из обсуждений его семейной истории. Мультимодальный опросник жизненной истории представляет собой всеобъемлющий инструмент, в котором содержатся вопросы, связанные с семью категориями функционирования: поведение, эмоции (аффект), ощущения (физические чувства), представления (фантазии), когниции (мысли), межличностные отношения и лекарства.

Арчи — самый младший из семи детей. У него есть три старших брата и три старших сестры. С братьями и сестрами у Арчи большая разница в возрасте, ближе всего находится брат, который старше Арчи на 7 лет. Самый старший ребенок в семье — сестра, которая на 23 года старше Арчи. Две сестры умерли. Одна из них была в тяжелой депрессии и покончила жизнь самоубийством, когда Арчи был подростком. Другая сестра, страдавшая шизофренией, погибла в автокатастрофе, когда Арчи было 32 года. Он был близок с ней, и, как отмечалось ранее, ее смерть стала одним из факторов, которые способствовали его второму большому депрессивному эпизоду.

Отец Арчи внезапно умер от остановки сердца в возрасте 67 лет, когда Арчи было 20. Отец был врачом. Хотя Арчи описывает своего отца как «интеллигентного, патристичного» и «дальновидного гуманиста», было ясно, что Арчи воспитывался в строгости и дисциплине со стороны отца, которого он также описывает как «депрессивного, невротического, асоциального и одинокого».

Арчи описывает свою 79-летнюю мать как «заботливую», но также требовательную к дисциплине и «ревнивую». Арчи чувствует, что мать разочаровалась в нем из-за его психологических проблем и отсутствия успехов в учебе и работе. Его мать, а также старшая сестра и братья часто критикуют его и подталкивают снова начать работать полный рабочий день и стать более успешным в бизнесе и финансовых вопросах.

С тех пор как Арчи впервые начал регулярно пить (раз в месяц или чаще), он постоянно увеличивал употребление алкоголя. Как количество выпиваемого спиртного,

так и частота употребления росли. В течение девяти месяцев до начала описанного здесь лечения Арчи пил почти каждый день, хотя количество потребляемого алкоголя было непостоянным. Половину дней Арчи употреблял до состояния опьянения; в остальные дни пил умеренно. Несмотря на эту нерегулярность, у Арчи развилась толерантность к алкоголю – основной симптом физиологической алкогольной зависимости. Толерантность – это явление, при котором требуется постоянное повышение количества выпиваемого алкоголя для достижения такого же уровня опьянения, который достигался ранее при меньших дозах.

В дополнение к толерантности Арчи сообщал о периодических запоях, когда он напивался до такой степени, что у него случались провалы в памяти. Когда это происходило, Арчи не мог вспомнить некоторые события предыдущей ночи после того, как достиг сильного опьянения. Например, он не мог вспомнить, как добрался домой из бара. Хотя Арчи был физиологически толерантен к алкоголю и иногда выпивал так много, что краткосрочная память временно повреждалась, он не испытывал алкогольной абстиненции, когда бросил пить.

Состояние Арчи соответствовало другим общепринятым критериям алкогольной зависимости. Он выпивал большее количество алкоголя в течение более длительного времени, чем намеревался. Он также много времени пил и лечился от похмелья; несколько попыток контролировать свое пьянство оказались неудачными; он свел все социальные, развлекательные и профессиональные занятия к употреблению алкоголя; он продолжал пить, несмотря на замечания психиатра, что его симптомы депрессии и тревоги усугубляются алкоголем.

Арчи заполнил модифицированную версию графика для наблюдения за хронологией употребления алкоголя (Time Line Follow-Back, TLFB) (Sobell and Sobell, 1992). В этой версии клиент должен заполнить пустой календарь за последние тридцать дней информацией об употреблении алкоголя и наркотиков. Каждый день клиент указывает, сколько стандартных порций он выпил, а также любые другие употребленные вещества. График Арчи показал, что он существенно сократил потребление алкоголя по сравнению с недавним, более высоким уровнем. Фактически, в течение большей части трех недель перед оценочным интервью Арчи воздерживался. Однако, как и во время предыдущих безуспешных попыток бросить пить, Арчи быстро

вернулся к практически ежедневному употреблению алкоголя, хотя ему и удалось уменьшить его количество.

Также Арчи заполнил Краткий опросник об алкогольной зависимости (Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire, SADD) (Raistrick, Dunbar, and Davidson, 1983). Шкала SADD из пятнадцати пунктов измеряет весь спектр алкогольной зависимости и особенно чувствительна к ранним признакам зависимости (Heather, 1995). Клиенты определяют степень употребления алкоголя за последнее время, используя 4-балльную шкалу Лайкерта («никогда», «иногда», «часто», «почти всегда»). Баллы ранжируются в соответствии с низкой, умеренной и высокой зависимостью. Результаты SADD Арчи указывали на то, что во время первоначальной оценки он был умеренно зависим от алкоголя. Пункты, определенные Арчи как возникающие «часто», включали: трудности с тем, чтобы выбросить из головы мысли о выпивке; выпить важнее, чем принять пищу; планирование дня с учетом возможности выпить; чрезмерное употребление алкоголя, несмотря на множество проблем, которые оно может вызвать; попытки контролировать употребление алкоголя путем отказа от него на несколько дней или недель. Данные SADD позволяют предположить, что у клиента проявлялись ранние признаки алкогольной зависимости.

Из-за употребления алкоголя Арчи испытывал серьезные неблагоприятные последствия. В 1993 году он был арестован за вождение в нетрезвом виде. В течение последнего года, когда его употребление алкоголя увеличилось, семейные конфликты стали более частыми, а братья и сестры Арчи начали считать его обузой. Брат вынудил Арчи отказаться от доли в семейном бизнесе из-за его ненадежности, связанной с алкоголем. В результате у Арчи начались серьезные финансовые затруднения. Когда он стал больше пить, его психическое здоровье ухудшилось. Симптомы депрессии усилились, а симптомы ОКР, особенно проверяющее поведение, стали неконтролируемыми.

Клиент заполнил Мичиганский алкогольный скрининг-тест (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST) (Seltzer, 1971) для объективного измерения накопленных последствий употребления алкоголя за всю его жизнь. Результат Арчи показал наличие серьезных последствий злоупотребления алкоголем. Арчи также заполнил контрольный список проблем. Это список из 18 пунктов, взятый из Комплексного

профиля потребителей алкоголя (Comprehensive Drinker Profile) (Miller and Marlatt, 1984). Контрольный список проблем измеряет текущие проблемы, связанные с алкоголем. Арчи выделил одиннадцать текущих проблем, связанных с алкоголем.

Случаи алкоголизма у ближайших родственников (родителей, братьев и сестер) типичны для клиентов, злоупотребляющих алкоголем. Арчи отметил, что у троих из его братьев и сестер есть серьезные проблемы с алкоголем. Он описал своего отца как алкоголика. Члены семьи Арчи также страдали депрессией, а у одного из них была шизофрения.

Арчи не сообщил о злоупотреблении другими ПАВ, за исключением никотина. Арчи начал курить сигареты в 16 лет. Он бросал курить два раза на короткие периоды времени, но в настоящее время выкуривал от полутора до двух пачек сигарет в день.

Арчи страдал от алкогольной зависимости. Его история употребления алкоголя показывала, что с течением времени увеличивалось количество выпиваемого спиртного и частота употребления, что привело к толерантности. Несколько раз у него случались провалы в памяти. Употребление алкоголя отрицательно сказывалось на его работе, семье, а также на его физическом и психическом благополучии. Кроме того, все свои ограниченные средства Арчи спускал на выпивку, и был арестован за мелкие правонарушения, связанные с алкоголем.

Хотя клиент страдал от серьезных последствий употребления спиртного, имел генетическую предрасположенность к проблемам с алкоголем, исходя из семейного анамнеза, и, кроме того, его случай осложнялся наличием эмоциональных проблем, были основания надеяться, что он сможет контролировать употребление. Проблемы с алкоголем возникли у него в более позднем возрасте по сравнению со многими людьми, у которых развивается тяжелая алкогольная зависимость. Характер употребления был переменным: у Арчи было столько же «легких» дней, сколько и «тяжелых». Его среднее еженедельное потребление алкоголя до начала лечения (примерно 52 стандартных порции в неделю) было близко к начальному среднему недельному потреблению алкоголя пациентов, впоследствии пришедших к контролю употребления, описанных в эмпирических исследованиях контролируемого употребления алкоголя (Rosenberg, 1993). Объективные измерения показали, что Арчи все еще находился на ранней стадии зависимости. Кроме того, его зависимость не была

осложнена употреблением других веществ, за исключением никотина. В отличие от многих людей с алкоголизмом в Программе консультирования и лечения зависимостей, для которых наиболее подходящей целью было бы достижение полного воздержания от алкоголя, у Арчи не были поражены печень или другие органы вследствие употребления алкоголя. Наконец, создавалось впечатление, что Арчи был сильно мотивирован изменить свое поведение в отношении употребления.

Арчи поставил перед нами непростую задачу: депрессия, ОКР и алкогольная зависимость. Также он испытывал чувство чрезмерной вины и отчаяния из-за отсутствия достижений в учебе и бизнесе. Когда Арчи ощущал тоску или тревогу, его беспорядочная, неконтролируемая тяга к спиртному усиливалась. Критика со стороны семьи легко повергала Арчи в депрессию; он начинал чрезмерно осуждать и критиковать себя и был склонен недооценивать свои достижения. Обсессии и ритуалы мешали ему исполнять свои обязанности на работе. Например, он постоянно проверял кофейную зону в их семейном магазине, из-за чего не успевал заниматься более важными делами. Он много времени проводил дома в одиночестве, часто спал допоздна и постоянно заикливался на событиях, произошедших в недавнем прошлом.

Его социальная жизнь ограничивалась несколькими приятелями по выпивке и членами семьи. Он не строил романтических отношений из-за убеждения, что он «слишком старый, несостоявшийся и непривлекательный», чтобы понравиться женщине. Кроме того, побочным эффектом принимаемых им лекарств была сексуальная дисфункция.

У Арчи было два набора базовых убеждений, лежавших в основе его проблем. Этими убеждениями были: «Я ущербный и недостойн любви» и «Я некомпетентен и ни на что не способен». Вторичная схема, основанная на этих бесчеловечных стандартах, также влияла на восприятие, мысли, чувства и поведение Арчи.

На одном из первых сеансов, когда терапевт объяснил взаимосвязь мыслей, эмоций и поведения, а у Арчи была возможность идентифицировать негативные мысли и понять их влияние на его настроение и поведение с помощью записи мыслей, Арчи совместно с терапевтом разработали «когнитивную концептуализацию» базовых убеждений Арчи и их влияния на его повседневную жизнь. Мы использовали Диаграмму когнитивной концептуализации Бека (1995), чтобы понять, как лежащие в

основе базовые убеждения порождают конкретные проблемы из списка проблем Арчи.

На работе Арчи несколько раз не смог заполнить бухгалтерские документы из-за того, что постоянно закичивался на цифрах и перепроверял их. Эта ситуация заставила его повторять слова «Я ни на что не способен», что вызвало чувство стыда и беспокойства. Арчи определил смысл своей автоматической мысли как «Я инвалид», что представляло его базовое убеждение об ущербности и некомпетентности. Арчи наказал себя самокритикой, а позже выпил пива, чтобы смягчить свое депрессивное состояние.

В другой ситуации Арчи попросил у своего брата деньги на оплату обучения в колледже. Брат отказал и раскритиковал Арчи за то, что тот не работает. Арчи подумал: «У меня нет ни гроша, и это не изменится». Смысл этой мысли Арчи определил как «бесполезность» и «некомпетентность». Он чувствовал стыд за свои неудачи, вину за то, что не добился большего, смущение из-за того, что его брат отчитывал его за недостаточно усердную работу, и беспокойство о будущем. Он замкнулся в себе, закивился на мыслях о будущем, а позже напился.

Когда местная сваха сказала ему, что она еще не нашла ему пару, Арчи сразу подумал: «Ни одна порядочная девушка не захочет быть со мной, потому что я отстал в жизни на десять-пятнадцать лет. Я неудачник». Смысл этой автоматической мысли был в высшей степени самокритичным: «Я человек меньшего калибра, чем я думал». Чувства вины и стыда за смирение с этими представлениями приводили к самообвинениям и тому, что Арчи называет «самозабвением» или отсутствием заботы и безразличием к себе.

Арчи часто негативно оценивает переживаемые ситуации и события, что вызывает самоуничижительные мысли о неудачах и ущербности. Мы выяснили, что эти мысли рождаются из базовых убеждений Арчи в собственной некомпетентности и ущербности, недостойности любви и неспособности соответствовать высоким и жестоким стандартам. Он верит в утверждение: «Я должен работать и достигать, чтобы быть успешным человеком». Он пытается компенсировать убежденность в собственной неполноценности и некомпетентности за счет чрезмерного планирования, беспокойства, одержимости и выполнения ритуалов. Поведение, типичное для ОКР (например, постоянное воспроизведение событий в воображении, бесконечная

проверка работы и выполнение ритуалов), было признано компенсаторной стратегией его мнимой неполноценности.

Алкоголизм Арчи тесно связан с его депрессивными базовыми убеждениями таким образом, что, если эти компенсаторные стратегии не помогут и его состояние станет невыносимым, он может «вылечиться» алкоголем. Поскольку спиртное хотя бы на время облегчает симптомы тревоги и депрессии, и вызывает субъективные расслабляющие чувства и эйфорию, его можно рассматривать как вознаграждающий и привлекательный стимул, по сравнению с наказанием, которое может наступить позже, когда другие люди или сам Арчи станут критиковать его за пьянство.

Подкрепляющее свойство алкоголя влияет не только на внешнее поведение, но и на мысли, а также на ожидания. Теория социального научения подчеркивает роль познания в поведении и преодолении трудностей. Степень, в которой человек обладает эффективными навыками преодоления трудностей или оценивает свою способность применять эти навыки как адекватную, влияет на ожидания человека в отношении того, справится ли он с той или иной ситуацией (Rotgers, 1996). Арчи не хватает адекватных стратегий преодоления негативных эмоций и мыслей. Кроме того, из-за своих депрессивных базовых убеждений Арчи считает, что вряд ли сможет справиться с ситуацией здоровым образом. Его поведением управляют автоматические мысли, пробуждающие желание выпить как способ справиться с негативными эмоциями.

Арчи описывает своего отца как требовательного и непреклонного в своих ожиданиях от него. Отец хотел, чтобы он пошел по его стопам и стал врачом. Он не мог смириться с заурядностью Арчи. Неидеальные оценки или спортивные результаты вызывали неодобрение и презрение родителей. Арчи рассказал, что его мать также была требовательной и не могла или не хотела смягчить требовательность мужа. Также вероятно, что из-за большой разницы в возрасте между Арчи и его братьями и сестрами (и родителями) от Арчи могли ожидать более взрослого поведения наравне с остальными членами семьи. Детское поведение «не особенно терпели». Это, вероятно, послужило причиной создания и поддержания базовых убеждений об ущербности/недостойности любви, некомпетентности/неспособности, а также завышенных требований к себе. Эмиграция и жизнь в других культурах, где Арчи отвергали и высмеивали за то, что он был иностранцем, также усугубила его трудности

и укрепила базовые убеждения.

Мы прогнозировали два основных препятствия в его лечении. Первый был связан с ОКР. Программа не имела ресурсов для надлежащего лечения ОКР. Было очевидно, что лекарства Арчи недостаточно уменьшали его симптомы, несмотря на высокие дозы. Хотя детерминантой его трудностей были признаны депрессивные базовые убеждения, а ОКР носило скорее вторичный, компенсирующий характер, было ясно, что необходимо лечение этого расстройства. Найти поведенческую терапию для Арчи в рамках его ограниченного бюджета было сложно. Отсутствие поведенческой терапии обсессивно-компульсивного расстройства повлияло бы на лечение алкоголизма и депрессии и было определено как потенциальное препятствие.

Выбранная Арчи цель лечения также была потенциальным препятствием. Он не был заинтересован в воздержании: он не был уверен, что сможет добиться успеха в лечении, если ему нельзя будет пить. Арчи стремился к умеренному употреблению в качестве цели лечения. Однако, учитывая его семейный анамнез алкоголизма и психопатологии, а также его собственные психические проблемы, мы не были оптимистичны в отношении его шансов на контролируемое употребление алкоголя и ожидали, что это станет препятствием.

У Арчи было четыре основные цели лечения:

1. Перевести злоупотребление алкоголем в контролируемое умеренное употребление. Было решено попытаться достичь этой цели в течение тридцати дней. Если к концу тридцати дней станет ясно, что умеренное употребление алкоголя оказалось слишком трудной задачей, то произойдет переоценка этой цели.

Для достижения поставленных целей Арчи согласился на ограничение употребления алкоголя, основанное на правилах Программы контролируемого употребления алкоголя Санчес-Крейг (1993) и Программы умеренного употребления (Kishline, 1994). Употребление алкоголя было сокращено до пяти дней в неделю (два дня воздержания) и не более четырех стандартных порций в день. Использовались техники управления умеренностью, такие как медленное употребление алкоголя, оценка и мониторинг уровня алкоголя в крови, а также расширение круга друзей и занятий, не связанных с употреблением алкоголя.

Обучение навыкам преодоления трудностей является эффективной терапией

алкоголизма. Часть программы обучения, разработанной Монти, Абрамсом, Кадденом и Куни (1989), использовалась, чтобы помочь Арчи справляться с тягой к алкоголю, управлять мыслями о выпивке, развивать навыки отказа от алкоголя, принимать критику по поводу употребления алкоголя и критику в целом, найти единомышленников по трезвости, а также планировать действия в чрезвычайных и рискованных ситуациях. Например, Арчи помогли разработать план того, что он будет делать в ситуации, если у него возникнет искушение выпить слишком много с друзьями. Затем он репетировал с терапевтом, как будет осуществлять этот план.

Наконец, было проведено оспаривание позитивных мыслей об алкоголе и мыслей, связывающих употребление алкоголя с ослаблением негативных эмоций. В этой когнитивно-поведенческой терапевтической процедуре клиента учат идентифицировать иррациональные базовые убеждения и оспаривать их с помощью рациональных, объективных контраргументов. Таким образом, Арчи научили напоминать себе о том, что, если он выпьет слишком много сейчас, позже его ждут последствия.

2. Выявление и оспаривание негативных иррациональных мыслей и депрессивных убеждений. Мы обозначили основную проблему Арчи как негативные базовые убеждения о его ценности и допустимости его поведения. Янг, Бек и Вайнбергер (1993) разработали двухступенчатое лечение депрессии, применимое к случаю Арчи. На первом этапе проводится обучение взаимоотношениям в связке мысли-эмоции-поступки. Иррациональные мысли идентифицируются как вызванные активирующими их событиями. Эмоции, связанные с иррациональными мыслями, идентифицируются и оцениваются по шкале от 0 до 100%. Они помечаются (например, дихотомическое мышление, предсказание, преувеличение, преуменьшение и т. д.), а затем оспариваются более рациональными мыслями. Оценивается вера в новое, рациональное мышление. Был использован метод записи мыслей из «Руководства по хорошему самочувствию» Бернса (1989), поскольку он удобен в применении. Мы использовали главы из «Руководства по хорошему самочувствию», чтобы пояснить, как выявлять и оспаривать иррациональные убеждения.

Вторая фаза терапии Янга и его коллег (1993) сосредоточена на когнитивных схемах (т. е. базовых убеждениях). Клиенту было объяснено, как схемы используются

для организации, запоминания, воспроизведения и фильтрации информации. Была использована Когнитивная концептуальная диаграмма Бека (1995) для концептуализации схем, а также для того, чтобы помочь Арчи понять его базовые убеждения и то, как они влияют на его поведение и настроение. После того как базовые убеждения были концептуализированы, Арчи разработал «старый план – новый план», описанный Персонсом (1989), чтобы проиллюстрировать для самого себя актуальную модель мысль-поступок-действие, а также определить ориентир на будущее.

3. Увеличение числа трезвых активностей. Арчи было рекомендовано искать и пробовать новые занятия, которые доставляли бы удовольствие и которыми можно было бы заниматься без алкоголя. Арчи составил список мероприятий, в том числе нескольких, предполагающих знакомство с новыми людьми и женщинами.

4. Лечение ОКР. Эта цель включала два компонента. Во-первых, нужно было определить, будет ли уместно заменить препарат, который принимал Арчи, на недавно разработанный антидепрессант. Основной причиной для этого было то, что Арчи испытывал проблемы с эрекцией, связанные с препаратом. Кроме того, симптомы ОКР все еще активно проявлялись, хотя Арчи принимал максимальную дозу.

Вторым компонентом этой цели было направление Арчи на поведенческую терапию, специально предназначенную для лечения обсессивно-компульсивного расстройства, поскольку в Программе консультирования и лечения зависимостей она отсутствовала. Большинству пациентов с ОКР рекомендуется одновременное использование лекарств и поведенческой терапии, поскольку в среднем лекарства способны облегчить лишь около 67% симптомов (Janicak, Davis, Preskorn, and Ayd, 1993).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И БУДУЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Арчи ежедневно следил за количеством и частотой употребления алкоголя. Он вел точные записи, отмечая потребление по типу напитка (обычно пиво или корейское рисовое вино, иногда виски). Его изначальный уровень потребления до лечения составлял 52 стандартных напитка в неделю с ежедневным употреблением алкоголя в течение, по крайней мере, предыдущих девяти месяцев. Арчи смог сократить уровень потребления вдвое, и как минимум два-три дня в неделю воздерживался от алкоголя. Однако на протяжении курса лечения до настоящего времени у него случается один

день «чрезмерного» употребления алкоголя примерно каждые десять дней («чрезмерным» Арчи называет употребление пяти напитков за один день). Важно отметить, что он часто приходил на терапию и жестоко критиковал себя за то, что не достигает своей цели. Его самоосуждение использовалось терапевтом, чтобы обратить внимание Арчи на его убеждения о собственной некомпетентности и завышенные требования. Арчи было действительно трудно дать себе время на освоение новых навыков управления употреблением и позволить себе совершать ошибки. Он также был склонен устанавливать новую, более строгую цель (обычно ограничение количества порций в день), если выпивал меньше запланированного, что также использовалось для разоблачения и оспаривания его нездоровых убеждений.

Типичные ситуации, в которых Арчи чрезмерно пьет, включают совместный ужин или поход в бар с приятелем или двоюродными братьями. Обучение навыкам отказа от алкоголя и планирование этой рискованной ситуации помогли Арчи ограничить чрезмерное употребление алкоголя добавлением всего одной порции к рекомендованной дневной норме (только один раз за почти три месяца он выпил больше пяти порций). Находясь в компании других людей, разговаривающих о работе, учебе или занятиях, которые ассоциируются у Арчи с достижениями, он склонен замыкаться в собственных мыслях об отсутствии личных достижений, стыдиться этого и пить, чтобы побороть тревогу.

В дополнение к оспариванию негативных мыслей и выявлению связи со схемами некомпетентности и ущербности, мы также использовали проигрывание социальных ситуаций, вызывающих страх, на основе иерархии вызывающих тревогу ситуаций, разработанной Арчи.

Наблюдение за депрессией Арчи осуществлялось с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Показатель Арчи на момент начала лечения составлял 26 баллов, что говорит об умеренной депрессии. Как и в случае с отслеживанием количества выпитого, в качестве домашнего задания Арчи вел записи мыслей и журналы настроения. Арчи научился выявлять и оспаривать свои иррациональные мысли. Его BDI стабильно снижался в течение нескольких месяцев и достиг нормальных значений для лиц с отсутствием депрессивных симптомов (7 и 8 баллов).

Организовать лечение обсессивно-компульсивного расстройства Арчи оказалось сложнее, чем предполагалось изначально. Психиатр Арчи был абсолютно против употребления алкоголя. Когда терапевт обсуждал с ним лечение Арчи, он просто не соглашался с тем, что умеренное употребление алкоголя является разумной целью для клиента. Психиатр также не хотел рассматривать возможность замены лекарства на новый селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС), несмотря на то что Арчи продолжали беспокоить симптомы ОКР и сексуальная дисфункция. На шестой неделе лечения Арчи пришел на терапию в явно подавленном состоянии. Накануне он был у психиатра, и тот сказал ему, что не будет продолжать лечить Арчи, если он продолжит употреблять алкоголь в любых количествах!

Арчи вышел из кабинета психиатра, разыскал приятеля из бара и напился. В тот день он выпил больше, чем в любое другое время в течение периода лечения. Арчи испытал то, что Алан Марлатт (1985) назвал эффектом нарушения воздержания, который означает отказ от трезвости (или, в случае Арчи, от контролируемого употребления алкоголя), как только он начал пить. Кроме того, Арчи сообщил, что психиатр отказался направить его на поведенческую терапию, пока он продолжает пить.

Это событие явным образом затронуло базовые убеждения Арчи. Авторитетные фигуры, например, психиатры, пользуются большим уважением у корейцев и выходцев из азиатских стран (Vok-Lim, 1996). Прорабатывая это активирующее событие, Арчи обнаружил, что психиатр напомнил ему отца и его строгость.

Это событие пробудило убеждения о «некомпетентности» и «ущербности». Потребовалось некоторое время, но, в конце концов, Арчи нашел другого психиатра, который согласился с целью Арчи выпивать умеренно. Новый психиатр также заменил старое лекарство Арчи на флувоксамин, который помог ему облегчить тяжесть обсессивно-компульсивного расстройства и вернуть сексуальную функцию. А психолог-стажер из Ратгерского университета, специализирующийся на тревожных расстройствах, начал проводить с ним поведенческую терапию ОКР.

Арчи также увеличил уровень своей активности. Он восстановил общение с несколькими непьющими друзьями. Кроме того, он присоединился к группе самопомощи по управлению умеренным употреблением, которая собирается

еженедельно в офисах Программы консультирования и лечения зависимостей, и стал участником группы ОКР в Ратгерском университете.

Хотя некоторые цели находятся в процессе достижения, терапия, вероятно, будет продолжаться в течение еще какого-то времени. Арчи добился прогресса, но его негативные базовые убеждения остаются довольно глубокими, и потребуется дополнительное время, чтобы их ослабить. Кроме того, хотя Арчи и сократил потребление алкоголя, увеличил количество дней воздержания и лучше контролирует себя, когда пьет, дни чрезмерного употребления все еще случаются. Мы решили исправить положение благодаря более тщательному мониторингу уровня алкоголя в крови (BAL). Арчи предоставили таблицу BAL для его пола и веса. Показатель BAL меняется в зависимости от выпитых алкогольных напитков с течением времени. Цель Арчи — поддерживать BAL не выше 0,055. Легальное опьянение в Нью-Джерси и большинстве штатов составляет 1,00.

Поддержание BAL на уровне не более 0,055 является безопасным и относительно здоровым правилом, принятым в рамках Программы контролируемого употребления алкоголя (Kishline, 1994). Для Арчи соблюдение рекомендаций по управлению умеренным употреблением требует, чтобы он сохранял свой верхний предел в четыре порции в день в течение периода от четырех с половиной до пяти часов.

Хотя терапевт поначалу скептически отнесся к способности Арчи контролировать употребление алкоголя и перейти от алкогольной зависимости к умеренному употреблению, Арчи добился значительного прогресса в достижении этой цели, а также в достижении других целей по уменьшению симптомов депрессии и тревоги. Он не довел контролируемое употребление алкоголя до идеала, однако очевидно, что он проделал серьезную работу в этом направлении. По мере того как он продолжает лечение и находит дополнительные источники поддержки, присоединившись, например, к группе управления умеренным употреблением, мы ожидаем, что он сможет достичь своих целей.

Арчи был тверд в своем желании контролировать употребление алкоголя. Что важно для Арчи, достижение стабильной умеренности в отличие от воздержания отражает молчаливое признание его жестоких стандартов: «Бросить пить для меня все равно, что отказаться от любимой еды. Если я знаю, что могу выпить немного, то смогу

справиться. Умеренно употребляя алкоголь, я чувствую себя под контролем. Если я устанавливаю слишком высокие стандарты и не могу их достичь, то чувствую себя очень плохо». Неудачные попытки достичь трезвости увеличивают риск почувствовать себя слабым, некомпетентным и никчемным. «Если я не могу бросить пить, чего вообще я тогда смогу добиться? Я начинаю винить себя».

Если бы целью лечения было воздержание, вполне вероятно, что Арчи изначально достиг бы ее, но любая последующая неудача в сохранении полного воздержания становилась бы еще одним подтверждением его некомпетентности и никчемности. Требование воздержания было бы препятствием для эффективного лечения Арчи, и вполне вероятно, что он вообще отказался бы от лечения.

Собелл и Собелл (1995) пришли к выводу, что правильно выбранная цель влияет на привлекательность для потребителя. Подходы, нацеленные на умеренное употребление, могут стать стимулом для обращения за помощью, а также средством уменьшения вредных последствий проблемного употребления алкоголя.

Самостоятельный выбор целей лечения способен помочь клиентам в их достижении, поскольку они лучше мотивированы, готовы брать на себя больше ответственности за свое поведение, а главное, могут понимать себя лучше, чем их терапевт (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo, and Skinner, 1992). Требование полного воздержания может усугубить проблемы клиента и стать препятствием для лечения (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, and Toneatto, 1993). Психиатр Арчи сказал ему, что он может решить свою проблему с алкоголем, только признав свой алкоголизм и стремясь к полному воздержанию. Если бы это был его единственный вариант, вполне вероятно, что Арчи продолжил бы пить, и, возможно, у него бы развилась серьезная зависимость от алкоголя.

Подводя итог, можно сказать, что Арчи добился значительного прогресса в решении множества изнурявших его психических проблем. В процессе лечения стало ясно, что некоторые из его проблем возникали (или, по крайней мере, обострялись) непосредственно из-за отношения психиатра к алкоголизму Арчи. Базовое убеждение Арчи относительно себя самого заключалось в том, что он бесполезен и некомпетентен. Работая с Арчи, позволяя ему самостоятельно выбирать цели в отношении употребления алкоголя и поддерживая его, а также создавая обстановку, в которой он

мог развивать самоэффективность в отношении употребления, мы создали условия, в которых многие из его депрессивных симптомов ослабли. Хотя нельзя считать, что Арчи полностью избавился от своих проблем, он смог добиться значительного прогресса благодаря терапевтическому подходу, который уважал его как человека, способного самостоятельно принимать решения и ставить разумные цели лечения.

Комментарий

История Арчи показывает, как подход снижения вреда, уважающий цель клиента – умеренное употребление алкоголя – и его способность использовать терапию, продолжая при этом пить, привел к успешному результату, которого не дали предыдущие подходы, ориентированные на воздержание. Это трогательная история о человеке, который стал все больше полагаться на алкоголь как на способ борьбы с депрессией, тревогой и обсессивно-компульсивным расстройством, мучавшими его всю жизнь. По мере взросления он столкнулся с чередой серьезных социальных проблем и значимых утрат, за которыми каждый раз следовало усугубление депрессии и увеличение потребления алкоголя. Знакомясь с его историей, мы видим четкую связь между его текущими проблемами и детством, включавшим в себя переезд из родной Кореи в Японию, где он не знал языка, не имел друзей и подвергался насмешкам сверстников и близких. Его семья, в частности его отец, советовали ему проглотить свои чувства и хорошо учиться в школе. Это характерно для людей, у которых возникают проблемы с веществами, и может способствовать уязвимости перед ними. Если родители не смогли научить ребенка эффективным способам преодоления трудных чувств и сложных ситуаций, эти чувства могут в конечном итоге стать угрожающими, подавляющими и неуправляемыми. На собственном жизненном опыте Арчи рано понял, что чувства недопустимы или указывают на неадекватность. В результате чувства переживаются как подавляющие, неясные, а потому постыдные и мешающие выживанию. Столкнувшись с этими смешанными чувствами, человек ищет способы справиться, решить проблему. Для этого Арчи сначала полагался на свое навязчивое и компульсивное поведение, чтобы снизить интенсивность чувств, а когда это не помогло, он обратился к алкоголю как к инструменту для управления своей тревогой и депрессией.

Когда Арчи обратился за помощью, он страдал как от сильной алкогольной

зависимости, так и от ряда серьезных психических проблем. История показывает, как Арчи смог существенно сократить свое ежедневное употребление алкоголя с очень высокого уровня, сопровождавшегося все более серьезными негативными последствиями, до довольно низкого уровня, оказывающего минимальное влияние на его повседневные обязанности и распорядок жизни. Терапия помогла Арчи значительно снизить тяжесть психических проблем, приведших его в программу лечения, в то время как он продолжал употреблять алкоголь.

Эта история показывает, как когнитивно-поведенческие методы могут помочь людям в разработке инструментов для изменения поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ. Она также бросает вызов двум общепринятым представлениям о лечении проблемных потребителей ПАВ. Традиционная точка зрения заключается в том, что люди с алкогольной зависимостью не могут научиться контролировать свое употребление, и любые попытки сделать это являются просто отрицанием истинной природы алкоголизма, а именно того, что любое употребление алкоголя неизбежно приведет к потере контроля и связанным с этим проблемам. На самом деле опыт Арчи был противоположным. До того, как он начал описанную выше программу лечения, настойчивое требование его психиатра о воздержании привело только к усугублению алкоголизма и обострению психических проблем. Лишь начав лечение в рамках подхода снижения вреда, он смог приступить к нему осмысленно и стал добиваться значительных успехов в решении своей проблемы с алкоголем.

Случай Арчи противоречит общепринятому мнению о том, что зависимые от алкоголя люди не смогут решить свои психиатрические проблемы, пока не бросят пить. Оно основано на предположении, что употребление ПАВ влияет на восприимчивость к психотерапии и фармакотерапии. История Арчи убедительно демонстрирует то, что я видел бесчисленное количество раз в своей практике: многие люди эффективно используют психотерапию для решения целого ряда эмоциональных проблем и проблем образа жизни, не только продолжая употреблять ПАВ, но часто в качестве необходимого условия для изменения своего употребления. Учитывая существующее разнообразие людей, проблемно употребляющих ПАВ, ответ на вопрос, кто может и кто не может получить пользу от лечения при активном употреблении, должен решаться индивидуально с каждым клиентом в ходе совместной работы клиента и врача. Если из фактического опыта клиента в терапии становится ясно, что

употребление веществ мешает процессу, то будет лучше, если клиент придет к этому выводу самостоятельно, чем если это будет мнением терапевта, высказанным в начале лечения.

Доверие и отношения как краеугольные камни успешной психотерапии

До недавнего времени в традиционной парадигме лечения алкогольной и наркотической зависимости преобладала идея выделения общих черт всех потребителей ПАВ в качестве важнейшего фокуса в лечении. Доминирующей темой было избыточное или саморазрушительное употребление наркотиков. Различия между наркопотребителями представлялись как нечто несущественное или, хуже того, как досадные отвлечения от основной задачи – помочь людям перестать употреблять наркотики. Тот факт, что один человек с помощью наркотиков облегчает симптомы депрессии, возникшей на фоне обнаружения ВИЧ-положительного статуса, а другой употребляет их, чтобы сдерживать гомоцидные или суицидные тенденции, считался несущественным. Индивидуальные соображения рассматривались как оправдания употребления, не относящиеся к задаче отказа от наркотиков. Они воспринимались как свидетельство желания наркопотребителя видеть себя не таким, как другие зависимые, вместо того чтобы признать, что все зависимые имеют общее расстройство или болезнь, нуждающуюся в стандартном лечении. Желание клиента выглядеть особенным или уникальным понималось как признак оправдания наркопотребления, а не как серьезное намерение обратиться к важным и релевантным темам.

Мы часто слышим про типичное для зависимых чувство собственного величия, их раздутое или нереалистичное представление о себе и притязания на особый подход к лечению. Эта идея выражена в широко известном слогане сообщества выздоравливающих: «Зависимые страдают от неизлечимой болезни уникальности».

Хотя эти идеи действительно верны для некоторых наркопотребителей, если мы распространяем их, как и любые другие обобщения, на всех наркозависимых людей, возникают серьезные проблемы. Предположения об употреблении наркотиков клиентом, сделанные до того, как нам удастся познакомиться с ним, могут усиливать авторитарную позицию терапевта, поскольку в некоторых ситуациях они верны. Но во многих случаях они ведут к недопониманию, и у клиента складывается ощущение, что его оценивают предвзято.

Такой подход, когда всех равняют под одну гребенку, стал причиной многолетней вражды между разными лагерями специалистов, занимающихся проблемой лечения наркотической зависимости. Нет единого понимания того, какой подход наиболее эффективен: амбулаторное лечение или стационарное, программа реабилитации или психотерапия, индивидуальная или групповая, использование или неиспользование заместительной терапии, требование полного отказа от наркотиков или работа над сокращением употребления, группы самопомощи вроде АА или помощь специалистов.

Эта парадигма универсального лечения, подходящего для всех, расходится с богатым клиническим опытом и эмпирическими исследованиями (Peele, Bufe et. Brodsky, 2000; Wallace, 1992). Хотя каждый из вариантов лечения эффективен для некоторых людей, как демонстрирует исследование, упомянутое в Главе 1, ни один из этих вариантов не способен помочь большинству людей, употребляющих алкоголь и наркотики. Например, внутренний документ АА (Alcoholics Anonymous, дата не указана) гласит, что лишь один из двадцати человек, посещающих встречи АА, действительно следует программе и достигает результатов. Амбулаторные программы реабилитации на базе клиник стали предпочтительным методом лечения в середине 1980-х в качестве более дешевой альтернативы стационарным программам, не показывающим достаточных результатов, чтобы оправдать свою высокую стоимость для страховых компаний и других плательщиков (Tatarsky и Washton, 1987). Умеренное употребление и другие стратегии снижения вреда стали широко использоваться и изучаться с 1990-х, потому что традиционные подходы, ориентированные на полное воздержание, в целом показывали скромные результаты.

Весьма ограниченные успехи программ лечения алкогольной и наркотической зависимости использовались как подтверждение популярной идеи, что потребители наркотиков и алкоголя – в целом трудные пациенты. Они считаются плохими кандидатами на излечение или достижение изменений. Ответственность за это была возложена на самих наркопотребителей, и считалось, что они устойчивы к лечению, не мотивированы, эгоистичны, склонны к манипуляциям и обману. Из этих обвиняющих диагнозов делался вывод о том, что клиент должен еще пострадать, или, как говорят в обиходе, «достичь дна», прежде чем он обретет искренность, необходимую для получения помощи.

За последние двадцать лет все больше членов профессионального сообщества и проницательных представителей общественности начали подвергать сомнению эти идеи. Мы начали понимать, что профессиональное сообщество винит получателей своих услуг вместо того, чтобы принять ответственность за свой вклад в их результаты. Мы начали изучать допущения и ограничения доступных методов лечения.

Базовые допущения традиционного подхода к лечению зависимости идеологически противоречивы и не поддерживаются серьезными исследованиями, теорией, клиническим опытом и здравым смыслом. Из этой переоценки возникли новые многообещающие идеи, в целом хорошо подкрепленные исследованиями и теорией. На них строится более полная модель понимания и лечения всего спектра проблем, связанных с употреблением наркотиков. Эти новые идеи обычно переворачивают обобщения с ног на голову. Уже этот шаг повышает чувствительность к уникальным потребностям клиента и многократно увеличивает шансы на положительные изменения.

Итак, альтернативная модель опирается на тот факт, что потребители наркотиков – это очень неоднородная группа людей, нуждающихся в разнообразии возможных вариантов лечения, чтобы выбрать наиболее подходящий вариант, что в конечном итоге увеличивает шансы на успех (Marlatt, 1998). Мы видим наилучшие результаты именно тогда, когда люди находят свой путь среди разных подходов к лечению и встречают терапевтов, готовых пойти им навстречу и обратиться к их личным, уникальным потребностям. Это и есть «точное попадание», являющееся ключом к успеху.

Как мы видели в предыдущих главах, люди с проблемным употреблением алкоголя и наркотиков могут различаться по всем существенным признакам: частота, интенсивность и тяжесть употребления наркотиков; личностные смыслы, которые несет употребление; цели относительно употребления наркотиков и других сфер жизни; эмоциональные и личные уязвимости и сильные стороны; социальный контекст. Поэтому мы могли бы сформулировать альтернативное основное допущение, что-то вроде «много проблем – много вариантов лечения», или «уникальные люди нуждаются в уникальных решениях, адаптированных под их специфические нужды, сильные стороны, цели и предпочтения» (Miller and Rollnick, 1987; Prochaska and

DiClemente,1992).

С этой точки зрения неверно спрашивать, какой подход к лечению наилучший. Гораздо целесообразнее задать другой вопрос: «Из чего складывается «точное попадание» для каждого конкретного человека?». Этот вопрос предполагает, что каждый из доступных сейчас вариантов лечения и других стратегий достижения изменений для кого-то полезен, нам нужно лишь разобраться в том, как подобрать метод, наилучшим образом подходящий человеку. Что входит в точное попадание? Почему точное попадание так важно? С чего должен человек, нуждающийся в помощи, начать поиски? Как могут специалисты, предоставляющие лечение, помочь человеку найти это точное попадание?

ЧТО ВХОДИТ В «ТОЧНОЕ ПОПАДАНИЕ»?

Точное попадание начинается для клиента со встречи с заинтересованным человеком, открытым к полному пониманию того, кто он есть, и готовым создать вместе с ним план изменений, основанный на принятии клиента и его текущей ситуации. Важны как личные качества терапевта, так и подход к лечению.

Мы хотим, чтобы клиент почувствовал, что находится в нужном месте и с нужным человеком – с человеком, готовым сотрудничать с ним в нередко болезненном, сложном и полном неопределенности процессе осуществления важных личностных изменений.

Действительно принимать клиентов такими, какие они есть

Принятие клиента таким, какой он есть, всегда было центральным догматом в терапии зависимостей и не только. Тем не менее, многие клиницисты, прошедшие традиционное обучение, никогда не делали этого, поскольку имели множество убеждений о природе их проблем с наркотиками и их потребностях, то есть целях и стратегиях лечения. Это часто затуманивает взор таких клиницистов, мешает им отчетливо видеть клиента и приводит к провалу с самого начала.

Вызов для терапевтов заключается в том, чтобы отбросить свои допущения и предрассудки о клиенте, и начать вместе с ним процесс исследования, в котором терапевт узнает новое как о клиенте, так и о себе через призму клиента. Это требует от терапевтов мужества, ведь им придется отказаться от привычного поиска безопасности в авторитарной позиции. Они должны приходить на встречу с клиентом с чистым

разумом и мышлением новичка. Это касается допущений насчет употребления наркотиков клиентом, его целей в отношении употребления, гендерной принадлежности, социально-экономического статуса, личности, потребностей и рекомендаций по лечению. Тогда совместная оценка нужд клиента может стать основой для успешного рабочего альянса между терапевтом и клиентом. Именно такое сотрудничество клиента и терапевта делает возможным совместное обнаружение проблем, требующих решения, и может положить начало исследовательскому процессу и сотворчеству в обсуждении целей и возможных стратегий их достижения.

Одна эта позиция терапевта уже открывает целый мир для клиентов, приходящих к нему на сессии, поскольку они вдруг оказываются в некотором пограничном пространстве, способствующем трансформации. В этом пространстве пропадает поверхностное напряжение между собой и другими. Во внешнем мире это напряжение усиливается негативными оценками и иерархией. С ослаблением поверхностного напряжения между собой и другими иллюзия отдельности, ощущаемая во внешнем мире, временно исчезает, делая кабинет терапевта безопасным пространством, способствующим трансформации. Кроме того, такая позиция терапевта также способствует прогрессу: терапевт раз за разом приходит на встречу с открытым разумом, оставаясь чувствительным к изменениям в потребностях клиента, что может повлечь за собой изменения фокуса, направления, целей и терапевтического подхода.

ПОДБОР ЛЕЧЕНИЯ

Что касается терапевтического подхода, «точное попадание» означает совпадение между подходом и клиентом по всем возможным параметрам.

Личные цели относительно употребления наркотиков и других сфер жизни

Важно разобраться, зачем клиент ходит на терапию. Может потребоваться время, чтобы распознать глубинные потребности и мотивы клиента, которые приводят его на терапию, но так или иначе это необходимо прояснить, чтобы клиент чувствовал, что его полностью принимают. Если человек приходит на терапию и говорит, что он обеспокоен своим употреблением наркотиков, а консультант отвечает: «Я помогу тебе бросить», то, скорее всего, клиент почувствует себя непонятым и неудовлетворенным – ведь он ничего не говорил о том, что хочет прекратить употребление, лишь о том, что обеспокоен им. Клиенты часто ищут помощи в прояснении природы своей проблемы и нуждаются в подходе, который признает эту цель. С другой стороны, если человеку

кажется, что он находится в опасности из-за продолжительного употребления наркотиков, и хочет получить помощь в отказе от употребления, а консультант отвечает: «Давайте поговорим об этом», клиент может почувствовать себя незащищенным, непонятым и неудовлетворенным, поскольку консультант словно бы не заметил остроту кризиса в его жизни. Задача специалиста в обоих случаях – попробовать понять, можно ли промах превратить в точное попадание благодаря разговору с клиентом о том, что ему не по душе. Когда цели относительно употребления наркотиков – будь то цель прекратить употребление, сделать его более умеренным или более безопасным, или достигнуть полного воздержания – прояснены, терапия, ориентированная на цели клиента, может помочь ему оценить, насколько реалистично достижение выбранной цели. Занимая гибкую и уважительную к процессу позицию, терапевт вместе с клиентом могут менять фокус или обратиться к другому варианту лечения, если возникают новые, более подходящие цели.

Я рекомендую клиенту и терапевту по мере движения к достижению целей относиться к процессу как к эксперименту. Когда в достижении оговоренных целей возникают сложности, клиент и терапевт могут попытаться разобраться в том, указывают ли эти сложности на дополнительные вопросы, которые необходимо решить на пути к цели, или же означают, что цель нереалистична и следует сформулировать новую. История Пэтт Деннинг о Диане, представленная в Главе 8, иллюстрирует, как потребность в смене цели в процессе терапии может вытекать из трудностей, возникающих на пути к достижению изначальной цели. Диана, несмотря на успехи на ранних этапах терапии, не могла воздерживаться от употребления, что было ее изначальной целью. Исследуя проблему своего возвращения к проблемному употреблению алкоголя, Диана поняла, что ее желание прекратить пить отражало ее стремление быть «хорошей девочкой», подчиняющейся внутреннему критику, частично олицетворявшему ее критикующую мать. Это подчинение неизбежно вызывало бунт, который Диана выражала через чрезмерное употребление алкоголя. Когда она осознала значение воздержания как подчинения и чрезмерного употребления алкоголя как бунта, то смогла успешно достигнуть цели умеренного употребления алкоголя и выйти из порочного круга подчинения и бунта.

Готовность к изменениям как важная подгруппа целей

Одна из важнейших новых моделей, появившихся в процессе недавней переоценки

в сфере лечения наркотической зависимости, – модель мотивационных стадий изменения, разработанная Прохаской и Ди Клементе (1992). И хотя до этого возникали схожие концепции поведенческих изменений, эта модель выделяет в процессе изменения поведения стадии, которые традиционно игнорировались, а именно: стадию подготовки к изменениям.

Подготовка к изменениям начинается со стадии «предварительного рассмотрения». Это точка, когда изменения еще не являются предметом размышлений, сложности с текущим поведением или употреблением наркотиков еще не осознаются, и нет ни одной причины задумываться об изменении поведения. На этой стадии человек только начинает замечать негативные последствия употребления наркотиков и влияние употребления на другие проблемы.

Как только проблемные аспекты употребления наркотиков обозначены, у человека появляется мотивация к обдумыванию, что именно идет не так, и что бы он хотел с этим сделать. Тогда он переходит на стадию рассмотрения.

Когда проблема четко определена и выбрана цель или направление, становится возможным составление плана. Эта стадия известна как стадия подготовки, когда люди готовятся к осуществлению изменений. Какой подход выбрать? Какого терапевта? Какие еще вопросы нужно решить, прежде чем человек почувствует, что готов что-то предпринять?

Когда человек готов к изменениям, он переходит на стадию действия, где воплощает свой план в жизнь.

Стадия поддержания изменений фокусируется на вещах, которые делают возможным успешное поддержание нового поведения. В этой модели рецидив, или возвращение к изначальному поведению, рассматривается как возможность для обучения. Что не сработало? Что привело к рецидиву? Ответы на эти вопросы создают новый фокус на более глубоких проблемах, связанных с реализуемыми изменениями.

Точное попадание значит, в том числе, подбор специалиста, способного принять текущую стадию подготовки к изменениям с пониманием и сочувствием к потребностям уникального индивида.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Я встречал клиентов, которые, посетив меня лишь однажды и получив мои

рекомендации, добивались поразительных долгосрочных изменений. С другими я встречался по несколько раз в неделю на протяжении многих лет, прежде чем у них начали происходить заметные поведенческие изменения в употреблении наркотиков. Некоторые показывали прекрасные результаты, посещая психотерапию раз в неделю в течение нескольких месяцев. Другие постоянно срывались и пробовали различные варианты лечения, как, например, один клиент, согласившийся на стационарное лечение, за которым последовала интенсивная амбулаторная программа с посещением пять раз в неделю. При этом и во время посещения программы, и после ее завершения он находился в долгосрочной психотерапии – и, тем не менее, постоянно срывался на протяжении семи лет, пока, наконец, не справился со своей серьезной наркотической зависимостью.

Разнообразие моего опыта убедило меня, что нет единого паттерна интенсивности и продолжительности лечения. Основное правило весьма расплывчато, но, тем не менее, стоит внимания. При выборе интенсивности лечения необходимо учитывать следующие факторы: тяжесть проблемы с наркотиками в отношении интенсивности и риска, поддержка окружающих на пути изменений, выраженность эмоциональных, личностных, социальных и экономических проблем, влияющих на процесс изменений.

Однако в самом начале наибольшее значение может иметь другой фактор: какую интенсивность лечения сам клиент считает подходящей. Принятие этого во внимание увеличит открытость клиента процессу. Если на пути к достижению целей возникают проблемы, это может стать поводом для обсуждения того, нужно ли увеличивать интенсивность терапии, или же возникшие сложности можно решить в текущих условиях.

ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПЕРЕМЕННЫЕ

Что касается таких факторов, как расовая и гендерная принадлежность, сексуальная ориентация, экономический статус и прочее, наиболее важными представляются предпочтения клиента и его чувство безопасности. Если какие-то из этих аспектов важны для клиента, они должны учитываться при поиске точного попадания. Для некоторых людей сходство в одном или нескольких из этих факторов очень важно, другие же могут уделять этому меньше внимания.

Чтобы проиллюстрировать эту главу, я выбрал историю «Майкл: хрупкий баланс»,

написанную Гейл Хаммер. Работая с Майклом, Хаммер использовала психодинамический подход снижения вреда.

Майкл: хрупкий баланс

Автор Гейл Хаммер

Майкла направили ко мне после непродолжительного общения с проходившим стажировку социальным работником. Майкл обратился в наше учреждение, профессиональную организацию для работников сферы развлечений, за финансовой помощью. Стажер начала работу с Майклом за месяц до нашей встречи, а сейчас Майкл пришел ко мне, чтобы продолжать получать помощь, потому что теперь я должна была курировать его как социального работника. Он был 38-летним афроамериканцем с довольно светлым оттенком кожи, ярко и вызывающе одетым, что наводило на мысль о его гомосексуальной ориентации. Хотя в его образе был очевиден творческий подход, в целом его внешний вид говорил о бедности. Он прожил с ВИЧ-инфекцией почти 10 лет, прежде чем ему диагностировали стадию СПИДа. Примерно пару лет спустя он и обратился к нам за помощью.

На тот момент Майкл не страдал от оппортунистических инфекций, но был очень ослаблен. Он так быстро утомлялся, что больше не мог работать, и, поскольку уровень его Т-лимфоцитов был меньше 200, он получал ежемесячное пособие по программе социального страхования. Его медицинские расходы покрывались программой Medicaid, а расходы на жилье – социальной службой, помогающей людям, затронутым СПИДом. Внешний вид Майкла, его финансовая зависимость и отсутствие высшего образования вступали в противоречие с необычайным умом и тонкой чувствительностью, которые, если не спешить с суждениями, становились очевидными, стоило ему начать говорить.

В прошлом Майкл был талантливым артистом. Тогда он зарабатывал в сфере развлечений достаточно, чтобы подходить под критерии нашего учреждения и получать пособие, но из-за сотрудничества с неблагополучными компаниями он остался совсем без сбережений. Наша финансовая помощь, пусть и скромная, давала ему возможность лишний раз проехаться на метро, посмотреть фильм, подключить кабельное телевидение или купить что-то свыше необходимого для выживания. Он уже

чувствовал себя «опороченным СПИДом», и эти средства защищали его хотя бы от унижения в связи с бедностью. К сожалению, эта помощь скоро стала рычагом воздействия со стороны организации.

Вскоре после того, как Майкл обратился к нам, проявилась проблема с употреблением алкоголя. Как-то раз социальный работник, поначалу курировавшая Майкла, случайно встретила с ним у нас в учреждении, где Майкл также занимался волонтерской работой, помогая с рассылкой писем и организовывая социальные мероприятия для ВИЧ-положительных клиентов. Его поведение и невнятная речь говорили о том, что он пьян. В тот же день руководитель волонтерской программы почувствовал запах алкоголя, исходивший от Майкла, и также обратил внимание на его изменившееся поведение. Ни стажер, ни руководитель программы не обсуждали свои наблюдения с Майклом.

Поскольку Майкла должны были передать мне на следующий день, организация попросила меня немедленно поднять вопрос о его употреблении алкоголя. Я должна была проинформировать его, что он рискует потерять получаемое пособие, и что он должен будет пройти оценку химической зависимости. Цель всего этого заключалась в том, чтобы, используя нашу помощь как рычаг давления, принудить Майкла пройти структурированную программу реабилитации. Трезвость была нашим правилом, но, к счастью, гибкость в структуре учреждения давала пространство для маневра.

Майкл не пришел на следующий день и даже не позвонил. Я осознала, что испытала облегчение, поскольку мне было некомфортно сразу говорить с ним об употреблении алкоголя вместо того, чтобы познакомиться с ним и оценить его ситуацию. Мне также было неудобно настаивать на политике немедленной трезвости, не зная, насколько такой вариант лечения ему подойдет. Я испытывала явное сопротивление по поводу того, что мне было рекомендовано сделать. Имея больше времени для размышлений, я начала сомневаться в собственном клиническом суждении и спрашивать себя, не был ли мой дискомфорт показателем моего собственного страха или потребности нравиться.

Через несколько дней Майкл, наконец, появился в офисе, не предупредив о своем визите. Как и планировалось, его прошлый куратор встретила с ним наедине и начала разговор об употреблении алкоголя. Потом она завела меня в комнату и в присутствии

Майкла сказала, что они поговорили о его проблемах с алкоголем и что он согласился пройти оценку своего потребления. Затем она вышла из комнаты. То, что было отдаленно похоже на дружелюбную атмосферу между нами, моментально улетучилось. Стажер была афроамериканкой, как и Майкл, и долгое время поддерживала с ним хорошие отношения. Тон ее голоса поставил меня в позицию карательного органа, а внезапный уход оставил пустоту, наполненную только моей отличностью от Майкла и воспринимаемой им жестокостью.

Майкл был вежлив, но я чувствовала в нем какую-то неискренность. В его голосе не было дружелюбия, от него исходил слабый запах алкоголя. Он отвечал на мои вопросы, но сам не инициировал диалог. Его лицо не выражало вообще ничего, за исключением слабых проблесков враждебности. Мы поговорили о его отношениях с нашим учреждением, и, не скатываясь в подобострастие, он поблагодарил нашу службу за помощь. Он сказал, что она помогла ему осуществить множество вещей, которые он прежде не мог себе позволить. Он также извинился за то, что пропустил предыдущую встречу. Он говорил уверенно, но казался сердитым. Несмотря на то что мы вообще не затрагивали тему алкоголя, его постоянное выражение признательности организации говорило о том, что он понимает, что дальнейшая помощь находится под вопросом.

Что он чувствовал? Он умирал. Тогда не существовало комбинации лекарств, способной сохранить здоровье и замедлить прогрессирование болезни, и СПИД был практически смертным приговором. Воздух пронизывало чувство неизбежного провала, хорошо знакомое Майклу, ведь ему, вероятно, и прежде часто не удавалось удовлетворить свои потребности в жизни. Оглядываясь назад, я понимаю, что эта первая сессия, скорее всего, была чрезвычайно сложной для Майкла: его тело и разум были наполнены чувствами уязвимости, страха, собственной несостоятельности, ненависти к себе и гнева.

Разумеется, Майкл старался изо всех сил, чтобы я не увидела этих чувств. Однако вовсе не его мастерская игра помешала мне их заметить – я была слишком сосредоточена на поручении от организации. Именно это повлияло на то, как я вела сессию – в соответствии со своими потребностями, а не с его. Я упустила то, насколько обесцененным он мог себя чувствовать. В нашей культуре, где алкоголь представляется одновременно привлекательным и осуждаемым, раскрытие его пристрастия считалось

позором. Как я узнала позже, Майкл подвергался насмешкам и презрению всю свою жизнь и был зол как на собственный провал, так и на тех, кто ему способствовал. Он чувствовал обесценивание со стороны критиковавшего его отца, покойного на момент нашей встречи; он был невидимым для белого и полного расовых предрассудков общества; его презирали в открыто гомофобной афроамериканской культуре и в его семье, требовавшей от него мужественности, которой он не обладал; наконец, он был стигматизирован страхом перед СПИДом, витавшем в обществе 1980-х.

Не заостряя внимания на всех этих темах, мы перешли к его участию в волонтерских программах у нас в организации и еще в одном учреждении, связанном с ВИЧ-инфекцией. Мы поговорили о нашем возможном сотрудничестве в будущем, и я сказала, что будет хорошо, если я свяжусь с другими соцработниками, закрепленными за ним. В этот момент Майкл слегка воодушевился. Он ответил, что это было бы здорово, и добавил, что не помешало бы связаться с сотрудником, отвечающим за его квартиру, чтобы решить проблему с входной дверью. Заметив мой озадаченный взгляд, он пояснил, что дверь была сломана, а многочисленные просьбы ее починить ни к чему не привели. Он сказал, что один его друг уже помог ему заколотить дверь, чтобы он был хоть в какой-то безопасности, однако до этого было три замка, а теперь остался только один. Все еще не вполне понимая ситуацию, я расспросила его подробнее.

История начинала вырисовываться в деталях. Детектор дыма, который, по словам Майкла, срабатывал все время, особенно на высокую температуру, сработал посреди ночи. Майкл забыл выключить духовку перед сном, и датчик отреагировал на жару. Приехали пожарные. Они звонили и стучали в дверь. Поскольку им никто не открыл, они ее выломали. Только в этот момент Майкл проснулся и увидел посреди своей квартиры-студии нескольких мужчин в черных громоздких прорезиненных жилетах. И хотя в этот раз Майкл рассказал историю более подробно, многое оставалось неясным. Ни на его лице, ни в речи не было никаких признаков эмоций. Организация, субсидировавшая его проживание, отказалась платить за починку двери, поскольку она не несла ответственности за повреждения.

Тем вечером Майкл, скорее всего, был пьян, подумала я. Он, вероятно, забыл выключить духовку, потому что провалился в сон, от которого пожарные не могли его пробудить. Что еще более важно, я задалась вопросом, не пытается ли он предупредить

меня, что находится в опасности – гораздо более серьезной, чем потеря двух замков на двери. Учитывая то, что я уже знала, казалось весьма вероятным, что Майкл пил в тот вечер, и что в другой раз ему могло повезти меньше. Я острее почувствовала необходимость сконцентрироваться на его проблемах с алкоголем, но на миг оставила эти мысли и сказала ему, что я попробую разобраться в ситуации.

На тот момент я была начинающим социальным работником и не имела опыта лечения людей, употребляющих ПАВ. Поэтому из чувства долга перед супервизором и организацией в оставшееся время сессии я обратилась к отношениям Майкла с алкоголем. Слабый крик о помощи, который я расслышала в его истории, тут же сменился жесткой позицией: «Не указывайте мне, что делать». Он признал, что пьет слишком много, и сказал, что хотел бы это изменить, но добавил, что это будет невозможно сделать, потому что близятся праздники: День благодарения, Рождество, Новый год и его день рождения. Становясь все более настойчивым, Майкл заявил, что его употребление алкоголя в любом случае никак не влияет на его здоровье. Внезапно он достал пачку сигарет и положил ее на стол между нами. «Я не курил до 28 лет», – несколько взволнованно сказал он. Я быстро провела подсчеты в уме и поняла, что именно в 28 Майкл узнал, что у него ВИЧ. Я подумала, что сейчас он, наверно, очень хочет закурить.

Майкл был явно огорчен. Его тело было напряжено, а лицо побагровело от гнева. Он сказал, что ему не нужны никакие указания. Он настаивал, что не хочет никаких «Анонимных Алкоголиков» или чего-либо подобного. Его глаза наполнились слезами, которые он едва сдерживал усилием воли. Я сказала ему, что это его выбор, но он возразил: «Я в курсе, что вы можете лишить меня финансовой помощи». Я ответила: «Надеюсь, этого не случится, но обещать не могу». Мои слова прозвучали пусто и неискренне, будто я марионетка в кукольном театре. Майклу, очевидно, нужно было оставить небольшую, лишенную окон комнату, в которой мы беседовали. Он спросил, может ли он выйти в уборную.

Пока его не было, я размышляла над собственными чувствами и поведением. Я не распознала страха и недоверия Майкла, только его гнев. Может, я бы и смогла их увидеть, не будь я так поглощена заданием от организации и вездесущей *проблемой* с алкоголем. Обычно в начале работы с человеком моей целью является построение

теплых, доверительных отношений, но в этот раз я поступила иначе. И хотя это было бы непросто, учитывая закрытость Майкла, я могла бы отдать ему инициативу в разговоре и выслушать его рассказ о том, что для него важно. Я чувствовала, что наши отношения были неискренними. Мне было очень некомфортно сталкиваться с его гневом, и я попыталась исследовать свое собственное сопротивление заданию от организации. Уклонялась ли я от задания, чтобы защитить себя от ярости Майкла? Я понимала, что ни разу даже не попыталась узнать, что он чувствовал в течение сессии, и однозначно не создала для него безопасного пространства.

Мне казалось, что все это время мы словно общались на разных языках, и нам стоило начать все с начала. Я думала только о своем предписании и была так же неискренна, как и Майкл. Я не пыталась сосредоточиться на том, что его беспокоило, и, должно быть, он чувствовал себя испуганным и незащищенным. Его передали от одного новичка к другому как раз в тот момент, когда его пристрастие к спиртному было раскрыто, и на этот раз он попал к белой женщине, державшей в своих руках его возможность получать пособие. Я могла понять его бессилие и ярость.

Зная историю Майкла и его сильное сопротивление трезвости, я склонялась к тому, что настаивать на посещении реабилитационной программы было бесполезно. Если бы я сделала это, то могла бы его потерять. В конце концов, мы бы увязли в противоборстве, которое ни к чему хорошему бы не привело. И, хотя на тот момент я знала о своем клиенте совсем немного, я понимала, что он смертельно болен и что физические и эмоциональные последствия его болезни должны будут учитываться при составлении плана лечения. Как я могла требовать, чтобы он перестал пить, когда это требование могло оказаться для него вредным? Мне казалось, что должен быть другой способ ему помочь.

Когда Майкл вернулся в комнату, он был более спокойным. Поскольку его визит был незапланированным и кратким, мы назначили еще одну встречу на эту же неделю. Он сказал, что может прийти в конце недели, но ненадолго, потому что ему нужно будет поучаствовать в подаче блюд на важном мероприятии в другой организации, где он был волонтером. Он с гордостью пошутил, что, возможно, придет в смокинге, но на его лице все еще был заметен гнев. Майкл хотел устанавливать свои собственные правила. Он, вероятно, бунтовал против моего авторитета и в то же время защищал

себя. Было ясно, что он не хочет оставлять время на оценку потребления алкоголя.

На супервизии я столкнулась с противоречивыми чувствами относительно политики организации и лечения Майкла. Мне сказали, что Майкл искусный манипулятор и использует для своих манипуляций гнев. Значило ли это, что мне не нужно попытаться понять, что стоит за его гневом? Более того, супервизор не принял мой аргумент, что в политике полного воздержания применительно к Майклу было что-то карательное. Он ответил, что не может понять, как мне вообще могла прийти в голову такая мысль. Я была разочарована нашей встречей, но еще большее разочарование мне предстояло испытать после общения с нашим экспертом по химической зависимости.

С этим сотрудником мы рассмотрели очень шаблонную схему оценки и поручение, которое я должна была выполнить. Схема оценки содержала вопросы обо всех аспектах жизни клиента и его употреблении алкоголя. Я подумала об очень чувствительном и закрытом Майкле и о том, как сложно будет провести все это с ним. Мне сказали пройти по всем пунктам трехстраничного опросника и еще раз предупредили, чтобы я не поддавалась на манипуляции. Более того, мне дали понять, что, если я не смогу сразу и решительно выполнить это задание, это обнажит мою слабость, и в конечном итоге я подведу Майкла. Основной посыл заключался в том, что мне нужно быть жесткой: мне нужно сломить его сопротивление и отрицание. Складывалось впечатление, что ни супервизор, ни эксперт по химической зависимости не были заинтересованы в том, чтобы узнать, какой Майкл человек на самом деле. У меня сложилось впечатление, что человек с *проблемой* был невидимым, и что существовала универсальная модель, которую я должна была применить в работе с Майклом. Позже я представила случай Майкла на групповой супервизии, где встретила так же мало поддержки и заработала себе репутацию слабого и некомпетентного специалиста.

По итогу этих обсуждений я понимала, что совершенно не согласна с политикой организации, и что мне придется обойти ее, чтобы помочь Майклу. Мне нужно будет полагаться на свою клиническую подготовку и интуицию. Я должна буду учесть естественное недоверие Майкла к людям, обладающим какой-либо властью, его уязвимый статус как гомосексуального афроамериканца со СПИДом, его негативный образ себя и эмоциональные последствия его заболевания. Я сказала себе, что в тот

день Майкл не умрет из-за употребления алкоголя, и постаралась выбросить из головы срочное предписание от организации надавить на него. Я была вполне уверена, что он никогда не станет участником программы 12 Шагов, и, насколько я могла судить, я была единственным человеком, способным обеспечить ему поддержку, в которой он нуждался. И я хотела быть в состоянии сделать это.

Хотя Майкл ожидал, что следующая сессия будет посвящена оценке потребления алкоголя, я начала все сначала, на этот раз стараясь построить с ним отношения. Я анализировала ситуацию так, словно он был новым клиентом. Я собрала столько данных о его истории, сколько было уместно, оставив некоторые вопросы на будущие сессии. Я поощряла Майкла говорить о том, что важно для него. Я чувствовала, что если я хочу ему помочь, то должна завоевать его доверие и начать работать с ним на его условиях. Мне также нужно было подробно расспросить Майкла о его заболевании – даже этим я пренебрегла в прошлый раз ради разговора об алкоголе, – но, учитывая обстоятельства, я решила, что медицинская история может подождать пару недель.

Сессия была тяжелой. Майкл был неразговорчив, хотя все же рассказал немного о себе – правда, не говоря ничего о своих чувствах. В определенный момент я заговорила о нашей первой встрече и спросила, нет ли у него каких-то мыслей насчет нее. Он сказал, что нет. Я высказала предположение, что он мог испытывать какие-то чувства из-за того, что пришел за финансовой помощью, а столкнулся с осуждением за употребление алкоголя. Он был очень осторожен, и, хотя я заметила, как на его лице промелькнула тень гнева, он снова начал повторять свои возражения против программ лечения алкоголизма. Я сказала ему, что я все понимаю и что в этот раз мы можем попробовать работать без необходимости их посещать. Он принял эту идею молча, ничего не ответив.

Я снова попыталась обратиться к его чувствам, которые могли возникнуть на первой сессии. Я спросила, было ли что-то для него сложным. Был ли, например, проблемой белый цвет моей кожи. Я напомнила, что до этого его социальным работником была афроамериканка, с которой у него сложились теплые отношения. Он ответил, что нормально относится к белым и что у него много белых друзей, но затем ушел в рассуждения о том, насколько лживыми могут быть белые люди. «Он не собирается упрощать мне задачу», – подумала я. Мне показалось, что он не готов

исследовать, насколько лживой представляюсь ему я, поэтому просто перестала заострять на этом внимание. Ни он, ни я не узнали ничего нового, но я надеялась, что мой искренний интерес к его чувствам повлияет на атмосферу между нами и сделает ее хотя бы немного более безопасной.

На одной из следующих сессий я изучила его медицинскую ситуацию. Мы поговорили о его здоровье, получаемом уходе и прогрессировании его заболевания. Я выяснила, что Майкл проходил лечение печени, хотя прежде он говорил, что употребление алкоголя не имело никаких последствий для здоровья. Не желая менять направление его рассказа, я просто зафиксировала эту информацию. Наш разговор перешел к тому, как устроена его повседневная жизнь. Он сказал, что живет в районе, который контролируют доминиканские наркодилеры. Однако больше всего он боялся не перестрелок и грабежей. Майкла пугал *мачизм*. В том мире сложно быть геем, пояснил он. Когда он только переехал в тот район, он никак не изменил свой стиль одежды, возможно, он даже сам провоцировал насмешки. Из-за своей кричащей, практически маскарадной манеры одеваться, которая ясно определяла его как гея, он часто слышал унижительные клички или даже получал камнем, когда шел по улице. Он не хотел или не мог говорить о своих чувствах, возникавших в такие моменты, но он выразил свой гнев.

В некоторой степени мой супервизор был прав. Гнев был для Майкла инструментом, но использовал он его, чтобы защитить себя от болезненных чувств, а не для того, чтобы манипулировать мной. Он также защищал себя и более явным образом. Хотя он и продолжал выражать свое бунтарство с помощью банданы или цветного платка, которыми украшал себя, выходя из метро в более безопасном районе, он все же изменил свою манеру одеваться. Я была воодушевлена тем, что он смог найти способ избежать вреда, сохранив самоуважение, и надеялась, что он сможет сделать то же самое и с алкоголем.

Наш разговор перешел к обсуждению его сети социальной поддержки. Несмотря на уверения Майкла в обратном, я поняла, что он изолировал себя от общества. Присутствие людей в его жизни сводилось к докторам, которые наблюдали его в больнице как пациента по программе Medicaid, и было весьма маловероятно, что они находили время выслушать его и понять его потребности. У него были ограниченные

контакты с парой социальных служб, и, возможно, изредка происходили встречи с приятелем. Он говорил, что у него есть друзья, но в его историях никогда не фигурировали другие люди. Он никогда не упоминал, что друзья приходили его навестить или что он сам ходил к кому-то в гости. На момент нашего общения у него не было любовника или интимных отношений. Его дни, казалось, были наполнены посещением врачей, волонтерской работой и, скорее всего, употреблением алкоголя.

В сущности, у него не оставалось и родственников, о которых можно было бы поговорить: его мать, отец и один из братьев умерли, и он не часто виделся со своей сестрой, потому что она жила на Юге. Оставшийся брат Майкла обратился в христианство и не одобрял его образ жизни и сексуальные предпочтения. Они практически не разговаривали. Чаще всего он общался с племянницей – с ней у него были наиболее близкие отношения. Когда я спросила, собирается ли он встретиться с кем-то из родственников на праздниках, он просто ответил: «Нет».

Разговор о праздниках позволил мне обратиться к теме алкоголя в более мягкой форме и попробовать понять, что он значит для Майкла. Я напомнила о словах, что ему будет сложно пить меньше на предстоящих праздниках, и спросила: «Почему?». Он сказал, что будет много вечеринок с обилием спиртного и что будет сложно противостоять искушению в таких социальных обстоятельствах. Поскольку Майкл не мог рассказать ничего конкретного ни об этих вечеринках, ни о том, где именно он проведет День благодарения и Рождество, я заподозрила, что в реальности он, вероятно, проведет праздники дома один и будет пить. Он не сказал об этом прямо, но мне показалось, что алкоголь помогает ему справиться с чувством одиночества, которое особенно остро ощущается именно в это время года. Наконец, я спросила его, что, по его мнению, дает ему алкоголь. Все еще с некоторым недоверием он сказал, что алкоголь дает ему утешение. Я спросила, как часто он нуждается в алкоголе. Как я и предполагала, он ответил, что выпивает пару порций водки по вечерам, когда сидит в одиночестве дома.

Вернувшись к теме праздников, я сказала, что понимаю, насколько сложно ему будет контролировать употребление алкоголя в этот период, и заинтересовалась, не задумывался ли он о том, что мог бы употреблять немного меньше, раз уж сам выразил такое желание. По тону его ответа было похоже, что он уже обдумывал это. Он сказал,

что планировал ограничиться пивом и вином и отказаться от «крепкого алкоголя». Выбор напитков с меньшим содержанием алкоголя показался мне хорошим началом и однозначно лучшим вариантом, чем употребление чистой водки. Но сможет ли он придерживаться своего плана? Он выглядел довольным и самоуверенным. Я сказала ему, что это звучит как хорошая идея, и выразила искреннюю надежду, что это сработает.

Я знала, что мне нужно встречаться с Майклом каждую неделю, но это не было стандартным условием в нашей социальной службе. Обычно мы встречались с клиентами по мере возникновения необходимости. Что касается ежемесячного пособия, процесс был настолько автоматизирован, что вообще не было никакой нужды встречаться с клиентом, мы просто оставляли чек на стойке администратора. Но мне удалось внести в расписание еженедельные встречи с Майклом – под предлогом того, что я работаю с ним над участием в реабилитационной программе. Я начала проводить лечение так, как стала бы работать с любым другим клиентом в терапии, параллельно наблюдая за употреблением алкоголя.

Поначалу это был тернистый путь. Майкл метался между открытостью и явной враждебностью. На одну из первых сессий, когда я только начала радоваться нашему прогрессу (Майкл действительно сократил употребление спиртного и стал более общительным), он пришел в грязной майке, и от него пахло алкоголем. Его одежда часто была старой, но никогда грязной, рваной или неуместной. Было неясно, вернулся ли он к прежнему паттерну употребления или хотел меня проверить. Возможно, и то, и другое. Осужу ли я его? Постараюсь ли его изменить? Я не сделала ни того, ни другого. Ему слишком часто говорили, что делать, и отклонение от нормы могло быть еще одним способом, приносящим ему утешение. Я просто оценила, насколько он опасен для себя, и стала ждать, что принесут последующие встречи.

К моему удивлению, больше не последовало ни проверок, ни вызывающих отклонений от нормы. На все наши последующие сессии Майкл приходил в чистой одежде и трезвым. Однажды он даже прочел мне некоторые из своих стихотворений. Как и сам Майкл, с которым я встречалась каждую неделю, его стихи были смесью тихих размышлений и гнева. Чувства, которые он не мог выразить на наших сессиях, выражались в его стихах, многие из которых касались темы расизма. Стихи,

сочиненные в течение большей части его взрослой жизни, были очень красиво написаны от руки и собраны в один блокнот. Он ни разу не предложил мне взять домой или принять в качестве подарка ни одно из своих стихотворений. Майкл сказал, что он никогда и никому не давал свои стихи, потому что боялся, что их украдут. Он говорил так, будто надеялся опубликовать их, даже несмотря на то что понимал, что этого, скорее всего, никогда не случится. Отдавать в мир что-то настолько личное было слишком опасно.

Когда Майкл начал делиться своим внутренним миром через свою поэзию, в нашей работе наступил переломный момент. Дальше прогресс стал более стабильным, хоть и медленным. Майкл регулярно приходил на сессии и никогда не опаздывал. Темы наших разговоров варьировались от событий недели (посещение врача, волонтерская работа, участие в каком-либо представлении) до его здоровья. Несколько реже беседа доходила до хорошо охраняемых воспоминаний детства, и еще реже до чувств, которые он испытывал по тому или иному поводу. Я старалась сделать наши сессии искренними, принимать его и быть готовой ему помочь.

В работе с Майклом мне приходилось быть осторожной. Я чувствовала, что любой промах с моей стороны способен разрушить хрупкий баланс, установившийся между нами. Наконец, между нами возникло необходимое взаимное доверие и уважение, помогавшее ему ощущать достаточно власти, чтобы принимать решения относительно своей жизни. Это, в свою очередь, давало мне возможность проводить лечение. Если бы доверие и уважение были поставлены под угрозу, это нанесло бы серьезный удар по его хрупкому самоощущению. Какой бы тяжелой эта работа ни была для меня, для Майкла она была еще тяжелее. То, что он как минимум приходил на сессии, уже показывало большую силу, как и его успехи в более умеренном употреблении алкоголя.

На своем примере Майкл доказал, что человек, проблемно употребляющий алкоголь, может ограничить его прием, несмотря на то что общепринятая профессиональная позиция говорит об обратном. Он пил меньше и заменил водку пивом и вином. С едва скрываемым чувством гордости он на каждой сессии предоставлял мне отчет о количестве потребленного за прошедшую неделю алкоголя. Он настолько хорошо справлялся с контролем употребления алкоголя, что это перестало быть проблемой. У меня никогда не было поводов подозревать, что он

сорвался, и я никогда больше не чувствовала от него запаха алкоголя. В отличие от того раза, когда он пришел в грязной майке, он стал уделять больше внимания своей одежде. Он даже стал одеваться более традиционно. Поскольку больше не было угрозы лишиться финансовой помощи – я полагаю, к этому моменту он уже доверял мне в этом отношении, – изменение в его внешнем виде, вероятно, было знаком того, что он чувствовал себя в безопасности и мог ослабить свою защиту. Ему больше не нужно было демонстрировать вызывающую непокорность. Немного подстроившись, он получил уважение, социальные связи благодаря волонтерской работе и поддержку в отношении своей болезни, которых в действительности жаждал.

С согласия Майкла я связалась с двумя другими соцработниками, закрепленными за ним. Я узнала, что мужчина, с которым Майкл работал в службе, субсидировавшей его жилье, сам был в ремиссии от химической зависимости и знал про пристрастие Майкла к алкоголю. Мы поговорили о подозрениях касательно той ночи, когда сработал детектор дыма, и об общем беспокойстве за Майкла. Когда я начала рассказывать о том, как провожу его лечение, то была уверена, что столкнусь с критикой, но я ошибалась. Несмотря на то что самого этого человека «спасла» программа 12 Шагов, он не был строгим приверженцем трезвости как немедленной и единственной цели лечения. Не был он уверен и в том, что это было бы подходящим способом работы с Майклом. Хотя его контакты с Майклом были немногочисленными, он работал с ним так же, как и я: отслеживал его употребление алкоголя, насколько мог, и старался снизить вред. Мое взаимодействие с этим социальным работником дало мне возможность произвести сверку своей работы.

То, что я узнала в другой службе, где Майкл был волонтером, оказалось еще более интересным и полезным. Эта организация также знала о его проблемах с алкоголем. Более того, в один из вечеров, когда он помогал с подачей блюд, он был пьян, за что его волонтерские привилегии были приостановлены. Это случилось как раз незадолго до нашей первой сессии, но Майкл ни разу не упоминал об этом. С социальным работником Майкла в этой службе (который также был в ремиссии от употребления) я обсудила свои опасения насчет сложившейся ситуации: изоляция Майкла могла усугубиться, если он не сможет продолжать волонтерскую работу, а это, в свою очередь, вероятно, приведет к ухудшению ситуации с алкоголем. Я рассказала ему о прогрессе Майкла в контроле потребления алкоголя. Он ответил, что также заметил

изменения к лучшему.

К счастью, на тот момент эта конкретная служба претерпевала внутренние изменения. Она уходила от трезвости как единственной приемлемой цели в работе с компульсивным употреблением психоактивных веществ. Позже я узнала, что это называется «снижение вреда». Вместе с социальным работником Майкла мы разработали план, который, как мы надеялись, позволит Майклу вернуть свой волонтерский статус. Совсем недавно была сформирована группа для людей с ВИЧ-инфекцией и проблемами с алкоголем или наркотиками. Главным условием было посещение этой группы, а не трезвость, а сама группа была ограничена во времени. Мы оба стали уговаривать Майкла присоединиться к группе, заманивая его перспективой волонтерской работы. После того как он посетит несколько групповых встреч, то сможет снова участвовать в подаче блюд. Хотя Майкл и не мог этого признать, ему было страшно присоединиться к группе. Он был закрытым человеком с проблемами доверия и низкой самооценкой. Возможно, ему пришлось бы делиться какими-то событиями своей жизни с другими и обнажить свои чувства перед группой. Он также должен был бы соблюдать правила – что-то, чего он не делал добровольно. А еще ему пришлось бы поверить в то, что он может сделать что-то, чтобы позаботиться о себе. Поскольку я видела, как он делал это раньше – в случае с его нарядами в опасном районе и с употреблением алкоголя, – я была настроена оптимистично.

Я помогла Майклу осознать, как важна была для него волонтерская работа, как опустошен он был, потеряв ее, и насколько необходимо вернуть себе право ею заниматься. Я также помогла ему озвучить страхи, связанные с групповой работой. Довольно быстро Майкл согласился рискнуть и присоединился к группе. Точно так же, как он был способен изменить свой внешний вид, чтобы спокойно ходить по улицам в своем районе, он смог действовать в своих интересах в новой группе.

До этого момента я безуспешно пыталась найти научное подтверждение своей работы с Майклом. Я изучала литературу и говорила с коллегами, но ответ был один: сначала трезвость, потом клиническое вмешательство. Я нигде не встретила упоминания о том, что кто-то сталкивается с теми же проблемами, что и я. Несмотря на это, я продолжала идти выбранным путем. Я полагалась на свою интуицию и старалась поверить в тот прогресс, который наблюдала у Майкла. Общение с его социальными

работниками, наконец, предоставило мне ту поддержку, в которой я нуждалась.

Когда Майкл почувствовал уверенность в том, что я не заставлю его пройти лечение и не лишу пособия, он начал рассказывать мне немного о своей жизни. В начале лечения он казался человеком без прошлого с обрывочными картинками из настоящего. Начиная с середины лечения стал вырисовываться образ чувствительного, необычайно яркого цветного мальчика, растущего на Юге и борющегося с чувством собственной неполноценности.

Майкл описывал свое детство в маленьком расово сегрегированном южном городке. Его отец умер, когда Майкл был еще ребенком, а мать работала прислугой. Хотя он, вероятно, был беден, он описывал свой район как состоящий из благопристойных домов с маленькими ухоженными лужайками и играющими на улице детьми. У него были и счастливые воспоминания, и болезненные. Но наиболее ощутимым в его рассказе, хотя он и не мог облечь этого в слова, было чувство одиночества и печали. Все его истории изображали маленького мальчика, который часто ощущал себя отличающимся и неуместным, маленького мальчика, который, вероятно, имел гораздо более богатую внутреннюю жизнь, чем та жизнь, что протекала снаружи.

Сначала Майкл учился в школе для чернокожих детей в своем районе, но, благодаря своим умственным способностям, вскоре был переведен в программу для одаренных детей в школе для белых. Там он развивался интеллектуально, но был абсолютно одинок. Он был единственным чернокожим ребенком, говорившим об одиночестве, отсутствии друзей и ощущении собственной инаковости. Он помнит, что чувствовал себя именно так, особенно в подростковом возрасте. Он мало говорил о своей сексуальной ориентации, но поделился воспоминаниями о первых сексуальных контактах с ребятами из его района. Он никому раньше об этом не рассказывал.

Жизнь дома тоже была тяжелой. Отец Майкла, алкоголик, нередко заваливавшийся домой пьяным у всех на глазах, очень часто критиковал Майкла и был эмоционально жестоким. Майкл рассказал, что любил отца, но не получал того же взамен. Он также вспоминал, что стыдился его. Но ему не пришлось жить с этим стыдом долго: отец умер от болезни, вызванной алкоголем, когда Майкл был ребенком, а вскоре умер и старший брат Майкла, видимо, по тем же причинам. Мать Майкла была теплой и

заботливой, но она также была источником чувства стыда, ущербности и гнева. Однажды Майкл рассказал, как ходил с мамой на работу, будучи маленьким ребенком, и наблюдал, как она становится на четвереньки и моет полы в доме своего богатого белого работодателя. И снова ему было слишком больно назвать словами те чувства, которые он испытывал, говоря об этом.

Наряду с интеллектом, довольно рано у Майкла обнаружились артистические способности. После школы он получил художественную стипендию. Однако, несмотря на эти возможности, что-то постоянно вставало на его пути к успеху. Будучи низкооплачиваемым, хоть и талантливым артистом, он оставался на периферии художественного мира, не зарабатывая тех денег, которые символизировали бы успех. Как результат, он все так же чувствовал себя обесцененным, одиноким и неуместным.

На протяжении всей нашей работы Майкл оставался замкнутым. Он никогда не говорил о прошлом подробно или эмоционально. Вероятно, его чувства были слишком болезненными. Мы работали вместе всего полгода, и тот факт, что он рассказал мне хоть что-то о себе, казался прорывом. Из-за негативного представления о себе и недоверия к окружающим ему сложно было выстраивать эмоциональные связи с другими людьми.

Майкл продолжал сокращать употребление алкоголя до самого конца нашей работы. Я обеспечивала ему поддерживающую атмосферу, в которой он чувствовал себя услышанным, понятым и принятым таким, какой он есть, и в которой мог добиться успеха. Он преданно приходил на еженедельные сессии. Я думаю, что та поддержка, которую ему давали эти встречи, значила для него больше, чем он мог признать, и чем на тот момент могла представить себе я. Я не думаю, что он полностью мне доверял, но между нами возникали краткие моменты теплоты, когда я могла практически измерить рост наших взаимоотношений. Кульминационный момент лечения наступил через несколько месяцев работы, когда Майкл заявил, что хочет съездить домой, на юг. Мы вместе планировали, как он скопит достаточно денег, чтобы купить билеты на автобус туда и обратно, что он и сделал. Он съездил домой и вернулся с чувством счастья и удовлетворения. Это была последняя поездка домой в его жизни.

Майклу было тяжело признать, что он нуждается в ком-то, но к концу нашей

работы он смог, пусть и сдержанно, сказать мне об этом. Мы долгое время готовились к окончанию нашей работы, поскольку я планировала покинуть организацию. Майкла должны были передать его третьему, и последнему, социальному работнику, и я участвовала в выборе этого сотрудника. Я хотела быть уверенной в том, что в этот раз к выбору подойдут более ответственно, что этот специалист продолжит поддерживать Майкла так же, как и я, и что она будет с ним до конца. Так и случилось.

На нашу последнюю сессию Майкл пришел в бледно-желтом поло и совершенно обычных брюках. Хотя мне больше нравился его яркий и креативный образ, я понимала, что этот обновленный внешний вид был не для меня, а для него самого. Я думаю, для него было важно символически выразить, насколько он изменился. Чтобы показать, что его внутренняя суть все еще была полна красок, он в последний раз принес свое стихотворение. Как обычно, он прочел его мне. Оно было о маленьком чернокожем мальчике, его чувствах любви и гнева. Это было самое прекрасное и личное стихотворение из всех, что он мне читал.

Мы с Майклом совместно боролись с политикой трезвости, которая возвела бы между нами непреодолимую стену, лишив его единственного доступного ему источника поддержки. Майклу удалось помочь себе и выиграть важную битву, что улучшило качество его жизни на тот небольшой срок, что ему оставался. А я усвоила важный урок. Если бы я поддавалась давлению организации, то никогда бы не узнала, что Майкл за человек, и увидела бы только *отрицание* и *манипуляции*. Вместо того чтобы смотреть на него как на *проблему*, я начала работать с ним с чистого листа, проводя терапию с ним так же, как с остальными клиентами. Я действовала в его интересах, доверяла ему, принимала его, слушала его и работала с его сопротивлением терапии.

Я знаю, что Майкл не согласился бы на участие в программе 12 Шагов или любой другой структурированной программе реабилитации, но даже если бы и согласился, я уверена, что это не принесло бы никакого результата. Эта неудача не только повредила бы его физическому здоровью, но и стала бы еще одним звеном в длинной череде провалов в его жизни. Однако наша совместная работа привела его к успеху. Он сам устанавливал правила, следовал им и был в состоянии позаботиться о себе. Он сохранял это достижение до самой своей смерти. Такой подход к лечению не сработал бы для всех, но подошел именно Майклу. Даже представить себе не могу, каким был

бы остаток его жизни, если бы этого не случилось.

Комментарий

В рассказе Хаммер с самого начала обращает на себя внимание ее утверждение, что ей было некомфортно фокусироваться на проблемах с алкоголем прежде, чем у нее появилась возможность узнать самого Майкла. Ее интуиция и понимание того, как следует начать работу с Майклом, противоречили политике службы, которая на первых порах затуманивала ее более тонкое клиническое суждение и чуть не поставила под угрозу всю работу еще до ее начала.

Хаммер получила от службы предписание о том, как работать с Майклом. Оно является показательным примером универсального подхода в лечении компульсивного употребления алкоголя и наркотиков. Тот факт, что клиент выпивал, был достаточным основанием для оправдания набора, по сути, обесценивающих допущений, которые, в свою очередь, использовались для оправдания принуждения клиента следовать конкретному и заранее определенному ряду рекомендаций.

В целом, в социальной среде служб поддержки населения очень важное место занимают допущения. Вот основные из них: потребители алкоголя и наркотиков – манипуляторы, и их нужно принуждать; людям, компульсивно употребляющим ПАВ, нужна более структурированная программа реабилитации; учреждение знает, что нужно клиенту, еще до обсуждения этого с ним самим; потребители алкоголя не могут получить никакой пользы от психотерапии; нельзя доверять потребителям алкоголя и наркотиков; и, наконец, потребители ПАВ сами не хотят никакой помощи.

Хаммер описывает, как предписание от организации помешало ей непредвзято воспринимать Майкла на первой встрече и привело к тому, что она вела сессию в соответствии со своим планом, а не с видением Майкла. Это практически сорвало их работу, поскольку вместо ощущения безопасности в присутствии человека, по-настоящему заинтересованного в том, чтобы узнать его и помочь ему, он чувствовал злость и неуверенность. Она пишет: «На тот момент я была начинающим социальным работником и не имела опыта в лечении людей, употребляющих ПАВ». Нетрудно догадаться, что единственной причиной, по которой Майкл вернулся, было его желание продолжить получать пособие. Если бы ситуация была другой, и он приходил бы просто за консультацией, вернулся ли бы он после первой сессии? А любой другой на

его месте?

К сожалению, подобные ситуации постоянно происходят в сфере лечения зависимостей. Из рассказа Хаммер легко представить, как много клиентов могут отказаться от дальнейших попыток поиска лечения (что практически произошло с Майклом) именно в тот момент, когда они наиболее открыты к нему – на первой встрече. Это может объяснить, почему большинство людей, употребляющих ПАВ, после первого посещения специалиста не возвращаются к нему за помощью.

Кроме того, что этот полный предрассудков и основанный на принуждении подход отвращает людей от помощи, что уже достаточно плохо, он имеет и более разрушительные возможные последствия. Он воспроизводит те ситуации в ранних значимых отношениях человека, когда чувства и потребности не признавались и не получали положительного отклика. Поэтому он может вызывать реакции, похожие на те, что имели место в ранних отношениях, и стать подтверждением выводов клиента, основанных на разочаровании, фрустрации и стыде, пережитых в прошлом: «Я был прав, от людей не стоит ждать помощи». «В этом мире я действительно могу положиться только на себя». «Людям нельзя доверять, они безразличны ко мне и думают только о собственных интересах». Майклу повезло. Проанализировав свою первую встречу с ним, Хаммер поняла, что ее озабоченность правилами организации помешала ей установить безопасные, основанные на доверии и сотрудничестве отношения с клиентом. Она поняла, что если продолжит придерживаться подхода, рекомендованного ее супервизором, то потеряет Майкла, и решила действовать вразрез с рекомендациями и начать все с чистого листа, на этот раз концентрируясь на интересах клиента.

Это смелое решение – нарушить правила учреждения и постараться узнать Майкла, прежде чем принимать решение о том, какого направления в работе с ним придерживаться, – позволило Хаммер найти подход, соответствующий потребностям клиента. Это также способствовало формированию между ними крепкого терапевтического альянса, поскольку позволило Майклу понять, что его слышат и уважают, и что ему предлагают помощь, отвечающую его глубинным потребностям. В конечном итоге это привело к терапии, поддерживавшей Майкла в достижении его собственной цели – более умеренного употребления алкоголя.

Хаммер отталкивалась от ситуации, в которой Майкл находился на момент обращения, создавая чувство безопасности в терапевтических отношениях. Это привело к формированию прочного рабочего альянса между ними, что в итоге стало основой терапевтического процесса, который помог Майклу в достижении его целей.

Как и в историях, приведенных в предыдущих главах, темы смелости, изобретательности и построения отношений стали важными ингредиентами успеха в этом примере психотерапии.

Майкл употреблял алкоголь, чтобы утешить себя и справиться с одиночеством, но в процессе терапии он пил еще и для того, чтобы проверить искренность Хаммер. Продолжит ли она работать с ним, не пытаясь контролировать или осуждать его? В этой ситуации самым важным для нее было сохранять приверженность своему решению не контролировать и не осуждать Майкла, но при этом оценить опасность и выразить обеспокоенность, а также интерес к тому смыслу, который Майкл вкладывал в употребление алкоголя. Очевидно, проверку она прошла, и случаев чрезмерного употребления больше не было.

Первая задача терапевта состоит в том, чтобы «нащупать пульс», провести «сонастройку» с тонкими эмоциональными потребностями и уязвимостями клиента. В этой истории мы видим, как Хаммер управляла своим вниманием, чтобы проявлять уважение к потребности Майкла чувствовать, что он обладает властью принимать собственные решения. Увидев уважение от терапевта, что было для него очень редким опытом, он начал испытывать уважение и в жизни. Эта перемена в самовосприятии по отношению к окружающей среде выразилась в изменении его внешнего вида, в исчезновении желания одеваться эпатажно, даже несмотря на опасность. Точное попадание с точки зрения терапевтической сонастройки, или внимания, или чувствительности, может принести терапии огромную пользу, которая будет отражаться на жизни клиента, его привычках и паттернах поведения.

Комплексные проблемы требуют комплексного решения

В контексте серьезных эмоциональных, межличностных и социальных проблем наркотическая зависимость, как правило, требует комплексного, интенсивного и продолжительного лечения. В этой главе речь пойдет о том, насколько острые и комплексные проблемы приходится решать людям с серьезной зависимостью.

Наше общество зачастую сильно недооценивает всю сложность проблем, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики, а также причин, приведших их к употреблению. Употребление обычно рассматривают как реакцию на давление со стороны сверстников или следствие неверно принятого решения. Нам проще порицать ЛУН и отпускать в их сторону стереотипные шуточки, чем задуматься над этим вопросом более серьезно. Мы считаем, что люди употребляют наркотики просто потому, что это модно, или из-за отсутствия дисциплины.

ОТРИЦАНИЕ СМЫСЛА И КОМПЛЕКСНОСТИ

Общепринятое отношение к употреблению наркотиков является отражением зависимого поведения. Политика в отношении наркотиков фокусируется на самих веществах, а не на психодуховных и социальных причинах, побуждающих человека изменять свое сознание. Эмоциональный, межличностный и социально-экономический аспекты жизни человека, употребляющего наркотики, остаются без внимания. Если рассматривать употребление наркотиков отдельно от перечисленных выше сфер, не будет и необходимости разбираться в этих сложных вопросах. Тогда можно сфокусироваться только на веществах, на их употреблении или не употреблении, а все остальные факторы, подталкивающие человека к употреблению, можно игнорировать. Точно так же в любых зависимых отношениях желание человека направлено на объект зависимости, будь то наркотик, еда, секс или деньги, в попытке удовлетворения не осознаваемых им самим чувств и потребностей. Объект зависимости наделяется символической силой, способностью исцелить любой недуг. Зависимый человек сфокусирован на получении объекта зависимости, а не на том, чтобы найти способ удовлетворения потребностей, породивших это стремление. Зацикливаясь на объекте зависимости, человек отрицает свои реальные потребности

или тот факт, что у него есть внутренняя проблема, которую необходимо найти и разрешить. Отрицание защищает человека от тревоги или угрозы, порожденной более глубокой потребностью. Но проблема заключается в том, что ни наркотик, ни фантазии, ни какое-либо символическое удовлетворение отрицаемых потребностей в реальности не решают проблему, потребности остаются незакрытыми, и человек не чувствует себя удовлетворенным. Его потребности становятся все сильнее, и он все активнее стремится к объекту зависимости.

НЕДООЦЕНИВАЯ КОМПЛЕКСНОСТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ, МЫ ОБРЕКАЕМ СЕБЯ НА ПРОВАЛ

Отрицание комплексного характера причин, подталкивающих людей к употреблению наркотиков, приводит к такому же результату. Фокусируясь на веществе, а не на контексте его употребления, мы избегаем пугающих вопросов, на которые не хотим искать ответов. Распространенное в обществе мнение, что единственным возможным результатом лечения должно быть полное воздержание, имеет те же корни. Редукционистская кампания «Просто скажи "нет"»⁶ существенно повлияла на общественные взгляды и практику лечения наркопотребителей, на доступные методы лечения, на внедрение принудительного воздержания в качестве методики массового лечения и на политику по борьбе с наркотиками.

Эти неэффективные меры и методы принесли невероятные страдания огромному количеству людей. Из-за недооценки проблемы у самих наркопотребителей и у общества в целом формируются нереалистичные ожидания относительно того, как можно изменить ситуацию, и что для этих перемен необходимо. Нереалистичные ожидания порождают неадекватные меры по борьбе с наркотической зависимостью, обрекающие людей, употребляющих наркотики, на провал, в котором они начинают обвинять самих себя. Нереалистичные ожидания заставляют родственников и друзей ЛУН испытывать необоснованные чувства разочарования, страха и злости по отношению к себе и к ним. Нереалистичные ожидания заставляют правительства и законодательные органы выступать в поддержку малоэффективных программ лечения, а затем обвинять потерпевших неудачу пациентов в нежелании меняться и применять по отношению к ним уголовное наказание вместо того, чтобы обеспечить доступ к

⁶ Антинаркотическая кампания «Просто скажи "нет"» ("Just Say No"), получившая широкое распространение в США в 1980-90х гг. – *Прим. пер.*

более эффективному лечению и улучшить социальные условия, которые зачастую и являются главной причиной страданий, толкающих их к употреблению.

На консультациях я часто замечаю подобное отношение у людей, употребляющих наркотики, а также у их родственников и друзей. Они расстраиваются, если у человека не получается бросить сразу, как только он осознал наличие проблемы. Точно так же, как люди, употребляющие наркотики, ищут в них быстрое решение своих проблем, так же и мы хотим быстрого результата, когда речь идет об изменениях. Когда у ЛУН не получается с легкостью изменить свои привычки, они начинают злиться на себя и теряют надежду на возможность каких-либо изменений в будущем. От безысходности они еще сильнее погружаются в зависимость. Родственники и друзья думают, что человек, употребляющий наркотики, никогда не сможет измениться – или попросту не хочет этого, что приводит к незаслуженным обвинениям или порождает страх. Малоэффективные программы реабилитации, поддерживаемые правительством, страдают от нехватки финансирования и специалистов, они слишком короткие и имеют необоснованные ожидания насчет того, насколько быстро и легко пациенты смогут добиться результата. Многие программы прекращают работать с пациентами, которые не в состоянии сразу прекратить употреблять. Считается, что эта карательная мера станет дополнительной мотивацией к изменениям. К сожалению, в большинстве случаев эта стратегия не работает, и пациенту отказывают в лечении именно из-за той проблемы, за решением которой он и обратился.

МНОГООБРАЗИЕ ЛИЧНОСТНЫХ СМЫСЛОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

Важнейшее открытие, сделанное мною за годы работы, заключается в том, что природа проблем, связанных с употреблением, и значение наркотиков в жизни людей могут быть настолько разнообразными, что обобщить причины возникновения зависимости практически невозможно. Пытаясь обобщить смысл и функции, которые несет в себе употребление, мы рискуем упустить уникальность значения наркотика в жизни каждого конкретного человека. Я стал относиться к наркотику как к универсальному инструменту, который практически любой человек может использовать в самых различных целях. Так, в случае с некоторыми людьми причины употребления ПАВ объяснить достаточно легко и просто, поэтому проблему зависимости можно решать через просвещение и обращение к здравому смыслу.

Однако для других наркотики приобретают множество разных смыслов и ролей в контексте чрезвычайно сложных эмоциональных, межличностных и социально-экономических проблем. Для них процесс изменения будет полон трудностей и неопределенности, и им потребуется тщательно подобранная, интенсивная и длительная терапия. Провести различия между двумя этими категориями людей поначалу может быть довольно затруднительно.

История, выбранная мною для этой главы, показывает, насколько комплексными и серьезными могут быть причины, приведшие человека к употреблению наркотиков, и какого рода терапия обычно необходима в подобных ситуациях. «Самостоятельная жизнь», написанная психотерапевтом Валери Франкфилд, рассказывает о ее шестилетней психотерапии с Донни, молодым человеком с сильной зависимостью от алкоголя и целого ряда наркотиков. Употребление ПАВ было тесно связано с серьезными эмоциональными, коммуникативными и социальными проблемами, ставшими следствием сексуального и физического насилия в детстве и недостатка родительского внимания. В начале истории мы узнаем, что автор не могла определить, был ли Донни шизофреником, умственно отсталым, или страдал серьезной наркотической зависимостью, и часто она едва понимала, о чем он говорит.

Эта пронзительная история демонстрирует, как правильно подобранная терапия, учитывающая особые потребности клиента, может привести к невероятным изменениям. Опыт Донни может стать источником вдохновения для каждого. Валери Франкфилд была вынуждена прибегнуть к терапии снижения вреда, хотя специализировалась на лечении, ориентированном на полное воздержание. Она исходила из особенностей своего пациента: если бы она настояла на необходимости полного воздержания, групповой терапии или лечении в специализированном учреждении, то оттолкнула бы его от лечения и подтолкнула к катастрофе.

Валери Франкфилд применила терапию, объединившую в себе техники современного психоанализа и программу 12 Шагов, разработанную сообществом «Анонимные Алкоголики». Школа современного психоанализа была основана Хайманом Спотницем (1985).

Самостоятельная жизнь

Автор Валери Франкфилд

Открыв дверь офиса своему новому пациенту, Донни, я увидела невысокого, худощавого молодого человека лет 25 с давно нечесаными и нестриженными грязновато-блондинистыми волосами. Он избегал зрительного контакта. При виде него я подумала, что этот обездоленный человек не в ладах с самим собой. Когда я попыталась выяснить, что привело его ко мне, я не смогла разобрать его речь: он бубнил что-то неразборчивое настолько низким голосом, что невозможно было ничего слышать. Складывалось впечатление, что он едва может говорить. Сначала я даже подумала, что он «под кайфом».

Бормотание создавало вокруг него ореол опасности, и это меня встревожило. Во мне проснулось любопытство: я захотела понять этого парня, разгадать его тайну. Было ясно, что он не хочет или не может пойти на контакт, хоть и остро нуждается в помощи. Сложную задачу, стоявшую перед нами, я восприняла как вызов. Со временем станет ясно, насколько я недооценивала ее сложность. Я даже не могла поставить ему точный диагноз: параноидная шизофрения, умственная отсталость или серьезная наркотическая зависимость. Учитывая то, что произошло за шесть лет терапии, могу заявить, что моя первоначальная тревога была оправданной.

К счастью, у Донни была довольно сильная мотивация, и он доказал, что хочет и может посещать наши встречи гораздо чаще, чем пропускать их. Он говорил настолько невнятно и бессвязно, что зачастую мне приходилось угадывать, что именно он сказал. Он дал понять, что употребляет целый ряд наркотиков, но я не смогла выяснить, какие именно и в каком количестве. Тем не менее, на тот момент его состояние не требовало госпитализации, и он вполне мог проходить лечение амбулаторно. На одной из первых встреч Донни упомянул, что ему что-то угрожает, что за ним охотятся какие-то люди. Я забеспокоилась еще сильнее: это звучало так, как будто его отслеживают опасные наркоторговцы. Была ли это паранойя, или ему действительно угрожала опасность? А может, и то, и другое? Даже в трезвом состоянии он не производил впечатления человека, способного постоять за себя. Для самообороны он носил в рюкзаке внушительный индейский нож. Учитывая окружавший его ореол опасности, а также непредсказуемость его поведения, я попросила его оставлять рюкзак (с ножом) за дверью моего офиса, на что он согласился.

Постепенно мне удалось выяснить следующую информацию. Донни был младшим из четверых сыновей матери-одиночки, страдавшей алкогольной зависимостью и жившей в обветшалом многоквартирном доме в Квинсе, в Нью-Йорке. Он никогда не видел своего отца и ничего о нем не знал. Когда ему было семь, его мать, которая, видимо, больше не могла справляться с тяготами нищеты и растить четверых детей, отправила одного из них на воспитание к родственникам, Донни и еще одного сына отдала в детский дом, а себе оставила только любимого ребенка. В детском доме Донни постоянно травили, били и насиловали его брат и другие мальчишки. Они заставляли его врасплах ночью, пока он спал. С тех пор у Донни проблемы со сном. У него не было ни защитников, ни друзей. Через несколько лет мать забрала его из детского дома, но вскоре вернула туда еще на один год. Однажды зимой она забрала его и сообщила, что теперь он будет жить с ней. На тот момент у нее был любовник, который помогался Донни. После того как мать и «отчим» расстались, она часто посылала Донни навестить его, и он каждый раз насиловал Донни. Донни пытался сбежать, чтобы не встречаться с отчимом, но тот всегда его находил. Когда же Донни рассказывал матери о насилии, она говорила, что он лжет. Видимо, она хотела, чтобы ребенок оставил ее в покое, и не воспринимала его всерьез.

Каким-то образом он смог закончить школу. В то время, когда Донни проходил лечение, он жил с братом и работал по ночам на почте, выполняя черную работу. Из-за психологической травмы, полученной в детском доме, Донни лучше спал в дневное время. Работа в почтовом отделении была простой и упорядоченной, и Донни чувствовал себя относительно комфортно и безопасно, выполняя различные поручения. Он компетентно делал свою работу и иногда даже получал премии.

За год до начала лечения Донни работал в почтовом отделении и жил в социальной квартире, как и двое его братьев. Каждую ночь, когда Донни уходил на работу, старший брат с друзьями кололись героином у Донни в квартире. И вот однажды Донни вернулся домой с работы и обнаружил труп брата. Донни среагировал на это травмирующее событие тем, что взял на себя организацию похорон и потратил на это все свои сбережения, три тысячи долларов. Остальные братья Донни тоже употребляли наркотики. Старший больше преуспел в жизни: у него была высокооплачиваемая работа, жена и дети.

В начале лечения я старалась добиться того, чтобы Донни посещал меня каждую неделю. Учитывая его беспорядочное употребление наркотиков и желание избегать людей, я понимала, что не могу рассчитывать на регулярные визиты. Расспрашивая его и отслеживая помехи и сопротивления, помешавшие ему прийти на сеанс, я начала замечать закономерности в его употреблении наркотиков. Вероятность появления Донни на сессии были выше в середине недели, чем в ее начале. Он больше накачивал себя наркотиками и алкоголем на выходных. В будни он выпивал до шести бутылок пива, что чаще всего не сказывалось на его работоспособности. По выходным он не мог выносить отсутствие расписания. Он был не в состоянии составить для себя план дня и точно не хотел ни с кем встречаться. Он избегал людей, насколько это было возможно. Работа была для него приемлемой только потому, что в ночные смены он работал практически в одиночку.

Я долго не могла понять, что мешало Донни приходить на сеансы. Во-первых, мне потребовалось немало времени, чтобы научиться разбирать его речь. Из-за его боязни людей и настороженности она была неразборчивой. Психологические и неврологические последствия алкоголизма еще больше затуманивали его сознание. Как в моем кабинете, так и за его пределами Донни чаще использовал для выражения своих мыслей жесты и действия, создавая свой собственный язык. Поскольку я не могла положиться на его способность говорить и свою способность воздействовать на него только с помощью слов, я начала применять техники когнитивно-поведенческой терапии. Если он пропускал сессию, не предупредив об этом за 24 часа, я не сразу соглашалась назначить другое время для встречи. Я просила его позвонить в конкретное время, чтобы назначить следующую сессию, и если он соблюдал это условие, то я записывала его. Но если он звонил не в назначенное время, а в другое, то я снова просила его перезвонить в определенное время, чтобы записаться на сессию.

Я обнаружила, что для успешного взаимодействия с импульсивными пациентами нужно поработать над их импульсивностью. Использованная мною техника замедляет импульсивные действия у пациентов, склонных выражать свое недовольство действиями, а не словами. Она также открывает возможность для дальнейшего взаимодействия между клиентом и терапевтом, не подкрепляя прошлое неконструктивное поведение. И, наконец, она защищает терапевта от череды несостоявшихся встреч.

Я надеялась, что если в ответ на пропуск сессии (проявления импульсивности в контексте терапии) и просьбу записаться на другое время буду демонстрировать неторопливость и стратегический подход, то смогу маленькими шажками развить в нем способность к планированию. Я подчеркиваю важность этого практического обучения, которое происходило одновременно с терапией. Как только терапевтические отношения установлены, подобный тренинг помогает клиенту стать более ответственным. Затем он может применять полученный навык и во внешнем мире. Другой метод работы с импульсивностью во время терапии заключается в исследовании всех действий, совершаемых пациентом в кабинете: пациент принес с собой кофе, закурил, встал и прошелся по комнате, попросил терапевта позвонить с его телефона, и т.д. Задача состоит в том, чтобы пациент смог выразить словами те чувства, которые побудили его к этому действию. Например, если зависимый от алкоголя пациент, с которым у меня уже налажены отношения, приносит с собой кофе, я могу спросить его: «Из-за меня вы хотите выпить?»

Донни часто давал мне понять, что мне не следует вторгаться в его личное пространство. Поэтому я больше молчала на сессиях, лишь изредка задавая вопросы. Они носили информационный характер; я спрашивала о людях или ситуациях в его жизни, избегая любых вопросов о его внутреннем состоянии. Я использовала этот подход, чтобы не нарушать его личных границ. Поскольку он сам не задавал мне никаких вопросов, время от времени я интересовалась, стоит ли мне что-то предпринять в отношении затронутых им проблем. Я хотела, чтобы Донни начал лучше осознавать мое присутствие. Я хотела постепенно сформировать чувство партнерства и завоевать доверие этого чрезвычайно одинокого человека, который в своей жизни не получал от других людей ничего, кроме неприятностей и угроз. Такой подход был эффективным, поскольку Донни мог контролировать наше совместное пространство. Он сам определял темп нашего взаимодействия, делая его комфортным для себя, а я не требовала быстрого развития отношений.

Угнер (1978) писал об этом следующее:

«Я знаю терапевтов, которые много разговаривают со своими зависимыми от алкоголя пациентами, стараясь выразить поддержку: они отвечают на их вопросы, рассказывают много личной информации, помогают пациентам решать их проблемы. Судя по всему, это сразу помогает пациентам расслабиться, почувствовать себя комфортно. Но я считаю, что это делает долгосрочный прогресс невозможным, и

создает некоторую близость в отношениях, способную вызвать у пациентов тревожность. Многие алкоголики рассказывают о повторяющемся сценарии: они сближаются с людьми, но когда отношения становятся слишком теплыми, то они их разрывают» [стр. 165].

Думаю, что, проявляя сдержанность в общении с Донни, я дала ему возможность почувствовать себя в безопасности, больше говорить, выразаться яснее и становиться более открытым. Он стал больше рассказывать о себе, своих реакциях на жизненные ситуации, о зависимости от алкоголя и своих чувствах по отношению к нему. Со временем его паранойя начала ослабевать. Он стал меньше употреблять и больше не рассказывал пресловутых историй о наркоторговцах.

Я осторожно затронула вопрос о посещении Донни собраний «Анонимных Алкоголиков» и ничуть не удивилась его первой реакции — он ушел от разговора. Я периодически возвращалась к теме АА на протяжении пары лет, прежде чем получила от Донни прямой ответ. В конце концов, он признался, что боится людей. Люди опасны. Он намеренно вел жизнь крота. У него никогда не было ни друга, ни девушки. Он спал в дневное время, пока его брат был на работе, и незаметно выходил из дома вскоре после его возвращения. Все, что позволяло ему избегать людей, было для него спасением. В эмоциональном плане пойти на встречу АА было для него равносильно возвращению в тот кошмар, который он пережил в детском доме. Он мог приходить на сессии и общаться со мной, другим человеком, только потому, что в клинику его направил врач (это в какой-то степени внушало уважение), а я выполняла свою работу. Это была формальная ситуация, имевшая структуру и цель. И это было для него приемлемо.

Первый разборчивый рассказ Донни был посвящен его чрезвычайно смешанным чувствам в отношении алкоголя. Он точно не хотел прекращать пить, но алкоголь доставлял ему серьезные проблемы. Он чувствовал, что теряет контроль: его смущали большие расходы на выпивку и непредсказуемость того, как долго он пробудет в баре, и вернется ли домой к запланированному времени. Он ненавидел физический дискомфорт во время похмелья. Его беспокоила неуверенность в том, как пройдет его понедельник, сможет ли он добраться до работы и быть продуктивным. Он не мог назначить сессию на понедельник, так как не знал, будет ли в состоянии на нее прийти.

В особенности меня поражало острое противоречие между его жгучим желанием расти и силой его зависимости. Я одновременно и хотела защитить его, и испытывала негодование. Поскольку его зависимость усиливалась и поглощала не только выходные, но и будни, мы сфокусировались на тех обстоятельствах, которые провоцировали желание выпить. Донни попытался взять себя в руки. Благодаря интересу к терапевтическим отношениям – его первым отношениям с другим человеком – у него начало получаться. Он настолько увлекся лечением, что захотел следовать правилу 24-часовой трезвости перед сессиями. Хотя я понимала, что не могу настаивать на посещении встреч АА или на немедленном помещении Донни в реабилитационный центр, я видела, что его пристрастие к алкоголю серьезно мешает нашей работе. Было очевидно, что, находясь в состоянии похмелья или под действием алкоголя, он не может полностью себя выразить. И не слышал меня.

Я обнаружила, что, если Донни был нетрезв, проводить терапию было бесполезно, поскольку это было разрушительно для нашего общения. Донни делал все возможное, чтобы пойти мне навстречу, стараясь соблюдать правило 24-часового воздержания перед сессиями. Но часто обнаруживал, что не может этого сделать, хотя сознательно хотел. Постепенно мы нашли то, что помогло Донни контролировать свое пристрастие к алкоголю. Он стал чаще всего соблюдать 24-часовую трезвость. Благодаря этому у него появилась надежда, что он справится и с более длительными периодами воздержания. Эти интервалы трезвости перед сессиями также оказали благотворное влияние на его способность говорить, помнить и чувствовать.

Когда люди начинают меньше пить, в их жизни часто случается драматический поворот. Раньше Донни не осознавал свою сильную жажду смерти. Однажды он пришел на сессию весь перебинтованный. Кто-то в баре разбил бутылку о его голову. Он не мог вспомнить, из-за чего завязалась драка, но был уверен, что выпивка тоже сыграла свою роль. Конечно же, я забеспокоилась. Он мог ослепнуть, остаться калекой на всю жизнь или даже погибнуть. С любым другим пациентом я начала бы работать с сопротивлением относительно программы реабилитации, но я знала, что для Донни этот вариант не подойдет. Я с удвоенной силой начала уговаривать его попробовать программу АА. Я последовательно обсуждала с ним все причины, по которым он боялся и не хотел идти туда, в надежде, что уговорю его раньше, чем саморазрушительное поведение убьет его.

Он был уверен, что «Анонимные Алкоголики» не смогут ему помочь, с презрением относился к тому, что алкоголики помогают алкоголикам, был уверен, что они начнут на него давить и указывать, что он должен делать. Я подчеркнула тот факт, что он сможет контролировать свое участие на собраниях. Он не обязан сидеть вместе со всеми, с кем-либо разговаривать, давать свой номер телефона. Он не должен присутствовать на всей встрече целиком, приходить к началу или оставаться до конца. Он может организовать посещение собраний таким образом, чтобы ему было комфортно. От него не требуется ничего говорить или делать. Ему не обязательно должно там понравиться. Я не требую от него посещать все собрания. Я всего лишь рекомендую сходить один раз, пусть даже на пять минут, и узнать, что это такое. Самым важным для Донни было мое заверение, что он не обязан вступать ни с кем в личный контакт. Он позвонил и выяснил, где проходят собрания. Это было единственным, что он сделал за многие месяцы. Встречи в ближайших районах были для него неудобными: не то время, не то место, слишком близко к дому (кто-то может его увидеть), слишком далеко от дома, и так далее. Тем не менее, у него теперь была цель, и он ориентировался на определенное местоположение. Сама идея становилась для него более реальной, хотя он продолжал говорить насчет возможных опасностей, неудобств и неприятных сюрпризов, таившихся за дверями комнаты, где проходили собрания АА.

Обсуждение домыслов насчет того, что «Анонимные Алкоголики» могут с ним сделать, оказало положительное воздействие на Донни даже до того, как он посетил первую встречу. В ходе этих обсуждений проявились его страхи о разрушительном влиянии людей и отношений с ними. Одновременно с этими откровениями смелость, мотивация и любопытство Донни усилились настолько, что он подал заявление на работу в дневные смены. И его приняли. Это говорило о колоссальных внутренних изменениях: он был готов сделать шаг в мир людей, пусть даже и совсем небольшой.

Примерно в то же время он поразил меня скрытыми до этого высоким уровнем интеллекта и способностями к обучению: он раздобыл компьютер, подключил его и начал учиться на нем работать. В те времена это было не так просто, как сейчас: компьютеры еще не стали настолько удобны в использовании и не появились в каждом доме. Раньше я считала, что у Донни поврежден мозг или он умственно отсталый, а теперь он изучал систему, которая в будущем превратится в Интернет.

Тогда она не была известна как Интернет, и путешествия по информационным магистралям были под силу только самым решительным хакерам. В этом мире Донни начал учиться общению. Он заводил знакомства с людьми из разных уголков страны, а также постигал гетеросексуальность. На самом деле, он стал одним из невоспетых первооткрывателей киберсекса и таким образом изучал мир женщин. Компьютер дал Донни возможность безопасно перейти от полной изоляции к общению с другими людьми, пусть и на расстоянии. Позже Донни пошел на вечеринку, организованную в Нью-Йорке для членов группы по интересам, и лично встретился с несколькими своими партнершами по переписке. И хотя было еще далеко до того, чтобы эти знакомства привели к чему-то большему, сама эта попытка давала достаточно материала для терапии и говорила о колоссальном прогрессе.

К моему изумлению, в то же время Донни рассказал мне, что иногда общается с девушкой на работе. В его описании явно слышались нотки романтики. На протяжении двух лет с помощью терапии я поддерживала Донни в его активной социальной онлайн-жизни и воодушевляла его. Эта комбинация общения на расстоянии и терапии помогла построить мост в мир межличностных отношений. Донни усвоил достаточно, чтобы беседовать лицом к лицу с той девушкой с работы, познакомиться с ней поближе, сводить на свидание и даже впервые заняться сексом. Вскоре Донни обнаружил, что у его новой подруги очень много проблем, и она ведет беспорядочную и опасную жизнь. Он быстро взял на себя заботу о ней. Создавалось впечатление, что он либо делает для нее то, что хотел бы, чтобы кто-то сделал для него, либо символически спасает своих брата и мать, что, по его словам, он уже делал ранее. После многочисленных критических ситуаций, в которых объективно не мог ей помочь, он отказался от этих отношений.

Проблемы самого Донни все еще не были разрешены. До этого времени он редко рассказывал о своем брате, с которым жил вместе. Теперь он начал фокусироваться исключительно на своих переживаниях насчет брата, который целыми днями валялся в кровати, работал только изредка, не мылся и почти ничего не ел. Донни хотел помочь ему. Мы обсуждали, что он может предпринять. У него не получалось уговорить брата обратиться за помощью к психологу. Было похоже, что тот погружался в депрессию и не реагировал на его предложения. На протяжении нескольких сессий Донни рассказывал о своем отчаянии по поводу ухудшающегося

состояния брата. Когда Донни, наконец, уговорил его начать лечение, но ему стало только хуже, Донни охватило отчаяние. И вот однажды Донни пришел на сессию мертвенно-бледный и сообщил, что на прошлой неделе, вернувшись домой, обнаружил тело брата. Он повесился.

То, что Донни не позвонил мне, когда это случилось, давало наглядное представление о его изоляции. Он покорно занялся организацией похорон и ждал нашей следующей сессии. Он собирался снова потратить все свои сбережения на похороны. Я была в ужасе от такого поворота событий. Также меня возмущало то, что он жертвует собой ради брата, пусть даже он и чувствовал себя виноватым. Я пыталась подвергнуть сомнению его желание израсходовать все свои деньги, но это было бесполезно.

Второе самоубийство за три года усугубило пристрастие Донни к алкоголю. Он начал затевать драки в барах. Вскоре его арестовали и посадили в тюрьму. В какой-то раз полицейские отвезли его в отделение скорой помощи. Ему необходимо было начать программу реабилитации, но я знала, что, если поставлю это обязательным условием продолжения терапии, он откажется и прекратит лечение. Его страх людей был все еще слишком силен и не позволил бы ему находиться в стационаре. Он еще не оправился от потрясений, пережитых в учреждениях в ранние годы своей жизни. Наша терапия была единственной соломинкой, за которую он держался. Донни гораздо чаще посещал сессии, за годы он не пропустил ни одной, пока однажды не позвонил мне из больницы: он сел пьяным за руль и попал в аварию. В тот момент я поняла, что раз Донни не может выразить словами свою жажду смерти, то мне придется самой это сделать.

Я знала, что мои объяснения по поводу его суицидальных наклонностей будут бесполезны, он начнет их отрицать. Возможно, ему будет все равно. Я решила применить подход, который, как я надеялась, затронет его эмоционально. Я взяла за правило говорить ему на каждой сессии, что уверена: он дошел до края. Спрашивала, позвонят ли мне в следующий раз не из больницы, а из морга. Мое беспокойство в начале терапии было несравнимо с той тревогой, которую я испытывала сейчас. Я много раз всерьез обдумывала ультиматум о программе реабилитации: я не побоялась бы пригрозить человеку, если бы это было для его же блага. Но снова и снова

приходила к выводу, что такая угроза станет смертным приговором нашей терапии. Когда я заговорила с ним о программе реабилитации, он дал понять, что эта идея неприемлема. Я начала гадать, что случится раньше: его выздоровление или смерть. Я не находила себе места, часто думая о нем. Я боялась открывать ему дверь, не зная, с какими увечьями он пришел в этот раз. Это была гонка со временем, борьба с мощным желанием Донни умереть.

Мои эмоциональные и шокирующие высказывания о том, что Донни стремительно движется к смерти, помогли пробить стену отрицания, он увидел серьезность своего суицидального поведения. В дополнение к конфронтации я прибегла к еще одному нестандартному методу: я кричала на него! Он снова и снова монотонно рассказывал о своих последних пьянках и о том, что у него нет времени прийти на собрание «Анонимных Алкоголиков», а я в ответ кричала: «Хочешь сказать, у тебя нет времени на Донни Тайлера?!» Или: «Ты сидишь здесь и говоришь мне, что все не так уж плохо, но на прошлой неделе ты позвонил мне с больничной койки! Что будет дальше?!» В другой своей работе я писала, что терапевт должен пойти на все и менять традиционные модели отношений с пациентом, если он находится в таком глубоком отрицании и стремится покончить с собой (Levinson, 1986).

Работая с зависимыми пациентами, я начала задумываться о природе того явления, которое я называю «силой смерти», а Фрейд назвал «влечением к смерти» или «инстинктом смерти». Я задавалась вопросом, что заставляет людей играть со смертью до тех пор, пока она не победит, и что отличает их от тех, кто на пороге смерти сознательно решает принять помощь и продолжить жить. Я предполагаю, что некое стечение обстоятельств толкает человека на преждевременную смерть, противоречащую естественному стремлению к жизни. Я также верю, что каждый, кто был зачат и пережил период созревания, по природе полон стремления к жизни. Те, кто позднее стремится к смерти, как правило, выросли в эмоциональной атмосфере, ведущей к смерти: они воспринимали себя нежеланными детьми, испытывали влияние сознательного или подсознательного желания смерти со стороны своих родителей, не ощущали любви, принятия или признания. Еще одной предпосылкой, должно быть, является отсутствие у ребенка возможности говорить то, что он считает правдой: либо из-за недостаточной сепарации от родителей он не может быть объективным и критикует себя, либо подобные проявления неприемлемы в семье, и ребенок

вынужден их сдерживать, что, вероятно, тоже приводит к самобичеванию.

У некоторых зависимых, и, вероятно, у многих других людей, неосознанно ведущих самоубийственный образ жизни, также отсутствует способность думать, планировать, мечтать, воображать и говорить, которую родители должны были им привить. Эти люди умеют лишь быстро снимать напряжение. Действия, не опосредованные мыслью и планированием, обычно носят разрушительный характер. Разрушить — намного проще и быстрее, чем создать. Деструктивная импульсивность обычно приводит к ответной агрессии со стороны окружающей среды, создавая порочный круг негативных событий. В этом и заключается главная проблема зависимости: усилия, направленные на то, чтобы ослабить напряжение, приводят к ситуациям, при которых напряжение только возрастает, и требуются еще большие усилия, чтобы избежать хаоса, смятения и все более трудноразрешимых проблем. В случае с химической зависимостью человек зависим не только психологически, как уже описывалось ранее, но и все в большей степени физически. Поэтому он абсолютно неспособен остановиться без медицинского вмешательства. К тому же, если человек с детства был лишен возможности получать помощь от других и вполне обоснованно не доверяет никому, он, вероятнее всего, не знает, как воспользоваться помощью, которую ему предлагают, и не хочет ее принимать. Эти три фактора — деструктивные отношения в раннем возрасте с желающими смерти взрослыми, импульсивность и, наконец, физическая зависимость от наркотиков — склоняют человека к самоубийству, не оставляя иного выбора.

В действиях Донни проявлялось сильное желание покончить с собой; единственным, на что он мог направить имевшиеся у него жизненные силы, было посещение сессий. Отчетливо это понимая, я пыталась достучаться до него, опираясь на свое желание спасти ему жизнь. Казалось, это помогло мобилизовать его, потому что он, наконец, взглянул на сообщество «Анонимных Алкоголиков». В буквальном смысле слова. Он зашел в здание, заглянул в дверь и вышел. Это было все, что он смог сделать в тот момент. Но этот маленький шаг породил силу, способную противодействовать затягивавшей его зависимости. Очень медленно пристрастие к алкоголю и другие проявления саморазрушительного поведения начали ослабевать. Ушел целый год на то, чтобы Донни осмелился полностью зайти в комнату, где проходило собрание АА. Он описал свою первую реакцию на попытку

поприветствовать его: посмотрел на окружающих так свирепо, что комитет по встрече и все, кто хотел к нему присоединиться, оставили его в покое. На протяжении первого года он не хотел ни с кем общаться.

В это время произошло еще одно благоприятное событие. Третьего брата Донни, более преуспевшего в жизни, задержали за вождение в нетрезвом виде. Находясь в тюрьме, он получил приглашение на собрание «Анонимных Алкоголиков». Брат начал время от времени брать с собой на встречи Донни и на своем примере помог ему сориентироваться в программе. Я уверена, что активное желание брата помочь Донни выжить внесло важный вклад в его успех.

На протяжении следующего года, четвертого года лечения, Донни переместился с дальнего конца комнаты на передние ряды. Постепенно он смог общаться телефонами с другими членами АА и созваниваться с ними. Он продолжал выпивать, но кризис, вызванный алкоголем, миновал. По его просьбе его несколько раз переводили на более ответственные должности на работе, он даже обслуживал посетителей. Работа с посетителями требует определенных навыков дипломатии, поскольку приходится общаться с разными людьми. Это было важным подтверждением его способности функционировать в мире людей.

В тот момент, когда мы уже довольно долго проработали с Донни, произошло событие, красноречиво говорившее о его способности заботиться о себе.

Когда Донни пришел на сессию, за окном бушевала метель. Он был обут в кроссовки, насквозь промокшие и полные ледяной воды. Я поинтересовалась, застала ли его буря врасплох. Но дело было не в этом. Казалось, он не видел ничего странного в том, что на нем кроссовки в такую погоду. К тому же у него не было ботинок. Ему и в голову не пришло одеться как следует. Полноценная забота о себе была ему несвойственна. Ему было очень холодно и неудобно, поэтому он хорошо воспринял идею о том, что нужно защищать себя от плохой погоды. Брошенный на произвол судьбы, он относился к себе как к лишенному матери сироте, кем и являлся. Я стала обучать его, как стать самому себе хорошей мамой. Именно это ему и требовалось, чтобы начать воспитывать себя теперь, когда он больше не был одержим жадной смерти.

После года участия в собраниях АА Донни нашел спонсора, очень практичного

человека, который помог ему продолжить обучение и воспитательный процесс. К концу того года Донни начал испытывать отвращение к своей привычке выпивать и весьма успешно соблюдал периоды воздержания. На собрании «Анонимных Алкоголиков» он узнал про дисульфирам и попросил меня направить его к врачу, который сможет прописать это лекарство. Дисульфирам ему помогал. Он сохранял трезвость в течение восьми месяцев; случился только один срыв, и он был запланирован. (Он прекратил принимать этот препарат и выпивал в августе, пока я была в отпуске.) Изучение этого эпизода помогло ему осознать свою злость и зависимые желания и выразить их непосредственно мне. Он снова стал принимать дисульфирам и оставался трезвым. Еще шесть месяцев спустя он прекратил прием препарата и продолжал сохранять трезвость.

К концу этого года трезвости Донни посчитал себя готовым завершить терапию. И хотя мне тяжело было с ним расставаться, я не видела ничего плохого в его желании отправиться в самостоятельный полет. Год прошел без происшествий. Донни сохранял трезвость и завел знакомства среди «Анонимных Алкоголиков». Мы расстались после годовщины трезвости Донни.

Этот человек не переставал удивлять меня. Прошло несколько лет. Я получила от Донни сообщение, что он женится. Год спустя он прислал мне фотографию своего сына! Я абсолютно уверена, что, если бы в начале терапии нам сказали, чем все закончится, ни он, ни я не поверили бы этому.

Эпилог

Этот случай подтверждает, что полезно продолжать лечение, даже длительное, пока пациент продолжает употреблять алкоголь. В середине 80-х концепция снижения вреда еще не была в моде. Полученное мною образование в сфере употребления наркотиков и отношение в клиниках, занимающихся лечением алкоголизма, где я работала, внушили мне, что если я работаю с пьющим пациентом дольше нескольких месяцев, а тем более дольше года, то я попустительствую его зависимости (Levinson and Straussner, 1978). Однако активная вовлеченность пациента в терапию, возрастающий интерес к прекращению употребления (который развился только с течением времени) и мой фокус на главной цели — научить пациента чувствовать и говорить, а не действовать, — вселили в меня уверенность, что нам стоит продолжать

работать вместе.

Комментарий

Эта история многое говорит о том, насколько хорошо психотерапия способствует прорывам и долгосрочным изменениям. Это еще один драматичный пример, подчеркивающий необходимость применения постепенного подхода снижения вреда для достижения успеха. Франкфилд была вынуждена работать с Донни на протяжении многих лет, пока он продолжал употреблять, для того чтобы выстроить фундамент их отношений. И в конечном итоге это помогло ему прийти к трезвости. Пациент смог активно погрузиться в терапию, все еще продолжая пить, и решить целый ряд проблем. Когда эти проблемы были решены, меры в отношении умеренности в употреблении стали вполне естественными. Франкфилд знала, что, несмотря на ее обеспокоенность, терапия была бы сорвана, если бы она настояла на воздержании и помещении Донни в специализированное учреждение.

ВАЖНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ

История показывает, как Франкфилд прислушивалась к Донни, устанавливая подходящие отношения. Ее чувствительность к его потребностям и поиск ключей к его сущности помогли постепенно устранить реальные опасности, угрожавшие его жизни и психике. Мы узнали о некоторых методах, которые она использовала для налаживания отношений со своим пациентом, чтобы он ощутил прежде незнакомые ему безопасность и поддержку. Всякий раз она учитывала обстоятельства жизни Донни, уважала его потребность в соблюдении дистанции и его страх близости, и ограничивала свое самораскрытие, позволяя ему устанавливать скорость развития их отношений и принимать решения насчет употребления. Растущее понимание множества смыслов и функций алкоголя в жизни Донни помогло терапевту вести с ним последовательную и эффективную работу. Осознание его уязвимостей заставило ее отказаться от концепции полного воздержания и лечения в специализированном учреждении, которым она была обучена, и подтолкнуло к использованию нового, более эффективного подхода.

УДЕЛЯТЬ СТОЛЬКО ВРЕМЕНИ, СКОЛЬКО ПОТРЕБУЕТСЯ

В этой истории подводятся итоги шестилетней терапии. Именно столько времени потребовалось, чтобы помочь клиенту добиться стабильной трезвости и значительных

незапланированных улучшений в эмоциональной, профессиональной и межличностной сферах.

СМЕЛОСТЬ НАРУШИТЬ ПРАВИЛА И УЧЕСТЬ УНИКАЛЬНОСТЬ КЛИЕНТА

Терапия снижения вреда шла вразрез с профессиональной подготовкой Франкфилд и требованиями руководства. Однако она понимала, что, если будет настаивать на воздержании, пациент прекратит лечение. Клиент правильно воспринял искренность терапевта; в совместных открытиях и излечении он нашел для себя убежище от социальной стигматизации. Это послужило крепким основанием для роста самооценки и доверия в отношениях и помогло залечить раны, нанесенные пережитым травматическим опытом.

ИНТЕГРИРОВАНИЕ ПОДХОДОВ

Хотя Франкфилд называет себя современным психоаналитиком, она легко и творчески интегрирует в свою работу когнитивно-поведенческие и другие, менее традиционные техники. Она делает практически все, что считает необходимым, чтобы помочь Донни измениться: она делится с ним своими искренними страхами и чувствами, держит руку на пульсе и ждет подходящего момента, чтобы уговорить его пойти на собрание АА, ведет себя эксцентрично и даже кричит на Донни, чтобы преодолеть барьер отрицания, когда его жизнь находится в опасности. Именно так стараются поступать хорошие терапевты. Фундаментальный труд «Динамики и лечение алкоголизма: основные работы» под редакцией Джерома Левина и Ронны Вайс (1994) посвящен разнообразию техник и гибкости при лечении пациентов с зависимостью. В нем содержатся документы ведущих теоретиков психоанализа, работавших с аддикцией на протяжении всей истории психоанализа. Все эти работы рекомендуют применять гибкий подход, использовать различные техники и выстраивать такие отношения с пациентом, в которых терапевт или аналитик делится с ним своими чувствами.

ПРИЗЫВ ПРИСОЕДИНИТЬСЯ К СООБЩЕСТВУ «АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ»

Франкфилд считала, что посещение собраний «Анонимных Алкоголиков» будет полезным по многим причинам. Но она приняла тот факт, что проблемы Донни не позволяют ему извлечь пользу из программы. Вместо того чтобы воспринять его

сопротивление как проблему, она стала изучать его нежелание пойти на собрания, выявляя и прорабатывая множество мыслей и воспоминаний, которые не давали ему выстраивать отношения с людьми.

ИСЦЕЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ БЕСЕДЫ

Франкфилд создала пространство, в котором изолированный и дезорганизованный человек мог чувствовать себя достаточно безопасно, учиться распознавать свои чувства и выражать их словами. Их беседы в конечном счете развеяли ореол опасности, который сопутствовал зависимости и паранойе на первом этапе лечения. Попытка облечь свой опыт в слова помогает конкретизировать и придать форму неопределенному потоку чувств. В итоге для терапевта и клиента становится возможным сфокусироваться на отдельном объекте и наблюдать за ним. Дэниэл Стерн (1997) называет этот процесс формулированием или осмысливанием несформулированного ранее опыта.

Употребление наркотиков как попытка справиться со сложной ситуацией

Множество причин, имеющих для людей личностный смысл, приводят к зависимости от наркотиков. В понимании этого кроется один из важнейших ключей к тому, чтобы помочь людям скорректировать проблемные аспекты употребления ПАВ. Попытки найти общую причину всех проблем, связанных с употреблением наркотиков, обречены на провал, поскольку не учитывают этого многообразия. Отношения каждого наркопотребителя с наркотиком уникальны. Вещество наделяется многочисленными личностными смыслами и функциями. Если просить клиентов отказаться от употребления до того, как эти смыслы будут определены, для них это станет равносильно отказу от важной части своей личности, выраженной в употреблении. Отсутствие требования об отказе от употребления до начала терапевтических отношений свидетельствует о том, что концепция снижения вреда, в сущности, поддерживает идею о тесной связи употребления наркотиков и личностных смыслов наркопотребителя. Как только смысл употребления ПАВ становится понятным, появляется возможность оценить, какие цели будут реалистичными для клиента.

ПОНЯТЬ СУТЬ ТЯГИ К УПОТРЕБЛЕНИЮ

Психоактивные вещества можно рассматривать как многофункциональный инструмент, пригодный для выражения практически бесконечного множества личностных смыслов.

Если терапевт и клиент придерживаются этого принципа, они стремятся вместе понять суть страстного желания употреблять наркотики. Как только суть этого желания раскрыта, появляется возможность распутать клубок смыслов, выраженных в нем. Это побуждает наркопотребителя задавать себе следующие вопросы: «Что употребление наркотиков значит для меня лично?»; «Какие противоположные состояния я хочу исследовать при помощи наркотиков?»; «Какую цель или задачу я пытаюсь выполнить, употребляя наркотик?»; «Работает ли это?»; «Дает ли это тот результат, ради которого я это делаю?»; «Есть ли более подходящий инструмент или

стратегия, которые я мог бы использовать?»; «Что я хочу сказать через употребление наркотика?»).

РАЗВИТИЕ СПОСОБНОСТИ К ИЗМЕНЕНИЯМ

Этот подход также стимулирует развитие набора качеств, которые я считаю необходимыми для изменения себя и своего поведения. К этим трансформирующим качествам относятся: безоценочное любопытство в отношении своего поведения, осознанность и рефлексия, исследование собственных причин употребления, обеспокоенность тем, удовлетворяются ли потребности и желания наилучшим способом, поиск потребностей, чувств, желаний и других сторон своей личности, выраженных в желании употреблять наркотик.

Можно считать развитие, усиление этих качеств и способностей или фокусирование на них элементом первого шага на пути личностных изменений. На самом деле, в кругу специалистов по поведенческим изменениям и личностному росту набирает вес относительно новая идея, согласно которой людям может потребоваться некоторая подготовка для серьезных изменений. Доктор Уильям Миллер из Университета Нью-Мексико в Альбукерке назвал это подготовительной стадией изменений (Miller and Rollnick, 1991). Отсутствие достаточной подготовки – главный фактор, из-за которого многие люди, стремившиеся к серьезным изменениям, – например, бросить курить, меньше выпивать, отказаться от героина или чаще ходить в спортзал, – терпят неудачу. Когда человек развивает в себе трансформирующие качества, описанные выше, они превращаются в когнитивные способности, навыки, которые можно применить для осуществления личностных изменений. К описанию Миллера я бы добавил, что, занимаясь развитием своего внутреннего свидетеля, наблюдателя, исследователя и трансформатора, человек начинает разделять себя и свое поведение. Он начинает понимать, что он — это не его поведение. Когда человек учится (в качестве наблюдателя) проявлять безоценочное сочувствие к своему поведению и привычкам, у него появляется возможность отделять их от себя и с легкостью придавать им иную форму, словно глине в своих руках.

ЛИЧНОСТНЫЕ СМЫСЛЫ И РАЗНООБРАЗИЕ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Кроме того, подобный подход помогает нам понять, что множество людей с их многообразием сильных сторон и слабостей употребляют ПАВ по различным

причинам и разными способами. По моему опыту, ЛУН, знакомые мне лично как клиенты, коллеги или друзья, представляют собой такую же неоднородную группу, как и любая другая группа людей. Осознание этого может повлиять на стремление нашего общества собрать всех наркопотребителей в одну категорию, а потом спорить о том, как ее правильно обозначить. В научных кругах эта тенденция нашла отражение в безрезультатном, но упорном поиске «аддиктивной личности» и непрекращающихся спорах о том, какая психологическая или социологическая теория верна. В основе этих поисков лежит идея, что существует единственный фактор, предрасполагающий к зависимости. Это также отражается в распространенных, часто унижительных обобщениях, относящихся к ЛУН. Их изображают слабыми, ненадежными и инфантильными, социопатами, эгоистами, бунтарями и обманщиками. По моим наблюдениям, некоторые наркопотребители действительно соответствуют этому описанию. Но ЛУН представляют собой очень разнообразную группу, как и любая другая группа людей.

Значит ли это, что невозможно выделить какие-либо общие характеристики людей, употребляющих наркотики? Я утверждаю, что часто люди употребляют ПАВ, чтобы более эффективно взаимодействовать с окружающей действительностью. Существует множество причин, по которым люди изолируют себя от нее, а также комплексов, моделей поведения и вознаграждений, возникающих в условиях отчужденности. Тот факт, что изоляция приводит к чрезмерному или компульсивному употреблению наркотиков, безусловно, усугубляется социальной стигматизацией, предубеждениями насчет наркозависимых людей и отвращением к некоторым состояниям тела и сознания. Обобщения, стереотипное отношение и применение методик массового лечения усиливают отчужденность, которую зависимые люди пытаются преодолеть.

УЯЗВИМОСТЬ ПЕРЕД ПРОБЛЕМНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Вместо обобщающего вопроса о возможных причинах зависимости более эффективным был бы вопрос о факторах, порождающих уязвимость перед употреблением ПАВ.

То, приведут ли эти уязвимости в конечном итоге к проблемному употреблению, зависит от множества факторов, которые могут подтолкнуть человека к злоупотреблению наркотиками или, наоборот, помешать ему. Существует множество

психологических, социальных, культурных, экономических и биологических факторов, делающих людей более уязвимыми к чрезмерному употреблению. Сочетание и взаимное влияние этих факторов, уникальных для каждого человека, определяют, будут ли наркотики для него притягательными, и станет ли употребление проблемным. В целом, мы все больше и больше узнаем об этих факторах уязвимости. Однако для каждого наркопотребителя путь к освобождению от оков проблемного употребления ПАВ лежит через изучение себя и определение факторов уязвимости, присущих именно ему. После этого можно задумываться о создании индивидуального плана изменений, включающего в себя проработку каждого фактора по мере их проявления.

ЛИЧНОСТНЫЕ СМЫСЛЫ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТРАДИЦИЯ

Психоаналитическая традиция, начиная с Зигмунда Фрейда, основателя психоанализа, проявляла большой интерес к исследованию роли смыслов в употреблении наркотиков. Существует множество психоаналитических идей, касающихся употребления ПАВ; некоторые из них я нахожу более полезными, чем другие. На мой взгляд, самым интересным в стараниях психоаналитиков является процесс исследования, в отличие от его конкретных теоретических результатов. Теории, составляющие основную часть литературы по психоанализу, были выведены из совместных психоаналитических исследований отдельных врачей и пациентов в ходе анализа. В идеях психоанализа отражено глубокое изучение внутренней жизни множества людей, прошедших через этот процесс за сто с лишним лет. Идеи, родившиеся в результате, для некоторых людей, вероятно, были верны. Я также считаю, что они могут оказаться как полезными, так и бесполезными для людей, стремящихся понять себя и других. Сам процесс изучения личности, осуществляемый клиентом и врачом, оказывает лечебное действие; его эффект может быть сведен на нет ссылками на обобщенные данные из литературы.

АДАПТИВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРКОТИКОВ: ПОПЫТКИ СПРАВИТЬСЯ СО СЛОЖНОЙ СИТУАЦИЕЙ

В этой главе я исследую употребление наркотиков как попытку справиться с разнообразными личными и социальными трудностями. Это называется «адаптивным значением» употребления. В последующих главах я расскажу о других смыслах, которые может нести употребление ПАВ.

Многие идеи, которые будут рассмотрены здесь, впервые были предложены человеком, внесшим наибольший вклад в развитие этой области – доктором Эдвардом Ханзяном, профессором психиатрии Гарвардского Университета. Его же историю я выбрал в качестве иллюстрации к этой главе, поскольку в ней продемонстрированы многие темы, которые будут изложены в настоящем тексте. Эдвард Ханзян, а также Леон Вурмзер (1978) и Генри Кристал (1999), в чьих работах отражен тот же подход, двадцать лет назад оказали серьезное влияние на формирование моих собственных взглядов. Их идеи помогли мне развить точку зрения, позволяющую верить в способность людей добиваться колоссальных положительных изменений в том, что касается употребления наркотиков и личных проблем, связанных с употреблением. Я считаю, что, как только человек находит свои личностные смыслы, у него появляется возможность искать другие, более подходящие способы справиться с этими потребностями, влечениями, желаниями и фантазиями.

Работа доктора Ханзяна хорошо отражает общую концепцию, оказавшую влияние на психоаналитический подход к проблемам, связанным с употреблением ПАВ, особенно в последние 40 лет. Согласно этому подходу, как минимум изначально люди употребляют наркотики по *адаптивным* причинам, то есть в качестве способа совладания с внешними вызовами и стрессами или с внутренними сложностями.

Гипотеза самостоятельного выбора

В 1970-х годах Ханзян (1975) обнаружил, что наркопотребители обычно пробуют разные наркотики и выбирают тот, действие которого им нравится больше всего. Он также обратил внимание, что люди обычно используют определенные вещества, чтобы сдерживать или заглушать отдельные чувства и состояния. Например, люди употребляют стимуляторы (кокаин и амфетамин), чтобы справиться с депрессией; героин эффективен для подавления гнева; марихуана и психоделики помогают избавиться от скуки; алкоголь и расслабляющие препараты типа диазепама хорошо борются с тревогой, страхами и стрессом. Он назвал эту идею «гипотезой самостоятельного выбора».

Гипотеза самолечения

Спустя десять лет Ханзян (1985) предложил более общую модель – гипотезу самолечения. Она стала одним из наиболее общепризнанных базовых принципов для

понимания причин употребления наркотиков, также согласующихся с когнитивно-поведенческими, социокультурными и биологическими взглядами. По сути, эта гипотеза говорит о том, что люди употребляют ПАВ, пытаясь справиться с внутренними сложностями, которые они другим способом разрешить не в состоянии. В отличие от более ранних представлений о наркопотребителях как о порочных, безнравственных людях или просто любителях острых ощущений, что может в некоторых случаях быть правдой, данная гипотеза подчеркивает, что люди с проблемным, компульсивным и серьезным употреблением наркотиков в действительности стараются справиться с внутренними страданиями, которые они не в состоянии исцелить другим способом.

Прелесть этой идеи в том, что на смену более ранним обесценивающим представлениям о наркопотребителях как о не заботящихся ни о себе, ни о других людях пришло осознание, что эти люди в действительности пытаются о себе позаботиться, пусть и таким способом, который в итоге мало кому помогает. Это вызывает сочувствие и порождает вопрос: что пошло не так, и как эти люди могут облегчить свою боль? Гипотеза также дает ответ на частый вопрос: «Почему люди продолжают употреблять наркотики, несмотря на то что уже начинают сталкиваться с негативными последствиями употребления?». Ответ заключается в том, что наркотик приносил или все еще приносит облегчение, несмотря на всю ту боль, которую может причинять.

Секторы уязвимости

Одна из последних разработок в трудах Ханзяна — уточнение гипотезы самолечения. Поработав с большим количеством людей, стремящихся преодолеть зависимость, он выделил ряд общих аспектов психологического функционирования, которые делают людей особенно уязвимыми перед самолечением наркотиками. Прослеживается связь между личностными смыслами употребления и личностными факторами. Вместо более ранней идеи об аддиктивной личности теория Ханзяна предполагает, что существуют отдельные аспекты личности, повышающие шансы на то, что наркотики покажутся человеку привлекательными. Четыре «сектора уязвимости» он обозначил следующим образом: проблемы с самооценкой, проблемы с выстраиванием отношений, проблемы с переживанием эмоций и сложности с заботой о себе (Khantzian, 1990).

Я использую этот список как ориентир при определении сфер наибольшей уязвимости для конкретного человека. Хотя эти сферы пересекаются и взаимосвязаны между собой, люди замечают, что одни вызывают у них более сильный отклик, чем другие.

Читая приведенные в этой книге истории, вы можете попытаться определить, какие из этих секторов наиболее выражены у клиентов, и как осознание этого помогло им добиться положительных изменений.

История Гэри, выбранная мною для данной главы, — это адаптация более обширной статьи Ханзяна «Анонимные Алкоголики — секта или путь к изменению: случай из практики» (1995). Он использует историю Гэри, чтобы показать, с одной стороны, сколько секторов уязвимости привели Гэри к проблемному употреблению наркотиков и алкоголя, а с другой стороны, как комбинация участия в программе 12 Шагов и терапии у доктора Ханзяна привела не только к полному отказу от наркотиков, но и к существенным изменениям в личных уязвимостях, связанных с ПАВ. Хотя я верю, что люди могут добиваться серьезных изменений в своем паттерне употребления ПАВ различными способами, как это видно из собранной в книге коллекции историй, я сомневаюсь, что эти изменения будут стабильными и долгосрочными, пока личностные смыслы и личные проблемы, связанные с употреблением, не будут проработаны, как это произошло с Гэри. Лечение Гэри велось по традиционной системе, нацеленной на воздержание, но я считаю, что его можно отнести к концепции снижения вреда. В случае если употребление наркотиков настолько выходит из-под контроля, что начинает представлять угрозу для жизни наркопотребителя или лишает его возможности нормально функционировать, рекомендация начать лечение, направленное на воздержание, может стать хорошим снижением вреда, особенно если пациент замотивирован и способен извлечь из него пользу, как это сделал герой нашей истории.

Гэри: личная трансформация

Автор Эдвард Ханзян

Гэри — красивый, целеустремленный 30-летний мужчина, состоит в браке, анестезиолог по образованию. Его первоначальное решение заниматься медициной было отложено, вероятно, из-за определенных личностных качеств, нераспознанной

наркотической зависимости и по финансовым соображениям. И хотя Гэри в конце концов продолжил обучение медицине, он пришел в отчаяние, когда его давняя мечта стать врачом разбилась вдребезги: в середине обучения в ординатуре у него обнаружилась зависимость от фентанила – быстродействующего синтетического опиоидного анальгетика, используемого для анестезии. Сначала Гэри яростно отрицал свою вину и зависимость и сопротивлялся наложенным на него мерам. Однако, начав лечение, он вновь проявил целеустремленность и встал на путь выздоровления так же серьезно, как стремился к построению карьеры.

Благодаря мальчишеской, располагающей, непринужденной манере Гэри выглядел молодым, что создавало резкий контраст с его умением завладеть вниманием и четко излагать свои мысли, из-за которых он казался старше и мудрее. Хотя Гэри был среднего роста, крепкое, мускулистое телосложение и импозантная внешность производили на окружающих внушительное впечатление. В целом, он был привлекательным, вызывающим восхищение человеком, несмотря на то что его личная и профессиональная идентичность и будущее вызвали сомнения, поскольку разоблачение зависимости глубоко его потрясло, он остался без работы и без лицензии на практику.

Я услышал его голос на автоответчике до того, как впервые встретился с ним. Он позвонил, чтобы записаться на психотерапию, и оставил сообщение. За месяц до этого он завершил программу реабилитации в стационаре. Я перезвонил ему, мне ответил жизнерадостный, искренний голос, в котором слышалась южная развязность ковбоя. Приветствие заканчивалось призывом: «Оставь сообщение, слышишь!» Меня оттолкнула эта развязность, и, назначая время для первичной консультации, я предчувствовал встречу с отъявленным негодяем. Как только мы встретились лицом к лицу, моя неприязнь исчезла; мое отношение было и остается таким, каким я его описал выше: положительным и полным восхищения.

С самого начала у меня создалось впечатление, что программа реабилитации дает результат, в том смысле, что она уже положила начало здоровому процессу самоанализа и саморефлексии. В начале интервью он заявил, что признание своих проблем с наркотиками и алкоголем позволило ему осознать, что он всю жизнь был «рисковым парнем, ищущим острых ощущений». Он понял, что был «зависимым»

задолго до того, как впервые притронулся к спиртному. Затем Гэри неожиданно переключился на описание других сторон своей личности: он «одарен» хорошей памятью и атлетическими способностями, что позволило ему добиться успехов в учебе и спорте. Он был первым по успеваемости среди 400 учеников в старшей школе и занимался четырьмя видами спорта. Его энергичный рассказ о себе был откровенным и содержал многочисленные ремарки, а также впечатляющий список его достижений и занятий. Описывая свой дар видеть людей насквозь и легко выстраивать отношения, он добавил невзначай, что его «тело и разум были созданы для злоупотреблений». В колледже он примкнул к студенческому братству, в котором все активно выпивали и употребляли наркотики; он сказал, что прекрасно вписался в компанию, при этом оставаясь лучшим в классе. Он считает, что алкоголь и марихуана, которые он предпочитал, повышали его «общительность». Когда я спросил, было ли ему легко быть общительным в детстве, он тут же ответил, что был «серьезным ребенком». Затем он подчеркнул, что испытывал трепет и волнение, достигая своих целей, ему нравилось привлекать внимание и ощущать «стремление» к победе. Но ему всегда было мало, и он постоянно предвкушал свой следующий триумф.

После многочисленных экспериментов с наркотиками и алкоголем в колледже и магистратуре и всевозможных выходов, благодаря которым он снискал себе славу «бродяги» и «неограненного алмаза», Гэри приступил к обучению в медицинской школе и стал постепенно употреблять меньше веществ. Оглядываясь назад, Гэри понимал, что его неординарное и вызывающее поведение раздражало людей и мешало его поступлению в медицинскую школу. Он продолжал чрезмерно пить, но только на мероприятиях, где это было приемлемым.

Эта умеренность в употреблении, особенно наркотиков, продолжилась и после поступления в ординатуру. Переехав, он стал употреблять еще меньше, поскольку был слишком занят и не мог поддерживать общение с друзьями. По мере приближения окончания обучения его загруженность возросла: он ездил по вызовам и выходил на дежурства, так как в клинике не хватало персонала. В этот период, когда он не занимался никакой физической активностью, часто простужался и страдал от гриппозных симптомов, Гэри начал принимать фентанил. Наркотик притуплял нарастающее плохое самочувствие, чувство усталости и одиночества.

Оглядываясь назад, Гэри понял, что в тот момент он прибежал к наркотикам из-за ощущения, что «никогда не был счастлив и не знал, как обращаться за помощью». Он чувствовал, что его жена делает все возможное, но он был неспособен рассказать ей или кому-либо другому о своем беспокойстве относительно предстоящих экзаменов, о перегруженности на работе и о своем умственном и эмоциональном истощении.

Это была моя первая встреча с Гэри как с пациентом. Его сильные стороны и уязвимости, особенности характера, помогавшие ему расти и выделявшие среди других, — все эти качества в конечном счете были перечеркнуты разоблачением его зависимости от фентанила. Знакомство с сильными сторонами Гэри никоим образом не подготовило меня к тому, насколько своеобразно он будет использовать их для достижения тех глубоких изменений, которые станут заметны два месяца спустя.

Не вызывало сомнений, что программа 12 Шагов помогла ему преодолеть отрицание и чувство собственного всемогущества и активировала удивительный процесс самоанализа, признания своих уязвимостей и эмоционального пробуждения. Он научился обращаться к другим за помощью. За пять дней до сессии он воссоединился с женой. Примерно в то же время, когда его зависимость от фентанила была раскрыта, жене Гэри предложили работу на родине, на Среднем Западе США. Он убедил ее принять это предложение. Их разлука длилась несколько месяцев. Воссоединение с женой вызывало у него серьезное беспокойство: он знал, что одной из причин того, почему он «никогда не испытывал чувство счастья», было давнее ощущение, что их брак был ошибкой. Они жили вместе, когда он поступил в медицинскую школу. Это она тогда предложила пожениться, а он просто «согласился» с ее желанием. На сессии перед встречей с ней он завел разговор о намерении развестись.

На следующей сессии, спустя пять дней после пугавшего его воссоединения с женой, Гэри решил начать разговор с абсолютно другой темы. После небольшой светской беседы он рассказал, что у него болит все тело, потому что они с другом недавно поднялись на одну из самых высоких гор региона. Он добавил, что «там уже почти зима», и мы практически одновременно отметили, что он, в свойственной ему манере, снова оказался «на грани». Однако по мере продолжения рассказа я понял, что он ведет к чему-то еще, и что восхождение на гору было метафорой для других

изменений, которые в нем происходят. После его объяснения, что они с другом тщательно все спланировали, выбрали подходящее время и взяли все необходимое для восхождения снаряжение, я понял, что он описывает, как повысилась его осторожность и забота о себе. Он рассказал о красоте увиденного и «практически одухотворенном» состоянии во время подъема. Именно тогда он перешел к обсуждению напряженной и болезненной встречи с женой, доставившей ему, тем не менее, эмоциональное удовлетворение. Гэри сказал: «Мы говорили и говорили, в том числе и о моем намерении подать на развод. Я поделился с ней своим самым большим страхом: что наш брак был ошибкой». Его жена не была удивлена и признала, что тоже думала о разводе. Она поделилась своими опасениями насчет его зависимости, выздоровления и их дальнейших перспектив. Ее реакция принесла ему облегчение и ощущение, что он «выпутался из положения». Он поведал мне, как они рыдали вместе, раскрывая друг другу секреты, которыми раньше никогда не делились. «Пытаясь загладить свою вину», он признался ей в том, что тратил деньги на наркотики и дважды заводил романы на стороне.

По мере того как он продолжал свой рассказ, я все больше поражаюсь его саморефлексии, открытости и уязвимости и приходил к выводу, что он меняется так же быстро, как и другие люди в рамках психотерапии или без нее. Я вспомнил, что недавно позвонил ему и заметил, что сообщение на его автоответчике изменилось. Это было стандартное сообщение с просьбой назвать свое имя, номер телефона и удобное время для звонка. Я решил прокомментировать его изменения, в том числе и это сообщение. Я заметил, что в его манере нет и тени хвастовства, что он не уходит в защиту и держится более открыто. Гэри ответил, что он много думал и переживал о своем стыде, сожалении и о том, что могло бы произойти. И подчеркнул, что осознал необходимость признавать и озвучивать свои чувства. В этот момент эмоции начали его переполнять, и он открыто заплакал, даже зарыдал.

Когда я спросил, что порождает его чувства, он с сожалением ответил, что никогда не мог проживать и выражать свои чувства. Это неумение не давало ему говорить от чистого сердца и быть честным с самим собой в момент принятия решений. Отчасти его слова относились к тому, что он обманывал жену, но он имел в виду нечто большее. Он сказал: «Это все связано с моими сожалениями о том, что я не был открытым, способным чувствовать человеком». Он упомянул, что избегал проблем

вместо того, чтобы решать их. Теперь, когда он встретился с ними лицом к лицу и позволил себе переживать чувства, ему стало легче. Он отчетливо увидел, как скрытность и неумение чувствовать сдерживали его. На вершине той горы он впервые в жизни почувствовал себя интеллектуально и духовно свободным. Он не боялся оглянуться назад, встретиться лицом к лицу со своими старыми манипуляциями и потаканием собственным прихотям. Он открылся перед своими близкими и ощутил их поддержку; он выразил убеждение, что сейчас люди думают о нем лучше, чем раньше, и это «наполняет его радостью». Он подчеркнул, что ему выгодно «вываливать» свои проблемы на близких, друзей и меня и таким образом избавляться от груза вины.

Я изложил историю Гэри, потому что она потрясающим образом иллюстрирует сильные стороны и уязвимости, а также подводные камни компульсивного употребления наркотиков. Что еще более важно, в продолжение этой истории Гэри также раскрывает преимущества и выгоды программы 12 Шагов. Он добровольно описывает, как программа реабилитации помогла ему разрешить трудности, связанные с эмоциями и отношениями, в том числе проблемы с самооценкой и недостатком заботы о себе. Программа была эффективна для коррекции защитных механизмов, не позволявших Гэри стать более расслабленным, удовлетворенным и приятным человеком.

После описания оставшейся части сессии, на которой он сам рассказывает о произошедшей с ним трансформации, я приведу подробный анализ нарушений личности, встречающихся у наркозависимых пациентов, и ряда важнейших, на мой взгляд, элементов эффективной программы реабилитации, которые дают людям с подобными нарушениями опыт коррекции.

Я сказал Гэри: «Кажется, программа помогла Вам трансформироваться». Он ответил, что когда впервые попал в сообщество «Анонимные Алкоголики», то сказал своему наставнику, что пал ниже некуда в своей личной и профессиональной жизни. Ответ наставника был остроумным: «Не совсем, метра два у тебя еще осталось». Такая реакция на его браваду заставила Гэри почувствовать то, чего он уже давно не чувствовал. Гэри противопоставил этот диалог, состоявшийся в самом начале программы реабилитации, с тем, каким он стал сейчас: «Теперь я могу расплакаться в два счета, и это для меня естественно». Он отметил, что программа была его

последним шансом, сославшись на одно из ее положений: «Попробуйте в течение 60 дней, и если останетесь недовольны, то мы вернем вам ваше жалкое существование в полном объеме». Гэри подчеркнул, что программа разожгла в нем «искру чувства собственного достоинства». Реабилитация помогла ему начать формулировать свои мысли «в первом лице», спрашивать себя, что ему нужно, и выражать то, что он чувствует. Он сказал: «Я обнаружил, что там я не такой уж и плохой парень, несмотря на все отягчающие обстоятельства: ни работы, ни лицензии, вероятность развода. С тех пор, как я присоединился к АА, у меня появилось больше значимых отношений, чем раньше». Я попросил его рассказать об этом подробнее. Он объяснил, что теперь способен раскрывать свои секреты и обнаружил, что он «лучше, чем о себе думал». Он сказал, что родственники, друзья и жена приняли его, и добавил, что теперь может звонить людям, которых раньше боялся: руководителю отделения, директору Программы охраны здоровья медицинских работников и коллегам. Оказавшись лицом к лицу с начальством, он осознал, что с ним хотят продолжать поддерживать общение: например, его пригласили на предстоящий праздничный ужин.

В конце нашей часовой сессии я прокомментировал его трансформацию и попросил разрешения использовать его опыт, чтобы дать другим людям возможность оценить, как АА может помочь им измениться и справиться со своими уязвимостями. Он великодушно согласился. Мы обсудили разницу между воздержанием и трезвостью. Программа не только помогает прийти к воздержанию, она эффективна, потому что укрепляет трезвость через анализ и изменение уязвимостей в таких сферах, как эмоции, отношения, самооценка и забота о себе. Я добавил, что приложенные им усилия и работа, проведенная за последние недели и месяцы, привели его на вершину горы, образно и буквально. Он рассказал, что его отстранили от работы в самое подходящее время и что все сложилось очень удачно: его время без работы совпало с приездом жены, и у них была возможность разобраться в своих отношениях, что было одной из важнейших его проблем. Он завершил нашу сессию фразой: «Совпадения – это один из способов, с помощью которых Бог сохраняет свою анонимность».

Комментарий

В этой истории мы видим, что Гэри использовал наркотики и алкоголь, чтобы справиться с проблемами в четырех секторах уязвимости, о которых писал Ханзян. У Гэри были серьезные проблемы с самооценкой. Он пытался спрятать их за ширмой

«бравады, развязности и контрзависимости», предполагая, что чувствует себя превосходно, и ему ничего ни от кого не нужно. Он также пытался поднять свою низкую самооценку тем, что вел себя чрезвычайно рискованно, ставя достижения и победы во главу угла, и доказывая себе и другим, что он лучше, чем о себе думает. То, что его внешняя уверенность в себе – это всего лишь фасад, подтверждалось краткосрочностью «кайфа» от победы – ему всегда было мало. Его ненасытную жажду внимания и уверенности ничто не могло утолить.

Поначалу он использовал алкоголь и марихуану, чтобы усилить свой образ. Они помогали ему самовыражаться в реальном мире. Это работало на протяжении учебы в колледже и магистратуре. Когда он поступил в медицинскую школу, то стал употреблять наркотики и алкоголь относительно умеренно, по словам Ханзяна, «потому что переехал, был слишком занят, и вокруг было меньше друзей и знакомых, чтобы продолжать привычное употребление». Это хороший пример того, как личные уязвимости, описанные мною выше, сами по себе не объясняют употребление наркотиков. После того как социальная и профессиональная жизнь Гэри перестали поддерживать чрезмерное употребление, и даже противоречили ему, он начал употреблять более умеренно. Однако его самооценка и другие уязвимости обрекали его на возвращение к наркотикам в критический момент, например, когда он заканчивал ординатуру в качестве анестезиолога.

В конце обучения у него появилась дополнительная нагрузка на работе, он часто выходил на дежурства в больнице, перестал заниматься спортом и чувствовал себя все более уставшим, больным, одиноким и несчастным. Он также переживал о предстоящих экзаменах, и ему казалось, что он отстает. Гэри сказал, что «не знает, как обращаться за помощью», и начал принимать фентанил, мощный анальгетик наподобие героина, чтобы притупить боль. Мы видим, как все четыре сектора уязвимости, выделенных Ханзяном, подтолкнули его обратно к наркотикам в попытке справиться со страданиями. Сложные обстоятельства, в которых оказался Гэри, привели к формированию ряда болезненных чувств, с которыми он был не в состоянии справиться. Несомненно, в первую очередь он оказался в этой ситуации из-за неумения заботиться о себе. Например, он соглашался брать больше работы, чем мог осилить, и забросил спорт. У него также не было ресурсов для эффективной работы со своим состоянием, и, оглядываясь назад после пройденного лечения, он признал, что

«никогда не мог проживать и выражать свои чувства». В этом заключаются сложности, с которыми сталкиваются люди, не умеющие эффективно управлять своими чувствами. Многие из них не способны ни идентифицировать свои чувства, ни работать с ними. Проблемы с самооценкой привели к тому, что Гэри испытывал тревожность и стыд, был перегружен на работе. Его проблемы в отношениях выражались в том, что он не мог ни к кому обратиться за помощью. Это сочетание личностных качеств и экстремальных условий, в которых он оказался, сделало Гэри уязвимым перед наркотиком, представлявшимся ему самым желанным способом позаботиться о себе. Наркотик позволил ему чувствовать себя немного лучше без необходимости обращаться к кому-либо за помощью. Как ранее в колледже, он использовал наркотик, чтобы поддерживать видимость того, что в состоянии со всем справиться. Это помогало ему выглядеть хорошо в глазах окружающих, хотя внутри он чувствовал себя ужасно. И, как это часто бывает в тех случаях, когда человек прибегает к наркотикам с этой целью, они в определенной степени помогают, но сам человек еще больше отдаляется от той помощи, которая ему необходима, и в итоге ему становится еще хуже. Это часть порочного круга, неразрывно связанного с проблемами употребления наркотиков.

История Гэри также показывает, что его способность воздерживаться от употребления наркотиков зависела от того, насколько хорошо он смог обнаружить и разрешить свои личные проблемы, связанные с употреблением, во время лечения. В его случае лечение представляло собой комбинацию из реабилитации в стационаре, основанной на программе 12 Шагов, последующей индивидуальной психотерапии с Ханзяном и посещения собраний по программе 12 Шагов.

В своем рассказе Ханзян подчеркивает силу влияния сообщества и группы на программе реабилитации и собраниях, и как они помогли Гэри справиться с личными проблемами, связанными с зависимостью. Как и многие люди, имеющие проблемы с наркотиками, Гэри боялся и стыдился того, как другие отреагируют, когда узнают о его зависимости и личных проблемах. Поэтому он все скрывал и оставался наедине со своими пугающими домыслами, лишая себя возможности узнать, что другие в действительности о нем думают. Оказавшись в больнице, когда его уже «разоблачили» и не было больше причин ничего скрывать, он смог открыто общаться с другими людьми и обнаружил, что в их глазах он не выглядит ужасно. На самом

деле, люди сочувствовали ему и видели в нем хорошие качества, которых он сам не замечал. Такой опыт взаимодействия с товарищами, возможный только на групповой терапии или в группах самопомощи, может быть полезен для борьбы с давними проблемами с самооценкой и плохим отношением к себе, которые обычно сопровождают чрезмерное употребление наркотиков. Он может стать ядром нового, более позитивного самоощущения, помочь побороть стыд и беспомощность и вдохновить человека на перемены во всех сферах жизни.

Гэри также посещал сессии Ханзяна, во время которых анализировал и осмысливал опыт, полученный на собраниях группы самопомощи. Когда Гэри рассказывал Ханзяну о важных открытиях в самом себе, ему приходилось выражать их словами, которые он впоследствии мог еще больше интегрировать в свою жизнь. Он делал это в присутствии известного и уважаемого специалиста в сфере злоупотребления наркотиками, который явно относился к Гэри с заботой, симпатией и уважением и поддерживал его в изменениях. Хотя в этой истории Ханзян не отмечает своих заслуг, я считаю, что это и есть те неуловимые приемы, благодаря которым терапевт помогает клиенту воплотить в жизнь желаемые изменения. Терапевт, обычно наделенный в глазах клиента огромной символической силой, также видит в нем те качества, которых тот больше всего стыдится. И если, несмотря на эти качества, Ханзян продолжал уважать Гэри и проявлять заботу, это помогало ему скорректировать свое негативное отношение к себе. И здесь мы снова видим важность личного отношения терапевта к пациенту, как оно помогает ему расти и меняться.

Такая комбинация элементов лечения идеально подошла Гэри и создала необходимые безопасные условия для начала процесса, которые привели его к глубоким изменениям за относительно короткий промежуток времени. Большая часть тех изменений, о которых мы прочитали, вероятно, произошла с Гэри за шесть месяцев лечения. Хотя у меня было много клиентов, похожих на Гэри, так происходит не всегда. У него была определенная комбинация личностных и внешних факторов, способствовавших быстрому прогрессу. Во-первых, у него было много сильных сторон, позволявших ему сохранять работоспособность на протяжении многих лет, несмотря на личные сложности. Его достижения также были поставлены на карту: брак, карьера и репутация, имевшая для него большое значение. Несомненно, эти риски служили мотивацией для проявления силы и настойчивости в работе над

зависимостью и другими проблемами. Возможно, его уязвимости также усиливали его старания довольно необычным образом. Как только о его зависимости стало известно, острая потребность в одобрении и жгучее желание быть успешным стали дополнительным стимулом для лечения. Ну и, наконец, в его случае употребление ПАВ не было интенсивным и непрерывным на протяжении длительного периода времени. Ранее он уже демонстрировал, что способен вернуться в нормальное русло, когда это необходимо. Единственное, чего мы не знаем: насколько долгосрочными в его жизни стали эти изменения.

ВАЖНОСТЬ УЧАСТИЯ ВО ВСТРЕЧАХ «АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ»

Ханзян высоко оценивает участие Гэри в программе 12 Шагов. Поделюсь своим мнением на этот счет. У меня есть клиенты, коллеги, родственники и друзья, для которых, как и для Гэри, АА и другие 12-Шаговые программы стали жизненно важной поддержкой в работе с зависимостью от алкоголя и наркотиков и связанными с ними личными проблемами. Сообщество «Анонимные Алкоголики» появилось в 1930-х годах, когда люди, употреблявшие наркотики, подвергались жестокой стигматизации специалистами и неспециалистами и крайне редко могли найти хорошую программу лечения. За годы своего существования АА превратилось в международную сеть сообществ, к которой люди могут присоединиться, начав посещать собрания. В большинстве сообществ бесплатные встречи проходят круглосуточно, на них люди могут получить поддержку, опору и практическую помощь в воздержании от наркотиков и алкоголя, если в этом состоит их цель. У АА также есть структурированная программа, состоящая из конкретных рекомендаций, двенадцати шагов, помогающая людям обрести воздержание и поддерживать его. Кроме того, есть большая база неофициальных знаний о том, как «оставаться чистым и трезвым», которой люди могут пользоваться. Поэтому АА обладает уникальным набором мощных инструментов, помогающих зависимым от алкоголя и наркотиков людям, «стремящимся перестать употреблять».

Об эффективности АА было написано так много с точки зрения разных теоретических подходов, что складывается впечатление, будто АА способно помочь любому человеку с любым запросом. У людей возникают трудности, когда они находятся в группах, семьях, группах взаимопомощи и в больших сообществах, и у некоторых людей эти человеческие проблемы получается лучше всего решать именно

в группах. Ханзян отмечает, что подход АА особенно эффективен тем, что помогает начать и продолжать посещать собрания, поскольку на них присутствует «атмосфера взаимозависимости, безопасности и комфорта». Я считаю это следствием тех особенностей, которые описал выше.

НЕОБХОДИМОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВЫ АА

Однако есть множество людей, у которых АА не вызывает симпатии; некоторые исследования утверждают, что среди людей, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, таких большинство. Это может быть связано со многими причинами. Две главные причины, часто приводимые противниками АА, – это акцент на вере в Высшую силу и необходимость признать свое бессилие перед алкоголем. Они считаются обязательным условием для обретения трезвости. Я полагаю, что эти идеи люди могут трактовать и применять по-разному. АА поддерживает подобную личную интерпретацию в утверждениях типа «Возьми то, что тебе нужно, и оставь остальное» и «Ты можешь сделать своей Высшей силой все, что захочешь». У людей, которые понимают, что больше не способны контролировать употребление наркотиков, и не знают, как им измениться, может появиться надежда благодаря тому, что им не нужно разбираться с этим в одиночку, что сообщество людей в программе 12 Шагов обладает Высшей силой, и что они могут обратиться к ней за советом.

Тем не менее, многим людям АА просто не нравится, и им нужно что-то другое. Не критикуя АА, мы просто можем признать, что люди, зависимые от наркотиков и алкоголя, — крайне неоднородная группа. Люди в ней различаются с точки зрения целей, философии, готовности измениться и предпочтений. Как однажды сказал на конференции мой добрый друг доктор Майкл Бишоп: «Одни из нас любят китайскую еду, другие предпочитают мексиканскую, а кто-то — итальянскую. Почему же мы считаем, что все предпочтут одну и ту же программу самопомощи?». К счастью, за последние годы количество программ самопомощи для людей с разными интересами, целями и предпочтениями резко возросло. Smart Recovery — это альтернативная программа самопомощи для людей, стремящихся к воздержанию от наркотиков и алкоголя. Эта программа рассматривает проблемы с алкоголем и наркотиками в более четких когнитивно-поведенческих понятиях, как плохие или дезадаптивные привычки, которые люди могут активно изменить, обучившись набору определенных навыков.

Такой подход может показаться особенно привлекательным тем, кому сложно принять продвигаемую АА идею бессилия. Он утверждает, что у людей на самом деле есть сила, необходимая для изменения себя, и помогает ее укрепить. Программа контролируемого употребления алкоголя (Moderation Management, ММ) (Kishline, 1994) — это альтернативная программа самопомощи для тех, кто считает для себя реальной возможностью умеренность в употреблении. ММ в основном нацелена на алкоголиков, чье пристрастие к спиртному стало проблемным, но при этом не подрывает здоровье, на так называемых «проблемных алкоголиков». И хотя это часто считается серой зоной, желание умеренного употребления всегда приветствуется. Цель программы — помочь людям определить, реалистична ли для них эта цель, и, как результат, поддерживать стабильную умеренность в употреблении и воздержание. Главное отличие ММ от других программ самопомощи заключается в том, что она поддерживает людей в серьезном исследовании этого вопроса. Во многом она опирается на те же поведенческие идеи, что и Smart Recovery, и так же побуждает пациентов к исследованию тех личностных смыслов и функций, которые наркотики выполняли для них. Обе эти программы обладают теми же дополнительными преимуществами, что и АА: сообщество, структура, группа взаимопомощи и консультирование, хоть и в гораздо меньших масштабах. Во многом они еще находятся в процессе становления, что для одних людей может таить в себе недостатки, а для других — преимущества.

Влияние травмы

Как мы поняли, смыслы, которые несет в себе употребление наркотиков, отражают личные проблемы, определенные нами как уязвимости личности. Для некоторых людей, например, для Гэри из главы 6, признание той роли, которую играют наркотики в преодолении этих уязвимостей, становится ключом к исследованию других, не связанных с наркотиками, способов эффективного решения данных проблем. Важная часть этой работы – разрыв связи между уязвимостями и желанием употребить. Например, если человек испытывает сложности с самооценкой, ему следует обратить внимание на то, как он говорит сам с собой, по каким стандартам себя оценивает, и почему неизбежно возникает ощущение, что он им не соответствует. Вместо того чтобы использовать наркотик с целью дотянуться до этих нереалистичных стандартов или справиться с болью от несоответствия им, человеку следует пересмотреть свои стандарты, сделать свои ожидания более реалистичными и человечными. Человек может составить список недостающих навыков в сфере чувств, межличностных отношений и заботы о себе и начать работать над их развитием. Умение расслабиться, когда испытываешь напряжение, быть непреклонным на работе и не соглашаться брать на себя больше задач, чем ты в состоянии выполнить, знать пределы своих возможностей, делать перерывы, чтобы не выгореть, – вот некоторые хорошие навыки самоконтроля, которые помогают снизить тягу к наркотику, предлагая более эффективные способы удовлетворения своих потребностей.

РОЛЬ ДЕТСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Однако все эти уязвимости были в определенной степени выучены или сформированы в детском возрасте, в отношениях с родителями и другими значимыми людьми: братьями и сестрами, учителями, священнослужителями и сверстниками. У некоторых людей уязвимости — это шрамы, оставленные серьезным, травмирующим пренебрежением или жестоким обращением, словесным, физическим или сексуальным насилием. В процессе работы я обнаружил закономерность: чем труднее у клиента было детство, тем выше вероятность, что появится необходимость исследовать его во время работы над наркотической зависимостью и уязвимостями,

приведшими к ней.

Работая над уязвимостями личности, мы часто обнаруживаем необходимость переформулировать убеждения, относящиеся к интериоризированным отношениям со значимыми людьми в период формирования личности. Например, заявить о праве и власти позаботиться о себе — значит забрать эту власть у родителя, который относился к ней как собственник, фактически говоря: «Ты нуждаешься во мне, чтобы я о тебе позаботился, потому что ты сам не в состоянии это сделать». Процесс изменения может обнажить явные или скрытые негативные и часто деструктивные установки, подобные этой, сформированные родителями. Работая над ними, мы начинаем понимать, что они ошибались, и что мы физически боимся наступления каких-то ужасных событий, если мы докажем, что они были неправы. Признание этого сопровождается более контролируемыми, но все еще болезненными чувствами разочарования, вины и печали.

В качестве хорошего примера можно привести опыт 28-летнего мужчины, который на протяжении года посещал мои сессии. Он вырос с родителями, которых, как ему казалось, все время не было дома: они либо работали, либо путешествовали. Они мало знали о его внутреннем мире и не помогали ему найти свой путь в жизни. Он рос, ощущая себя одиноким, дрейфуя по жизни без компаса, сопровождаемый глубоким чувством того, что он ничего не значит ни для родителей, ни для других людей. Еще в раннем возрасте он пришел к выводу, что, вероятно, в чем-то виноват и не заслуживает их времени и внимания. Недостаток родительской любви породил ярость, которая, «естественно», была направлена на него самого, потому что он сделал вывод, что родители игнорируют его из-за его ничтожества. Эти чувства часто выражались в намерении покончить с собой. Его жизнь была пропитана этой смесью чувства никчемности и ненависти к себе, пока он не открыл для себя марихуану и другие наркотики, дававшие ему некоторое облегчение, помогая впервые ощущать оптимизм.

Он обратился за помощью, когда начал понимать, что, хотя наркотики и смягчали боль, порождаемую ненавистью к себе и отчаянием, они не устраняли эти чувства. Во время работы над его склонностью направлять ненависть на себя стало очевидно, что она была для него способом отождествления себя с родителями, согласия с ними, порожденным его детской потребностью видеть в них людей, на которых он мог

положиться. Без этого чувства безопасности его детство было бы слишком пугающим. Подвергнув сомнению свою ненависть к себе, он смог увидеть, что безразличие к нему было их ошибкой. Это пробудило глубокую печаль, которую раньше он не позволял себе испытывать. С другой стороны, это также позволило ему начать относиться к себе с большим сочувствием и принятием, обнаружив внутри себя ядро сильной, здоровой самооценки.

КОГДА ОПЫТ СТАНОВИТСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ

Каждый из нас в жизни переживает некоторое количество болезненных событий. Многие из них необходимы для нашего роста и развития. Однако события становятся травматическими, когда они настолько болезненны, опасны или тяжелы, что человек психологически не в состоянии с ними справиться. Физическое или сексуальное насилие — частое травматическое переживание среди людей, страдающих от проблем с наркотиками. Травма также может стать результатом менее очевидных сложностей в отношениях, например, когда значимый человек требует, чтобы ребенок подстраивался под его желания и подавлял важные проявления своей уникальности, а в случае непослушания стыдит ребенка или отказывает ему в любви. Более серьезным последствием, чем само физическое воздействие, является напряженный, неразрешимый конфликт, который травма вызывает у ребенка: он чувствует себя незащищенным, оскорбленным и игнорируемым человеком, от которого эмоционально и физически зависит. Интенсивность связанных с этим чувств порождает сильную тревогу, которая захлестывает человека и лишает его возможности осмыслить случившееся. Это может вынудить жертву использовать крайние меры самозащиты, чтобы справиться с конфликтом и тревогой, такие как диссоциация или разъединение в сознании противоречащих взглядов о себе или значимом человеке (Kernberg, 1984). Эти защитные меры порождают широкий спектр различных чувств, психологических состояний, моделей поведения и установок, вносящих свой вклад в факторы уязвимости, способные породить желание употреблять наркотики.

Что касается сложностей с управлением своими чувствами, травма порождает печаль, ненависть, тревогу, отчаяние, напряжение, ненависть к себе, неудовлетворенность, депрессию, страх и недоверие, часто проявляющиеся без причины. Обычно это всеобъемлющие, смутные, ощущаемые на физическом уровне

чувства, сбивающие человека с толку и не дающие ему понять, что нужно предпринять, чтобы почувствовать себя лучше. В некоторой степени это происходит еще и потому, что воспоминания о травмирующем событии зачастую недоступны, так как они либо не были записаны в память, либо были забыты, чтобы избавить человека от боли. Поэтому чувства продолжают жить без связи с ситуациями, породившими их. Эти чувства могут также пробудиться из-за переживаний в настоящем, имеющих отношение к полученной ранее травме. Поскольку такое интенсивное проявление чувств явно неоправданно, человек испытывает смущение и стыд.

Люди употребляют наркотики в попытке почувствовать себя лучше, когда ничто другое им не помогает. Вещества становятся способом совладать с тем, что кажется неуправляемым, способом почувствовать себя по-другому, заглушить свои чувства или перестать о них думать.

Чувства по отношению к себе и другим могут отражать прямые и косвенные сообщения, полученные в контексте детских переживаний, или то, как сознание ребенка пытается их осмыслить. Например, ребенок, подвергшийся насилию, может подумать: «Раз отец бьет меня, значит, я заслуживаю этого». Ребенок, оставленный без родительского внимания, может сделать следующий вывод: «Поскольку я никогда не знал, когда мои родители, занятые работой, выпивкой или ссорой, уделят мне внимание или проигнорируют, я не могу рассчитывать, что другой человек сможет всегда прийти мне на помощь, поэтому я не должен ни от кого и ни от чего зависеть».

Есть несколько причин, почему травмы становятся причиной проблем с самооценкой. Жертвы психологических травм чувствуют своего рода ответственность. Они считают, что, скорее всего, сделали что-то, чтобы заслужить такое обращение, или виновны в том, что не сделали ничего, чтобы его предотвратить. Люди могут также испытывать угрызения совести из-за того, что переживают эти негативные чувства, которые никак не могут понять, и, по-видимому, не делают ничего, чтобы их изменить, кроме употребления наркотиков, которые в реальности не решают проблему.

Психологическая травма может породить проблемы в отношениях разными способами. Люди боятся или ожидают того, что травмирующее событие, произошедшее в прошлом, может повториться: «Могу ли я доверять кому-либо, когда

самые важные для меня люди предали меня?». Люди, имеющие травматический опыт, также могут бояться сближаться с другими из-за стыда за свое прошлое и страха перед тем, как другие будут к ним относиться, если всё узнают. Поскольку текущие отношения способны пробудить интенсивные чувства, связанные с пережитой травмой, прошлое грозовой тучей нависает над настоящим, создавая сложности как для жертвы, так и для окружающих. Люди могут употреблять наркотики, чтобы заглушить этот ураган чувств, в попытке защитить свои отношения.

Проблемы с заботой о себе могут отражать общее равнодушие к себе, вызванное этими причинами. Как это ни парадоксально, они могут также отражать и попытки человека, пережившего травму, позаботиться о себе. С всепоглощающим чувством, порожденным травматическим событием, можно справиться, прибегнув к крайним методам самозащиты: замораживая или притупляя свою способность чувствовать или полагаясь на суждения и действия вместо чувств. Эти меры отрезают человека от естественных врожденных реакций на жизненные события, например, от способности испытывать страх, оказавшись в опасности. Человек не может больше опираться на свои врожденные реакции, чтобы проявлять должную заботу о себе в различных жизненных обстоятельствах. В результате он оказывается в ужасных ситуациях, не понимая, как он в них попал, либо идет на чрезмерный риск, даже не осознавая этого. Из-за этих попыток справиться со своими сложностями люди могут чувствовать себя мертвыми, безжизненными, не понимать, кто они, проявлять импульсивность, компульсивное и навязчивое поведение, не догадываясь, почему они это делают.

ТЕНДЕНЦИЯ ПОВТОРЯТЬ В НАСТОЯЩЕМ ТРАВМЫ ДЕТСТВА

Другой механизм, отражающий влияние конфликтных или травмирующих ситуаций на уязвимости, — это тенденция повторять старые схемы поведения, стремясь к негативным ситуациям, похожим на те, что были пережиты в прошлом. Это то, что Фрейд назвал навязчивым повторением (Freud, 1919). Типичный пример: люди обнаруживают, что вступают в отношения с разными партнерами с одной и той же тревожной чертой характера. Например, женщина встречается с мужчинами, которым не важно ее мнение, или мужчина встречается с женщинами, которые любят критиковать и контролировать. Самое странное в этих людях то, что они сами обладают той же чертой характера, что и их партнеры. Необычные сексуальные интересы также могут отражать этот процесс. Пугающее или унижительное насилие,

пережитое в детском возрасте, в последующие годы может создать сексуальный заряд. Эта закономерность приводит к тому, что человек постоянно испытывает одни и те же крайне негативные чувства, которые испытывал в детстве по отношению к родителю. В результате человек становится уязвимым перед наркотиками как способом справиться с повторяющейся травмой. Наркотики могут использоваться для того, чтобы заставить значимого человека в настоящем вести себя точно так же, как вели себя люди в раннем детстве употребляющего человека. Например, регулярные запои могут заставить любящего партнера впасть в ярость и применить физическое насилие. Эта сцена повторяет опыт из детства, когда человека бил и унижал потерявший над собой контроль родитель.

Как интерпретировать эту склонность к повторению? Очевидно, она отражает общее для людей стремление возвращаться в сложную ситуацию в попытке справиться с ней. Это, несомненно, связано и с более обиденным интересом к пугающим вещам, например, американским горкам или фильмам ужасов. Если мы можем воспроизвести ситуацию, подобную той, в которой в прошлый раз были жертвой, но сейчас можем по собственному желанию вернуться в нее и выжить, то в каком-то смысле компенсируем нанесенный нам ущерб.

Само по себе опасное употребление наркотиков также может служить этой цели.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ И СЛОЖНОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ

У людей, переживших тяжелое детство, природа личных проблем, связанных с употреблением ПАВ, и смыслы, которые наркотики имеют для них, как правило, более комплексные, чем у тех, кто не сталкивался с болью в раннем возрасте. Для первых дорога к успешным изменениям обычно длиннее и сложнее.

Одной из главных причин неудачи может стать то, что человек недооценивает сложность и комплексность задачи, а также время, необходимое для достижения цели. Это может привести к необоснованному выводу, что изменения невозможны, и поднять вопрос о намерениях и серьезности. Все равно что отправиться покорять высокую гору и надеяться взобраться на вершину к обеду без карты, подходящего снаряжения и четкого плана. В результате люди часто теряют надежду и забрасывают дело, к которому едва приступили. Проблема может усложняться, если заботливая семья, действующая из лучших побуждений, друзья и специалисты разделяют то же

ошибочное мнение о сложности и продолжительности процесса изменений.

Часто убеждения и чувства настолько же непоколебимы и тщательно спрятаны, насколько ранние переживания были сильны и глубоко похоронены. Это создает иллюзию сопротивления. Некоторым людям идентификация причин нынешних чувств и убеждений в событиях своего детства помогает ослабить их хватку в настоящем. Для работы над изменениями может потребоваться поиск взаимосвязи между смыслами употребления и уязвимостями личности, а затем поиск взаимосвязи между этими уязвимостями и их корнями в прошлом. Иногда эти взаимосвязи можно определить легко и быстро. Однако для многих людей процесс поиска взаимосвязей проходит более плавно.

Клиенты часто спрашивают меня: «Мне придется вернуться в прошлое и исследовать свое детство, чтобы произвести желаемые изменения в моей нынешней жизни?». Я отвечаю им: «Посмотрим». Поскольку каждый из нас уникален, потребности и направления для работы над изменениями могут обнаружиться только со временем.

Я рекомендую практику, которую называю двусторонним подходом к изменениям. Первая сторона — это фокус на модели поведения, которую хочется изменить. Вторая сторона, при необходимости, — это фокус на чувствах и переживаниях, связанных с прошлым, выраженным или запертым в этих убеждениях, чувствах и моделях поведения.

Следовательно, люди могут возвращаться в свое прошлое, если они считают это целесообразным. Это может не только облегчить процесс изменения, но принести и другие преимущества.

ЦЕННОСТЬ ЗНАКОМСТВА С ПРОШЛЫМ ДЛЯ НАСТОЯЩЕГО

Знакомство с прошлым в настоящем — это способ найти смысл в том, что кажется бессмысленным. Осознание своего опыта может его изменить и создать для него контекст, делая его более связным и, следовательно, более приемлемым и управляемым. Если человек знает, что его чувства и действия не полностью рациональны с точки зрения настоящего, но становятся понятными через призму прошлого, это может помочь ему облегчить растерянность и стыд, которые часто ассоциируются с ними. А также проявить больше сочувствия и принятия по

отношению к себе и своим «трудностям».

Осознание того, что чувства человека имеют смысл в контексте прошлых взаимоотношений, может привести к переоценке прошлого в свете того, что он теперь знает. Он может сделать новые выводы о прошлом, актуальные для настоящего. Давайте рассмотрим открытие Джорджа, которое заключалось в том, что его неспособность наслаждаться своими достижениями – это отражение слишком высоких, перфекционистских ожиданий его родителей. Когда он проанализировал это во время терапии, то увидел, что их неспособность испытывать чувство удовлетворения из-за его достижений была отражением не его недостатков, а их собственного перфекционизма. Он не давал им возможности быть удовлетворенными даже самими собой, поэтому они рассчитывали, что достижения сына позволят им компенсировать собственное ощущение провала. Этот ряд взаимосвязей помог Джорджу легче относиться к тому, что он не совершенен, почувствовать больше понимания и сочувствия по отношению к своим родителям, более спокойно принимать критику других людей в свой адрес, особенно тех, чьи критерии совершенства отличались от его собственных.

Для иллюстрации этой темы я выбрал историю «Салли: динамическое исцеление», написанную Джеромом Д. Левином. Салли пришла на терапию, чтобы преодолеть множество проблем – последствий тяжелой детской травмы, связанной с алкоголизмом ее родителей. Ее собственное злоупотребление наркотиками и его взаимосвязь с детской травмой обнаружили только спустя некоторое время после начала терапии. Эта история – хороший пример того, как травма, полученная в раннем возрасте, может повлиять на эмоциональную жизнь человека и повысить его уязвимость перед компульсивным употреблением наркотиков. Она показывает, насколько комплексной и непростой может быть психотерапия как для клиента, так и для терапевта, и знакомит с некоторыми составляющими успеха.

Салли: динамическое исцеление

Автор Джером Д. Левин

Салли – самый испуганный пациент из всех, кого мне доводилось лечить. Мертвенно-бледная и смущенная, она стояла, прижавшись к стене приемной, словно

хотела слиться с ней. Ее руки были повернуты ладонями к стене. От этой истощенной женщины исходило ощущение настоящего ужаса. Мой офис находится этажом выше. Когда я вызывал ее, она поднималась по ступеням, развернувшись вполоборота, чтобы спина оставалась прижатой к стене. Она была не в состоянии расслабиться (если переход от ужаса к напряжению и тревоге можно назвать расслаблением), пока не входила в мой офис, и я не закрывал дверь. Ей было около 35, и она могла бы выглядеть привлекательно, если бы не была так напряжена и весила на 10 кг побольше. Но страдания сделали ее не более привлекательной, чем запуганное животное. Страх излучали не только движения и язык тела, но и ее глаза. Хотя я не назвал бы ее хрупкой, напряжение в ее теле было настолько сильным, что я боялся, что она вот-вот сломается, буквально разлетится на кусочки. Причем не только в метафорическом, но и в физическом плане. Прошло некоторое время, прежде чем источник ее страха — тайные грехи и ужас, внушаемый пьющим и жестоким отцом, — стал очевиден. Когда она в оцепенении села на диван, напряжение в комнате стало осязаемым. Я забеспокоился. Я понял, что не смогу ей помочь, если не успокоюсь, но не мог этого сделать. Тревога никак меня не отпускала, словно ужас был заразным. Возможно, я тоже поверил, что ее отец убьет меня. Думаю, за ее страхом я почувствовал еще и безграничную ярость, что тоже меня испугало.

Салли была настолько охвачена тревогой, что не могла практически ничего сказать. Она сидела неподвижно. Казалось, что она в любой момент начнет дрожать. Говорила она очень мало. Поначалу ее речь была бессмысленной. Она выдала путаный набор каких-то треугольников, квадратов и кругов, которые, видимо, имели для нее особое, возможно, даже магическое значение. Как я ни пытался понять их смысл, я не смог этого сделать. Были ли это своего рода сексуальные символы? Треугольники могли символизировать как мужские (пенис плюс два яичка), так и женские (волосы на лобке, две груди и влагалище) половые органы. Круг — грудь? А квадрат? Подобный анализ ни к чему не привел. Он был бесполезен. В конце концов выяснилось, что геометрические формы представляют собой виды заключения, заточения внутри них, но пока они казались фантазиями человека, страдающего шизофренией. Была ли моя пациентка таким человеком? Я начинал склоняться к этому. Она была безработной, очень беспокоилась о своем финансовом положении и безуспешно пыталась найти работу. Ей было сложно об этом говорить. Я также узнал,

что она замужем, но мало что еще.

У нас получилось подписать договор, где были зафиксированы время и оплата. Она согласилась приходить на сессии дважды в неделю, а также говорить мне все, что придет ей на ум. Расходы должна была покрыть страховка ее мужа; в ее ситуации лечение было невозможно без оплаты со стороны третьего лица.

Ужас и сбивчивая речь сопровождали наши первые сессии, пока как-то раз Салли не спросила: «Можно я сяду на пол?», добавив: «Мне так будет комфортнее». Не успев подумать, я кивнул, и она села на пол. Оглядываясь назад, я удивляюсь, почему так поступил. С любым другим пациентом я бы сначала «проанализировал» просьбу. «Расскажите мне о желании сесть на пол». «Какие воспоминания вызывает у Вас сидение на полу?». «Мне интересно, почему Вы сейчас меня об этом спросили». Думаю, что я кивнул, не задумываясь, потому что хотел любой ценой снизить напряжение. Я хотел сдвинуться с мертвой точки. Салли необходимо было ощутить контроль, и она как минимум смогла контролировать, где ей сидеть. И хотя я среагировал бессознательно, по наитию, правда заключается в том, что, начни я анализировать ее просьбу, она бы отдалилась от меня еще больше, ее самооценка упала бы еще сильнее, а страх — усилился. Чем дольше я занимаюсь терапией, тем реже говорю. Если я им не мешаю, большинство пациентов исцеляют сами себя. Салли моментально пересела на пол. Оказавшись там, она умоляюще посмотрела на меня, но в ее взгляде впервые появилась теплота. Она спросила: «Вы присоединитесь ко мне?». Не почувствовав в ее просьбе намеков на соблазнение, я тоже сел на пол. Долгое время мы сидели молча. Она больше не казалась испуганной. Потом она произнесла: «Раньше мы сидели так с мамой и ели печенье, которое испекли вместе, или просто играли». После этого терапия, стоявшая не месте, рванула вперед.

ДЕРЕПРЕССИЯ ТРАВМЫ

За этим последовало самое быстрое восстановление подавленных образов, чувств и мыслей, с которым мне когда-либо приходилось сталкиваться. Пациентку захлестнула череда недоступных прежде воспоминаний. Самое раннее относилось к физическому насилию со стороны матери — она швырнула дочь об стену. Подобная жестокость, очевидно, была эпизодической и редкой. Интересно то, как это воспоминание всплыло в сознании. Салли была у мануального терапевта, который обнаружил у нее трещину в

копчике. Он хорошо к ней относился, и она была к нему сильно привязана. Его доброта напоминала ей о теплом отношении матери, и когда я сел к ней на пол, отношение к мануальному терапевту, переключившееся с положительной стороны отношений с матерью, перекинулось и на меня. Чувствуя себя в безопасности в крепких объятиях «хорошей мамы», она была способна выдержать воспоминания о «плохой маме». Всплывший в памяти эпизод, когда она оказалась между родителями, и отец оттолкнул ее в сторону, а мать швырнула об стену, расстроил ее. (Оттолкнул ли он ее, когда она пыталась помешать его сексуальным домогательствам к матери, или в разгар физического насилия над ней?) Она застыла в ужасе, потом впала в истерику. Жестокость отца не была для нее новостью, а вот жестокость матери — была. Ужасающей новостью. Ребенку нужен родитель, с которым он чувствует себя в безопасности, а если такого родителя рядом нет, ребенок пойдет на все, чтобы его создать.

Наше «сидение на полу с печеньем», которое словно бы стало бессознательной реконструкцией ее отношений с «хорошей мамой», принесло ей защиту и безопасность, необходимые для переживания негативных аспектов отношений с матерью. Хорошие отношения с мануальным терапевтом внесли свой вклад в формирование ощущения безопасности, которое она испытывала в моем присутствии, и дерепрессии, которую эта безопасность обеспечила; их взаимопонимание распространилось на меня еще до того, как она впервые вошла в мой офис. Без этого ей было бы слишком страшно начинать психотерапию.

Мануальный терапевт повлиял на раскрытие подавленной психотравмы. Он сказал ей, что рентген показал старый перелом копчика. У нее была травма? Она осознала эту информацию — наличие перелома, — будучи в безопасности со мной. Мы спокойно сидели на полу, когда ее лицо вдруг окаменело, она ушла в себя, я потерял с ней контакт. Затем она закричала. За коротким криком последовало продолжительное прерывистое душераздирающее рыдание. Я молчал. Она продолжала судорожно рыдать. Она плакала до полного изнеможения. Плач перешел в стон и постепенно прекратился. После паузы Салли сказала: «Она сломала мне спину». В течение следующей недели Салли вспомнила, как ее мать во вспышке неконтролируемого гнева подняла ее и швырнула об стену. На тот момент Салли было лет пять. Воспоминание привело ее в ужас. Мать была спокойным и заботливым родителем, в

то время как отец напивался каждый вечер и был холодным, безразличным, враждебным, замкнутым и временами жестоким. Угроза потерять мать как спокойного и любящего родителя была невыносимой. Был ли перелом копчика экранным воспоминанием для многих подобных случаев? Экранная память скрывает столько же, сколько раскрывает. Фрейд полагал, что ее нужно анализировать тем же образом, что и сновидения, когда пациент называет свободные ассоциации к каждому элементу экранного воспоминания. Воспоминание Салли не было похоже на экран для многократного насилия. Мать времен младенчества, раннего детства и латентного периода Салли была удивительно заботливым человеком в доме, где постоянно царила атмосфера враждебности и происходили жестокие ссоры. Эта любовь прерывалась несколькими эпизодами жестокости. (Был обнаружен ряд подобных эпизодов, значительно разнесенных во времени.)

На тот момент я мало знал о ее прошлом и не догадывался о пристрастии ее родителей к алкоголю. Спустя три недели метаний между отрицанием и твердой убежденностью в том, что ее любимая мать была с ней так жестока, Салли перестала говорить о насилии со стороны матери и начала рассказывать о том, как ее родители выпивали. Она прекрасно это помнила и поведала о том, что ее отец, который всегда работал и использовал свой статус «кормильца», чтобы оправдывать любые свои чертовы прихоти, напивался абсолютно каждый вечер. Он «хорошо держался» в том смысле, что редко шатался, и у него не заплетался язык. Однако он практически постоянно кричал и ругался. Отец был чрезвычайно самовлюбленным и не терпел, если что-то происходило не так, как он хотел. Когда он не мог командовать, то раздражался гневной тирадой. В воспоминаниях Салли типичной обстановкой дома в ее детстве были ссоры между родителями: громкие, грубые, периодически с применением насилия, и всегда пугающие.

Ужас, продемонстрированный ею в приемной, когда она пыталась слиться со стеной, был тем же ужасом, который она испытывала в детстве каждую ночь. Попытка исчезнуть была повторением ее ранних попыток исчезнуть, и это было ее копинг-стратегией. Она в буквальном смысле пряталась в кладовке или под кроватью, а когда стала старше — среди деревьев за домом. Постоянные ссоры означали постоянный страх. Мать ставила Салли «в прямом смысле — часто, а образно — постоянно» между собой и отцом. Салли, подобно «собачке» в детской игре, находилась между

ними. Тот факт, что мать использовала ее в качестве щита, был полностью вытеснен из ее сознания до тех пор, пока воспоминания не нахлынули на терапии, во время дерепрессии травмы. Они также вызывали травмирующее разрушение иллюзий. Салли бросали из стороны в сторону, отец отталкивал ее, иногда швырял по комнате. Хотя это было и не совсем очевидно, но можно было понять, что мать использовала Салли, чтобы защититься от секса. Отец буквально проникал в Салли, когда набрасывался на ее мать. «Как она могла? Я думала, она обожает меня», — всхлипывала Салли, каждый раз выражая свою горечь разными словами. Ребенку необходимо идеализировать своих родителей. Очевидно, ее отец не подходил для идеализации, поэтому она обратила свой взгляд на мать. Разрушение иллюзий неизбежно и нормально. Нетравмирующее, постепенное разрушение иллюзий. Но для Салли это было невозможно. Когда тебя швыряют об стену настолько сильно, что ломается копчик, когда тебя используют для защиты от разъяренного отца — все это не вписывается в образ любящей мамы, пекущей печенье.

Когда отец совершал насилие в отношении Салли на глазах у матери, это не было проявлением жестокости. Скорее, он испытывал презрение, неприятие, агрессию и едва скрываемую ярость. Он презирал «девочек». Старшего брата Салли, с которым тоже едва ли хорошо обращались, больше принимали в семье и позже отправили в колледж. Салли — и это был один из самых болезненных ударов, нанесенных ей, — не отправили в колледж. Ее отец не считал образование нужным для девочек; он считал это пустой тратой денег, потому что они все равно в итоге выходят замуж. Излишне говорить: то, что эту умную женщину таким жестоким образом лишили образования, имело последствия для ее выживания, ограничив возможности заработка и реализации своего истинного желания в выборе значимой и приносящей удовлетворение работы. Это выходило далеко за рамки неизгладимых психологических травм, нанесенных безразличием отца.

Кроме драк между родителями на почве секса, были и другие случаи физического насилия. Когда Салли пыталась исчезнуть, у нее иногда случались вспышки гнева. Ярости нужно было дать какой-то выход. Когда ей было четыре года, у нее был особенно продолжительный приступ гнева. Отец подошел, снял с нее штаны, перегнул через колено и отшлепал ремнем. В ее сознательной памяти отложились гнев и унижение. Однако во взрослом возрасте она иногда испытывала сексуальное

возбуждение, когда ее шлепали. Это был один из самых постыдных ее секретов. Помимо тех, что были неведомы ей самой (подавленные секреты), у Салли было несколько тайных «грехов», о которых она никому не рассказывала. Одним из них было ее удовольствие от эротических шлепков; она густо покраснела, когда, наконец, рассказала мне об этом. Салли стыдилась удовольствия, которое получает от шлепанья. Это был тройной стыд: это казалось порочным, это впервые произошло во время эпизода, который она считала постыдным, и главное — сама идея, что те самые шлепки ее ненавистного отца ее возбуждают, была отвратительной и абсолютно неприемлемой.

Салли пыталась отделить удовольствие, которое доставляли ей эротические шлепки, от образа отца, говоря, что покраснение кожи на ягодицах физически стимулирует ее и не несет никакого психологического смысла. Я объяснил ей, что во время вспышек гнева она находилась в состоянии повышенного возбуждения, и шлепки, боль от которых была не настолько сильной, чтобы превзойти удовольствие от кожной стимуляции, приводили к разрядке, своего рода кульминации. Снятые штаны, внимание отца, его сексуальное возбуждение, ее собственное возбуждение — все это зафиксировало данное переживание в ее памяти, поэтому во взрослом состоянии она возвращалась к нему как к порочному удовольствию. Затем Салли сказала: «Отец испытал эрекцию, когда шлепал меня. Мне кажется, я помню, что почувствовала это. Поэтому он остановился». Я ответил: «Он остановился, потому что кончил». Кроме того, я предположил, что испытанное ею возбуждение подобного рода в отношениях с мужчиной, во многом похожим на ее отца, не было случайностью.

Я вернулся к теме пристрастия родителей Салли к алкоголю. С годами ссоры между родителями становились сильнее. Алкоголизм отца был стабильным, в том смысле, что он продолжал пить столько же, и с теми же последствиями: угрюмость, едва сдерживаемая ярость и презрение. Он часто повторял, что никогда не хотел детей, и что он никак не мог дождаться, когда сбросит с себя это бремя. Когда Салли была в раннем подростковом возрасте, ее мать начала сильно пить. В отличие от отца, она плохо переносила алкоголь: ее шатало и тошнило, язык заплетался. Это выглядело унижительно. Выпивка свела ее в могилу: она скончалась после череды инсультов. В конце концов родители Салли развелись и разъехались, когда ей было лет 18. Когда Салли пришла на терапию, ее отец умирал от цирроза печени.

Рассказ Салли об алкоголизме ее матери дал мне возможность сделать предположение о причине жестокого, нетипичного для нее поведения. Мое объяснение помогло Салли частично восстановить утраченное самоуважение, и имело большое значение для ее реабилитации. Я сказал ей: «Ваша мать, должно быть, выпила, даже была пьяна, когда швыряла Вас об стену и когда прикрывалась Вами от разъяренного мужа. Вы помните, что ее пристрастие к алкоголю росло, когда Вы были подростком, но я сомневаюсь, что она начала пить только тогда. Слишком быстро она скатилась по наклонной. Более вероятно, что она эпизодически пила на протяжении многих лет и стыдилась этого, потому что не могла пить сама и при этом возражать против пьянства Вашего отца, как она это делала. Поэтому, должно быть, она пила тайно и была пьяна, когда втянула Вас в свою драку с ним и сломала Вам копчик».

«Вы действительно думаете, что так оно и было?», — спросила Салли с мольбой в голосе, настолько сильно ей было необходимо понять поведение матери и почувствовать, что та ее любила. «Да», — ответил я. — «Я не могу быть уверен в этом на 100 процентов, но это объяснение подходит, и оно вполне логично. Иначе почему Ваша любящая мать, которая обычно защищала Вас от отца, сделала бы такое?». Салли испытала огромное облегчение. Это алкоголизм ее матери, а не ее ненависть, причинил ей боль.

В течение этого периода дерепрессии поведение Салли и ее манера держаться менялись внезапно и самым кардинальным образом. Вот она увлеченно участвует в процессе, сидя со мной на полу, а минуту спустя замирает от ужаса или холодной, отрешенной ярости (не воспринимаемой как ярость), напоминая пациентов с кататонией, которых я встречал во время работы в психиатрической больнице. Ее абсолютная неподвижность во время таких приступов ярости пугала меня. Когда они случались, я испытывал напряжение. Иногда причина была мне непонятна, иногда это было небольшое нарушение порядка в нашем общении: телефонный звонок или мое двухминутное опоздание, а иногда — кажущееся отсутствие сочувствия с моей стороны. Эти эпизоды отрешенности, носившие психотический характер, были ужасны. Я боялся, что она может из них не выйти: они были настолько близки к психозу, а регрессия бывает необратимой. Также они злили меня: я не люблю, когда меня прерывают на полуслове. Когда она снова обретала дар речи, то начинала говорить о самоубийстве.

Я не хотел, чтобы Салли покончила с собой. Не хотел я и того, чтобы она плелась по жизни в запуганном и полуживом состоянии. Психотерапия — это серьезное и иногда опасное занятие. Все терапевты рискуют и подвергают себя эмоциональным травмам. Если они никогда не ходили по краю пропасти, значит, плохо выполняют свою работу. С другой стороны, неспособность защитить пациента всеми возможными способами непростительна. Что мне сделать с Салли? Положить в клинику? Ни за что! Госпитализация катастрофически подрывает самооценку, к тому же это разрушило бы то хрупкое доверие, которое между нами образовалось. Разумеется, лучше проиграть дело, чем потерять человека, но я чертовски не хотел проигрывать это дело. Процесс уже запущен, и Салли сможет далеко продвинуться, если преодолеет боль депрессии травм. Поэтому я решил пока не настаивать на госпитализации. Но это решение не давало мне спать по ночам.

Снова встал вопрос о диагнозе, который я поначалу предпочел не ставить. Есть ли у нее психотическое расстройство? Являются ли эти приступы, подобные кататонии, чем-то большим, чем просто воспроизведенной по отношению ко мне яростью и попыткой бегства от травмирующих событий ее детства? Я решил, что у нее, вероятно, нет психоза, и что интенсивная реакция на «незначительные» помехи в наших отношениях — это отражение ее острой потребности в моем безраздельном внимании и понимании, дававшем ей чувство безопасности, необходимое для той работы над собой, которую она проводила. Как оказалось, она реагировала таким образом в основном потому, что любой мой промах означал: я больше не смогу защитить ее от мести отца, который убьет ее. Но если это не психоз, то что тогда? Довольно долго я полагал, что у моей пациентки диссоциативное расстройство идентичности. Настолько быстрыми и кардинальными были перемены в ее состоянии, что я раздумывал о консультации со специалистом по диссоциативному расстройству. В качестве диагноза для оплаты ее лечения я указал дистимию, что было вполне похоже на правду.

Как только все начало налаживаться, Салли захлестнула очередная волна депрессии, на сей раз — в связи с сексуальным насилием со стороны отца. Это стало возможным только после моей интерпретации жестокого поведения матери по отношению к ней как раннего проявления ее хронического алкоголизма. Она помогла Салли вновь почувствовать любовь и защиту матери. После этого разговора я

определенно был рад периоду относительного спокойствия, и она, вероятно, тоже. Однако пауза была короткой, и Салли снова начала испытывать жуткий страх. На протяжении нескольких сессий она была оцепеневшей и отстраненной. Она практически ничего не говорила, и у меня не получалось наладить с ней контакт. На четвертой подобной сессии я начал переживать, что у нее развивается психоз, как вдруг Салли разразилась судорожными и продолжительными рыданиями. Когда Салли рыдала таким образом (а я уже наблюдал подобное), на ее лице отражалась вся боль ребенка с разбитым сердцем. По ее щекам струились слезы. Казалось, что треугольник, образованный ее глазами и носом, провалился вглубь, разделив лицо на две плоскости так, что оно стало похоже на смятую картонную коробку. Сначала я подумал, что мне это привиделось. В какой-то степени так оно и было, но сейчас я уверен, что мышцы лица сократились и действительно изменили ее внешность. Минут через пятнадцать, не переставая рыдать, Салли начала говорить, и ее лицо приняло свои нормальные очертания.

«Он насиловал меня. Он убьет меня за то, что я Вам сказала. Когда мне было три, четыре и пять лет, мама работала по ночам официанткой, и отец нянчился со мной. Он ненавидел это; считал, что заниматься детьми — женское дело. Когда он укладывал меня спать, то ложился рядом и очень крепко меня обнимал. Поначалу мне это нравилось: в объятиях я чувствовала себя в безопасности. Но потом он начинал стискивать меня еще сильнее — слишком сильно. Мне было больно и страшно. Он терся об меня, и я чувствовала что-то твердое. Думаю, он кончал; возможно, мне даже это немного нравилось. Я не знаю». (Снова судорожные рыдания, и Салли снова глубоко ушла в себя.) «Однажды... однажды... однажды...». (Тишина.) «Однажды», — я подтолкнул ее. — «Ох, было больно, так больно. Он порвал меня. Там была кровь. Потом он взял мои трусики и выбросил, а маме сказал, что я описалась. Я думаю, что это действительно произошло. Я точно знаю, что он об меня терся; но я не уверена насчет остального... Ох, как больно».

За следующий месяц страх Салли достиг апогея. Она постоянно липла к стенам приемной, а в моем кабинете сидела на полу. Она резко вертела головой в поисках опасности.

Я сказал ей, что, на мой взгляд, пересказанные ею события реальны, что они

действительно произошли. Мог ли я быть в этом уверен? Нет. Но одна проблема волновала психоаналитиков с самого начала: были ли правдой признания пациентов Фрейда, больных истерией, о сексуальном соблазнении в детстве? (Соблазнение — странное название для того, что иногда в действительности являлось изнасилованием и всегда подразумевало неравное соотношение сил, что говорит о желании теоретиков [детской сексуальности] прошлых веков оправдать взрослых.) Или они были вымыслом? Историческая правда или нарративная истина? Хотя Фрейд сам отказался от своей теории соблазнения, он никогда не отрицал сексуального насилия взрослых над детьми и того факта, что подобное насилие травмирует людей и обладает этиологической значимостью для формирования невроза.

С другой стороны, сейчас все словно помешались, и любая физическая привязанность взрослого к маленькой девочке вызывает подозрения. Я не хочу вносить вклад в это помешательство и не делаю никаких общих заявлений относительно достоверности обвинений в сексуальном насилии, сделанных детьми или взрослыми по воспоминаниям из детства. Однако я склонен верить своим пациентам, как минимум при отсутствии доказательств обратного. В случае с Салли, ее отец напивался каждый вечер и определенно был практически пьян, когда «нянчился» с ней, а мы знаем, что существует тесная взаимосвязь между сексуальным насилием и алкоголизмом. Он постоянно пребывал в ярости, потому что жена была «холодна» с ним, и Салли участвовала в их бурных ссорах на почве его сексуальных требований. То, как Салли «вспомнила» это «соблазнение», и те эмоции, которые она при этом испытала, были вполне закономерны, только если это были воспоминания о реальном событии. Единственной разумной альтернативой было бы то, что она сошла с ума, и/или что образ отца из ее воспоминаний — это проекция ее собственной патологической ярости. Мог ли я так считать? Ни в коем случае. Я своими глазами видел, что старания Салли *не* вспоминать были настолько же сильными, насколько и шок от этих воспоминаний.

Я пришел к выводу, что Салли не была сумасшедшей, но беспокоился, что она становилась таковой. Возможно, для нее было невыносимо, что оба родителя так мало ее любят и так жестоко с ней обращаются. Еще больше пугала ее убежденность в том, что отец, постаревший, серьезно больной, живущий за 3000 километров отсюда, убьет ее в моей приемной. Это было близко к психозу. Я спросил: «Угрожал ли он Вам

убийством, если Вы “расскажете”?). Я был в этом уверен, но Салли не могла вспомнить подобных угроз, только то, что она всегда его боялась. Я пытался ее утешить, но бесполезно. Я задавался вопросом, не разжигает ли потребность в наказании ее иллюзорный страх, и не иллюзорен ли он. Способен ли отец добраться на север страны и убить ее, если узнает о ее «предательстве»? Заслуживает ли она смерти за то, что получала некоторое удовольствие, когда отец терся об ее гениталии? Есть ли у нее другие (осознаваемые или нет) постыдные секреты? Мне скоро предстояло это узнать. Салли обладала слабой дифференциацией. В первые годы лечения она рассказывала о событиях, которые я трактовал как случаи, в которых она теряла свою идентичность, сливаясь со случайными знакомыми в те моменты, когда была потрясена их несчастьями. Как будто она становилась ими, особенно когда они делились с ней ужасными страданиями. Способствовало ли отсутствие жестких границ между ней и другими людьми усилению ее страха? Я спросил: не думает ли она, что отец может читать ее мысли? Она ответила: «Не знаю». Я сказал, что не может, но это ей не помогло. Зато помогало признание в своих «постыдных секретах».

Как и многие взрослые дети алкоголиков (ВДА), Салли вышла замуж за алкоголика. В первые годы их брака он напивался каждый день, часто был без работы и вел себя абсолютно безответственно. В каком-то смысле она даже потеряла, поскольку ее отец хотя бы всегда работал. Но, как мы позже узнаем, в итоге она все-таки выиграла. Под словами «Найти объект любви — в конечном итоге значит обрести его снова» Фрейд имел в виду, что люди обычно выбирают для брака «точно такого же» партнера, какого выбрали Мать или Отец. Если отношения с родителями были проблемными и болезненными, подсознательное желание их повторения сильнó. Хэнк был не только алкоголиком, и желание Салли «снова обрести объект любви» было комплексным: она хотела обрести и отца, и свою «хорошую» мать. Салли и Хэнк повторяли ссоры ее родителей. В конце концов, она эмоционально отстранилась и начала угрожать разводом, если муж не прекратит пить.

В то время Салли работала у одного врача в качестве универсальной помощницы и неквалифицированной медсестры. Внешне он абсолютно отличался от ее отца: непьющий специалист с образованием. Излишне говорить, что она стала его любовницей. Его брак тоже был несчастным. (Как кто-то однажды сказал: клише становятся клише, потому что они отражают действительность.) Салли подружилась с

его женой и снова оказалась «собачкой» между двумя людьми, как в детстве. Более того, Стивен оказался настоящим тираном и пользовался разницей в положении (работодатель — сотрудник, верхушка среднего класса — рабочий класс), чтобы эксплуатировать ее сексуально и не только: требовал, чтобы она работала допоздна и была абсолютно ему предана. Но Стивен дал ей кое-что взамен: он многому обучил ее в медицине. Для Салли, страдавшей от отсутствия образования, причастность к профессии была шансом на реабилитацию. Это подняло ее самооценку и придало ей, пусть и опосредованно, некоторый статус.

Стивен, несмотря на его ужасный характер, был профессионалом своего дела, и Салли им восхищалась. Поначалу их секс происходил по обоюдному желанию и приносил удовольствие. Затем Хэнк бросил пить, чтобы спасти их брак, и Салли сблизилась с ним. Трезвым Хэнк был абсолютно другим: любящим, заботливым, ответственным. Салли больше не нужен был секс с начальником. Однако он постоянно на нее давил, унижая и обесценивая: «Кто еще возьмет тебя на работу?». Обычно она сдавалась. Когда же она начинала сопротивляться, он хватал ее в пустом смотровом кабинете и опускал ее голову к своему пенису. Когда она глотала его сперму, что ей нравилось делать, и, сама того не желая, начинала испытывать возбуждение, он начинал ее оскорблять: «Это отвратительно. Только шлюхи глотают сперму». Она возненавидела его, но не могла с ним порвать. Теперь, когда Салли полюбила своего мужа, ею овладело безграничное чувство вины. В конце концов она уволилась, но чувство вины не покидало ее. Оно только усилилось, когда по своей наивности она согласилась поехать на прогулку со своим ортопедом, который изнасиловал ее. Он угрожал, что убьет ее, если она кому-нибудь расскажет, и страх перед ним добавился к ужасному страху перед отцом. Салли по непонятным для себя причинам продолжала обедать со своим бывшим работодателем, хотя и ненавидела его.

Когда Салли призналась в своем романе и рассказала об изнасиловании, ее ужас немного отступил. Она боялась, что ей придется признаться во всем мужу, теперь же ее рассказ устранил эту необходимость, и она немного успокоилась. Салли не видела связи между Стивеном и своим отцом. Я указал ей на эту связь: «Когда отец насиловал Вас и разорвал Вам вульву, у Вас не было выбора. Вы были бессильны. Когда Вы встретили Стивена, который, будучи работодателем, был своего рода отцом, и обладал

его превосходством, самовлюбленностью и беспощадностью, Вы подсознательно повторили свои отношения с отцом, но теперь это был Ваш выбор, а не принуждение. Принимая решение, Вы проявили активность, а потому не чувствовали себя беспомощной. Ваши отношения со Стивеном были попыткой разрешить травму через повторное проигрывание». Это была моя самая длинная реплика за последние месяцы. Салли поняла мою интерпретацию и глубоко эмоционально на нее отреагировала. Ни страх, ни чувство вины ее не оставили, но их интенсивность уменьшилась.

На следующую сессию она пришла с большим бумажным пакетом, красная как помидор: «Можно я Вам кое-что покажу?». Я кивнул в ответ. Независимо от того, было ли у Салли диссоциативное расстройство или психоз, к этому моменту я научился доверять ее стремлению к выздоровлению и позволял ей направлять терапию. В конце концов, именно она сдвинула лечение с мертвой точки, сев на пол, и установила связь со мной, что позволило ей пережить и интегрировать свои детские травмы, и поведала мне свой деструктивный секрет, о котором она боялась проговориться мужу. Из пакета появился Чарли — огромный и, безусловно, любимый плюшевый мишка. Салли обняла Чарли, словно двухлетний ребенок. Наконец-то она почувствовала себя в безопасности.

Чарли и отношение Салли к нему были вымыслом, если угодно, иллюзией, но ей это помогало. У Салли появился надежный друг, который заботился о ней и любил ее, и которого она могла любить в ответ. Будучи взрослым человеком, во время лечения она делала то, что не могла сделать для себя в детстве. Мало кто из моих пациентов обладал даром творческого, реституционного лечения, позволяя себе снова стать ребенком. Мы провели много сессий, обсуждая отношения Салли и Чарли. Я не предлагал никаких интерпретаций. Именно в течение этого, относительно спокойного, периода нашей совместной работы Салли рассказала мне о других источниках силы: любви к природе и книгам Нормана Пила.

Мы прекратили «лечение» и говорили о походах, лесных тропинках и горах. А еще о том, как сила позитивного мышления удержала ее от самоубийства, когда она подчинялась сексуальным требованиям Стивена. Должен ли я был анализировать, а не просто беседовать? Ни в коем случае. Нельзя забирать, не предоставив ничего взамен. Триангуляция в психоанализе обычно подразумевает не психотерапевта, пациента и

плюшевого мишку, но в данном случае это принесло плоды. Нравилось ли мне регрессировать с Салли? Вы чертовски правы, мне это нравилось! Опасна ли подобная регрессия для терапевта? Конечно, но терапия вообще опасное занятие. Фокус в том, чтобы обладать бинокулярным зрением: одновременно и регрессировать, и не регрессировать. Я решил рискнуть и проявить терпение к терапевтической регрессии своей пациентки, вместо того чтобы случайно от нее отдалиться и ранить ее самооценку, заставляя чувствовать себя глупо.

Чарли помог Салли сделать следующее, жизненно важное «признание». Как гром среди ясного неба, Салли произнесла: «Не знаю, как сказать Вам об этом, но у меня зависимость от амфетаминов. Мне дает их доктор Х., мой диетолог. Если я растолстею, то убью себя. Я ненавижу быть толстой. Один раз я переставала их принимать, но у меня началась такая депрессия, что я чуть не покончила с собой. У меня никогда не было желания жить, и боюсь, что если я перестану их пить, то убью себя».

Ее страх перед самоубийством был вполне реальным. Я был ошарашен этой новостью, но должен был быть к ней готов. Так много ВДА сами становятся зависимыми от алкоголя или вступают в брак с алкоголиками, что такое поведение предсказуемо. Среди ВДА также чрезвычайно распространена зависимость от других веществ или компульсивных действий. Тем не менее, я совершенно упустил из виду зависимость Салли. Оглядываясь назад, я осознал, что ее крайняя напряженность, оцепенение, страстное желание сбежать и почти психотическое мышление, какими бы ни были их психодинамические детерминанты, были вполне типичными проявлениями зависимости от амфетамина. Я специализируюсь на зависимостях и должен был это заметить. Диагноз Салли стал вырисовываться четче. Она была ВДА, зависимой от амфетамина.

Салли как-то раз сказала, что раньше часто курила травку и иногда выпивала слишком много, но свела употребление до минимума, и это осталось далеко в прошлом. Ей было стыдно не только из-за своей зависимости, но и потому, что она «обманула» меня, рассказав про сокращение и умолчав про остальное.

Амфетамин — «хорошая мама» с точки зрения психодинамики и антидепрессант с точки зрения фармакологии — казался чем-то, без чего она не могла жить. Но она не

смогла бы жить и с ним, не сейчас: ее вина, стыд и ненависть к себе были слишком сильны. Поэтому она и «призналась» в своей зависимости.

Теперь пазл сложился, и я понял причины ужаса, который она испытывала. Потребность в наказании за вину, которую она переживала из-за своей зависимости, легко переносилась на ее страшного отца. Конечно же, он убьет ее; она этого заслуживает. Употребление таблеток и, как выяснилось, больше чем небольшого «косячка» также были причиной того, что она плохо отличала вымысел от объективной реальности и часто теряла свою идентичность, отождествляя себя с другими. «Не могу жить ни с ним, ни без него», — вот конечная точка любой зависимости. Всегда очень опасная точка. В этот момент самоубийство — идеальный выход из любой зависимости, а у Салли давно были суицидальные мысли. Я снова задумался о госпитализации и снова отказался от этой мысли. Вместо этого я побуждал ее рассказывать о своем стыде, о потребности лгать и избегать, о постоянном страхе, что муж все узнает, о необходимости выискивать деньги для покупки наркотиков, о страхе, что доктор Чувствуй-себя-хорошо оставит ее без амфетамина. Она несколько раз пыталась сделать свое употребление более умеренным, но всегда неудачно. Чем больше мы говорили о наркотиках, тем больше она хотела прекратить употреблять, но не могла этого сделать; ее страх был слишком силен. Я поговорил с ней насчет программы реабилитации, но она была категорически против. Если она запишется на эту программу, Хэнк узнает, что она обманывала его насчет наркотиков. В отличие от алкоголиков на подобной стадии развития «заболевания», ее физическому здоровью на тот момент ничего не угрожало. С фармакологической точки зрения, под действием наркотиков ее состояние также не ухудшилось настолько, чтобы все достижения терапии были сведены на нет, а значимые отношения — невозможны. Ее употребление было стабильным. На протяжении нескольких месяцев терапия (видимо) была в тупике.

ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИСЦЕЛЕНИЮ

Затем Салли снова продемонстрировала творческий подход к лечению. Она пришла на сессию такой испуганной, какой я ее уже давно не видел. Дрожащим голосом она спросила: «Можно я помолюсь?». Я опешил, хотя, думаю, и не показал этого. Я кивнул. Тихим, но постепенно становившимся все более твердым голосом она начала молитву со слов: «Где двое собраны во имя Моё...». Не будучи ни

христианином, ни верующим человеком, я почувствовал себя неловко. Дальше она попросила Бога «Помочь доктору Левину помочь мне отказаться от амфетаминов». После ее последнего «Аминь» я чуть не заплакал. Ее молитва представляла собой то, что называется «перформативным высказыванием» — когда слова используются не только для указания, обозначения или выражения эмоций, но и для совершения реального действия. Подобная речь — это действие. Просьба Салли была явно самоисполняющейся. Обращение к Богу с просьбой помочь мне оказать помощь ей освободило ее, пусть и не полностью, от парализовавшего ее страха. Глубоко на эмоциональном и физическом уровне это также было обязательством отказаться от наркотиков. В тот момент я понял, что скоро Салли избавится от зависимости. Это было ее «капитуляцией», признанием, что мы оба перед ней бессильны. Для того чтобы ее перформативное высказывание возымело эффект, я тоже должен был сдаться, признать свое бессилие, стать участником ее освящающего и разрешающего ритуала. Он призывал к смирению, и это было хорошо. Если, признав свое поражение, она отказалась от иллюзии абсолютного контроля и отдала этот контроль в руки идеализированной сущности (кого-то или чего-то, что мы воспринимаем как всеблагое и всеильное) — Бога, а затем и я отказался от части своего всемогущества и отдал иллюзию контроля в руки идеализированной сущности, — то жизненная сила вселенной поможет ей излечиться. Этот момент стал исцеляющим для нас обоих.

Но праздновать победу было еще рано. Я пытался направить ее к психиатру, чтобы определить, сколько амфетамина она принимает сейчас, и составить схему безопасного отказа от этого вещества. Салли сопротивлялась этой идее, поскольку не хотела никому больше рассказывать о своей зависимости. В конце концов, я отправил ее таблетки доктору, который определил их состав и разработал план детоксикации, не встречаясь с ней лично. Из-за этого я злился на Салли, но ее было не переубедить.

К счастью, мы вышли из положения, и Салли начала употреблять все меньше и меньше. Все шло хорошо, пока мы не добрались до полного отказа. Салли запаниковала и увеличила дозировку. Мы прошли по этому кругу несколько раз. В тот период я много анализировал и интерпретировал. Я показал ей столько смыслов в ее зависимости, сколько смог найти, начиная с подсознательной идентификации с зависимостью ее матери и отца, о которой она не знала, и заканчивая отношением к амфетамину как к идеализированному волшебному веществу, которое успокаивает,

радует, стройнит и поднимает настроение. Я сказал ей, что, вопреки ее ожиданиям, ей будет лучше без наркотика, ее самооценка значительно повысится, а ненависть к себе ослабнет. Я очень активно, назидательно и твердо настаивал на том, что ее жизнь изменится к лучшему, только если она полностью откажется от наркотиков. Наконец это сработало; она чувствовала себя опустошенной, нагой и более уязвимой, чем когда-либо, после того как я убедил ее, что без наркотиков ей будет лучше. Она злилась на меня, насколько ей хватало смелости. Я многократно убеждал ее сходить на собрание сообщества «Анонимные Наркоманы» (АН). Она сопротивлялась, но, наконец, пошла. Салли не стала глубоко приверженным членом движения 12 Шагов, но даже периодическое и довольно вялое участие значительно ей помогло. Ее чувство стыда и социальная изоляция уменьшились.

Салли выражала свой страх перед людьми в виде высокомерия и презрения, что приводило к социальной изоляции. Конечно же, ее страх, что люди «узнают» о ее зависимости и супружеской неверности, усугублял ситуацию. К счастью, ни то, ни другое не было заметно, и благодаря АН она получила первый опыт социализации в среде, свободной от наркотиков и алкоголя. Она все еще была очень тревожной и вела тяжелую борьбу с депрессией, поэтому у нее не было никакой социальной жизни за пределами АН, но начало было положено, и она стала относиться к людям с меньшим презрением. Через год она начнет обедать с коллегами и подружится с несколькими женщинами, но это еще впереди. Сейчас же у нее были только я и Хэнк.

С психотерапевтической точки зрения, «излечение» от зависимости всегда подразумевает переход от зависимости от вещества (которое кажется пациенту безопаснее) к зависимости от людей. Отношения исцеляют. В этом кроется как возможность, так и проблема. Зависимость Салли от меня была настолько всеобъемлющей (для нас обоих), что малейшее нарушение с моей стороны (например, опоздание на пару минут) приводило ее в панику. В ответ на это воображаемое оскорбление ее личности она приходила в ярость и наказывала меня отрешенностью, схожей с кататонией (что также было самозащитой), угрозами самоубийства (которые не воспринимались как угроза) и отчаянными звонками в любое время дня и ночи. Я понимал ее отчаяние, но злился и ощущал, что меня контролируют. На протяжении долгого времени я не указывал ей на агрессию, которая скрывалась за этим поведением. Она бы не поняла такой интерпретации. Вместо этого я установил такие

границы, которые были необходимы мне для работы, в остальном же проявлял терпение и сочувствие к ее потребности в привязанности и контроле. Ее поведение менялось очень медленно. Еще хуже было то, что Салли постоянно боялась, что я ее покину – а это неизбежно должно будет случиться.

В этот период вернулся ее страх перед отцом. Теперь я настаивал на том, чтобы она выразила всю свою ярость по отношению к нему. Для нее это было очень трудно – она боялась неизбежного возмездия. Однако связь между нами была уже настолько сильной (хотя иногда это меня ограничивало и приводило в бешенство), что она смогла сделать это.

Наиболее характерным для нее способом снизить тревогу, вызванную гневом на отца, было направить этот гнев против себя. Когда она начинала себя критиковать, я активно вмешивался. Во время особенно яростной вспышки самоуничужения, когда она настаивала на своем «ничтожестве», я сказал: «Это не Вы ничтожество, а Ваш отец». Это запустило процесс. Злость на отца выплескивалась из нее, словно раскаленная лава, но страх не ослабевал. Она металась между желанием убить его и желанием убить себя. Я указал ей на ее смятение. Она спросила, следует ли ей позвонить ему и высказать свои чувства. Техническая нейтральность в этом случае была бы губительной. Салли было необходимо активно пережить и выразить свою злость на отца и не быть убитой. Я настоятельно порекомендовал ей это сделать. Техническая нейтральность относится не только к невмешательству терапевта в жизнь пациента, но также и к нейтральности в отношении противоречащих сторон разума, то есть равноудаленности от потребностей и желаний, соображений насчет реальности и сознания. Это удивительно сильная и эффективная техника, если использовать ее должным образом. Но в данной ситуации она была неуместна.

Несколько недель Салли колебалась между «Я сделаю это» и «Я не смогу» (позвонить отцу). Затем однажды пришла и сообщила: «Я позвонила ему и сказала, что надеюсь, что у него отвалится член, и повесила трубку». Я пожал ей руку. Салли всерьез ожидала, что он ее убьет, но чем дольше этого не происходило, тем меньше становился ее страх. Спустя несколько месяцев ее отец скончался. Его смерть была для нее избавлением. Возможно, впервые в жизни она почувствовала себя свободной. Она больше не испытывала ужаса. Ее страх был воспоминанием, но смерть

объективного коррелята этого воспоминания рассеяла, можно сказать, изгнала страх. Салли не чувствовала вины, по крайней мере я не мог ее обнаружить, хоть и пытался. Она сожалела лишь, что не видела, как его хоронят, чтобы быть абсолютно уверенной, что его больше нет. Интересно, воткнула бы она кол в его сердце, окажись на этих похоронах?

Важные события, последовавшие за отказом от амфетаминов, во многом были адаптивными. Однако она абсолютно точно испытывала постнаркотическую депрессию. Амфетаминовая ломка опасна из-за рецидивирующей депрессии. Такая депрессия может привести и часто приводит к самоубийствам, поэтому в тот период я постоянно был на связи. Какими бы ни были нефармакологические, психологические и эмоциональные факторы, определявшие ее поведение в тот период, они имели мощную психофармакологическую основу, и ее «цепляющееся» поведение было попыткой утопающего схватиться за спасательный круг. Другими словами, оно было необходимым и восстановительным.

ОСВОБОЖДАЮЩАЯ СИЛА НЕНАВИСТИ

Если любовь и прощение могут освободить и исцелить, на это же способна и ненависть. Мы не признаем ее важность в процессе восстановления личности. Салли испытывала ненависть по отношению к отцу, которую он однозначно заслуживал. То, что она вспомнила, пережила и выразила эту ненависть, было наиболее мощным фактором ее исцеления. Я намеренно называю это «ненавистью», а не «яростью», поскольку это была именно она. Психотерапевты, отождествляющие себя с ангелами, обычно чувствуют неловкость в отношении ненависти, особенно ненависти к родителям. Она противоречит их профессиональному образу целителей и восстановителей гармонии. Есть вещи, которые невозможно исцелить – да и не следует этого делать. Однако некоторые семьи и родители действительно токсичны. Мы должны помочь нашим пациентам возненавидеть их и использовать эту ненависть для создания отдельной личности. Когда отец внутри Салли перестал ее мучить, ее личные границы укрепились. Конечно же, отказ от амфетаминов также помог этому разделению. Таблетки, которые она в прямом смысле принимала внутрь себя, символизировали всеильную любящую мать, а также ненавистного и ненавидевшего ее отца — внутри он был безопаснее, чем снаружи, но продолжал мучить и наказывать ее. Частью ее страха перед отказом от наркотика была боязнь, что после того, как он

перестанет символически находиться внутри, снаружи он станет еще опаснее. Я рассказал ей об этом, когда она еще была на пути к воздержанию, и предупредил ее, что она столкнется с рецидивирующей депрессией. Это состояние будет нейрхимическим, чрезвычайно болезненным, но при этом самоограничивающим и не имеющим эмоционального или символического значения.

Мы долго работали над этими вопросами, и все шло хорошо, пока не подошло время моего отпуска. Салли практически впала в состояние психоза. Ее телефонные звонки стали более частыми и все более неконтролируемыми. Они стали казаться мне назойливыми и невыносимыми. Голос Салли выражал ту же отстраненность, что и ее лицо в периоды почти кататонической отрешенности. Ледяной, мертвый, астральный — подобные прилагательные приходили на ум, когда я слышал ее по телефону. Казалось, она была другим человеком. Неужели у нее действительно было диссоциативное расстройство идентичности, и она расщеплялась на разные личности, возможно, чтобы не допустить полной фрагментации, когда ее тревога превращалась в панику? Салли постоянно грозила (хотя не ощущала это как угрозу) вернуться к своему старому другу — амфетамину.

То, что я вскоре собирался ее бросить (т.е. уехать в отпуск), грозило нанести решающий удар по ее самооценке, уничтожить ее. Она защищалась от этой угрозы отстраненностью и холодной, смертельной яростью. Ее гнев вполне мог иметь фатальные последствия. Я был абсолютно уверен, что Салли способна на самоубийство как крайний способ прекратить свое существование, избежать полного уничтожения и наказать меня за то, что бросил ее. Око за око, зуб за зуб. Я покинул ее, она покинет меня. В этот раз я решил поставить госпитализацию условием продолжения лечения, если до моего отъезда ничего не изменится. Теперь я предполагал, что за ее отчаянными звонками и суицидальными намерениями стоит агрессия и гнев. Она не могла их слышать, хотя позднее осознала и смогла использовать. Я снова начал сочувствовать ее страху. Я отметил, что она *чувствует, что вот-вот* разлетится на кусочки, но этого не произойдет. Это сработало. Салли спросила, не так разъяренно, хотя и отчаянно: «Как мне пережить Ваш отпуск?». Салли снова продемонстрировала свой творческий подход к лечению. Она спросила: «Можно я буду приходить и сидеть в приемной (которой пользовались несколько врачей, поэтому доступ в нее был открыт) в то время, когда у нас обычно были

сессии?». Я почувствовал облегчение, что не придется класть ее в больницу, поскольку это было бы для нее серьезным потрясением. Спонтанно мне пришла идея получше, и я ответил: «Я дам Вам ключ от своего офиса. Вы сможете приходить по нашему обычному расписанию и сидеть там, где обычно сидите». Теперь у нее было безопасное место, и панический страх принял более обычную форму — сепарационной тревоги.

Защищенная знанием того, что она сможет приходить в мой офис, Салли успокоилась. Ей приснился сон, ассоциации с которым привели ее к одному из наиболее травмирующих событий ее жизни. Строго говоря, оно не было подавленным, но оно никогда не всплывало на наших сессиях, и Салли не связала его со своей последней паникой. Когда ей было 12, ее мать, будучи уже на серьезной стадии алкоголизма, прокричала: «Я больше не могу смотреть, как ты насилуешь детей. Я уйду». И она ушла. Она села в свою развалюху и уехала, а вернулась лишь спустя несколько недель, и то лишь потому, что не смогла прожить одна. Салли чувствовала себя опустошенной. Ее, практически подростка, бросили на милость пьющего, сексуально озабоченного отца. Недели, проведенные без матери, были для нее сущим адом. Чувство защищенности и безопасности, каким бы хрупким оно до этого ни казалось, теперь исчезло. За время отсутствия матери не произошло ничего драматичного, и этот инцидент никогда не обсуждался. Жизнь вернулась в прежнее русло, но для Салли все изменилось. Это была вторая травма, нанесенная матерью. Сломанный копчик и разбитое сердце – странное наследство от хорошей матери. Теперь основное значение моего отъезда стало ей понятным. Как мать, я бросал ее на милость отца, который будет насиловать и калечить ее, и убьет ее, если она не покончит с собой раньше.

Стена была разрушена. Яростная и леденящая отрешенность исчезли. Теперь Салли захлестывали печаль и страх, злость и гнев. Я усиленно работал над трансферентной связью между этими чувствами и ее отношениями с родителями. Снова и снова я возвращал ее к матери, подчеркивая, что я — не ее мать (при ее практически психотическом переносе, то есть когда она принимала меня за мать не только в воображении, но и в реальности, она не всегда отдавала себе в этом отчет), и что ее отец мертв. До моего отъезда мы успели многого добиться. По мере приближения моего отпуска страх Салли вполне ожидаемо усиливался. Я настоял,

чтобы в мое отсутствие она не только сидела в моем офисе, но и посещала замещающего терапевта. К моему удивлению, она согласилась, почти не сопротивляясь. Все последующие отпуска были практически такими же травмирующими для нее, но каждый раз она переносила их чуть легче, и с годами состояние Салли постоянно улучшалось. Потребовалось несколько лет, чтобы она начала чувствовать себя абсолютно комфортно без амфетаминов и «травки». У нее было мало знакомых, не употреблявших наркотики или алкоголь, но по мере того, как она все реже включала защитную реакцию обесценивания, ее социальная тревожность утихла, и у нее появились новые знакомые. (Защитная реакция обесценивания в действительности была страхом отвержения и потери своей идентичности при эмоциональном слиянии с другими. По мере того как она становилась самой собой, ее самооценка крепла, а уровень тревожности снижался.)

Постоянной травмой для нее было отсутствие значимой и приносящей удовлетворение работы. Это было для нее постоянным источником боли. Кроме сочувствия, я мало чем мог ей в этом вопросе помочь. Она примирилась со своим отцом: «Я не прощаю его, но теперь могу лучше его понимать. Он никогда не хотел иметь детей и злился на нас. Если жизнь после смерти существует, возможно, его наказание поможет мне сейчас. Я этого заслуживаю, потому что он в долгу передо мной». Она также более активно и открыто выражала злость на свою мать. Она много прорабатывала чувство печали, и это принесло свои плоды. Казалось, что злость отделяет ее от матери, а связь со мной давала необходимое для этого чувство безопасности. Она все больше и больше становилась самой собой.

Приближался мой очередной отпуск. Как обычно, Салли была расстроена, но в этот раз она скорее нервничала, чем испытывала страх. Перед моим отъездом она сказала: «Я буду по Вам скучать». Это не было переносом. Это касалось наших «настоящих» отношений. Я ответил: «Вы будете скучать по мне, потому что Вы — это Вы, а я — это я, и Вам нравится быть со мной, но я буду далеко. Раньше Вы думали, что перестанете существовать, если я уйду, потому что существовали только как часть меня. Теперь Вы в безопасности, имея свою собственную идентичность, о чем свидетельствует Ваш растущий интерес к интеллектуальной деятельности, походам, велопрогулкам. И я Вам больше так сильно не нужен. То, что Вы будете скучать, не имеет отношения к Вашей матери, это про нас».

«Вы путали себя со своей матерью. Вы не были уверены, где она, а где Вы. Но чем больше мы говорили о ее смерти и Ваших чувствах об этом, о ее жизни, тем меньше было путаницы в том, кто она, и кто Вы. Вы прекрасно понимали, что Ваша мать — это не Вы, в том смысле, что у вас разные тела и вы — разные люди, но в Вашем сознании образы матери и Вас размылись, перепутались и слились вместе. Теперь эти образы четко разграничены. Если Вы сильно расстроитесь, то эти образы могут временно снова слиться, и когда это произойдет, я скажу Вам об этом; однако Вы переместились в другое пространство, другой способ существования, и это достижение навечно Ваше. Только когда Вы отделились в своем сознании и сердце от своей матери, наконец почувствовали ее потерю, ощутили ее как цельную личность, хорошую и плохую, любящую и ненавидящую, способную и не способную Вас поддержать, Вы сами смогли стать цельной личностью, любящей и ненавидящей. Вы с матерью встречались и расставались, испытывали радость и печаль, страх и безопасность, но только когда скорбь позволила Вам воспринимать ее как отдельную и цельную личность, ушедшую навсегда – и навсегда оставшуюся внутри Вас, но отдельно от Вас. Вы смогли, наконец, ощущать себя отдельной и цельной личностью и испытывать все чувства, связанные с этим. Вы смогли, наконец, ощущать меня отдельной и цельной личностью, готовой и неготовой Вас поддержать, сфокусированной на Вас и имеющей свои собственные потребности, прекрасно способной Вам помочь и часто ошибающейся, а иногда некомпетентной. Это отдельная, индивидуализированная и цельная Салли будет скучать по отдельному, индивидуализированному, цельному и уставшему терапевту. Я тоже буду по Вам скучать, но не настолько, чтобы это помешало мне чертовски хорошо отдохнуть».

Салли всплакнула, но она больше не боялась: «Мне не нравится, что Вы уезжаете, но надеюсь, что Вы хорошо проведете время, если Вы понимаете, о чем я». Я понимал.

Комментарий

История Салли начинается с леденящего кровь описания деструктивного воздействия, которое физическое и сексуальное насилие, пережитое в раннем детстве, все еще оказывало на нее 30 лет спустя. Когда Салли обратилась за помощью, она едва была в состоянии войти в кабинет Левина, поскольку была сильно «напугана», а речь ее была настолько бессвязной, что он не мог ее понять. Левин смело и честно описал

свой страх и смятение и то, как он старался сдерживать и понять эти чувства, а также свою неуверенность, ради того, чтобы помочь Салли. Таким образом, Левин дает нам возможность увидеть, с чего обычно начинается в конечном итоге успешная психотерапия с людьми, пережившими в детстве серьезные травмы, и почему эта работа может быть настолько непростой как для клиента, так и для терапевта.

Затем Салли обращается к нему с весьма необычной просьбой: «Можно я сяду на пол?». И просит его присоединиться к ней, что он и делает. Это стало стартом терапии: «Она больше не выглядела испуганной... терапия рванула вперед».

Это был один из тех волшебных моментов, которые случаются во время хорошей терапии. Спонтанное взаимодействие клиента и терапевта, работающих вместе над созданием атмосферы доверия и сотрудничества, необходимой для решения сложных проблем, стоящих перед ними. Пережитые в прошлом травмы не давали ей возможность выразить словами, чего именно она боится, и что ей необходимо для движения вперед; она едва могла говорить. Однако она смогла испытать Левина. Откликнется ли он на ее просьбу, даже если она не сможет сказать, зачем ей это? Проявит ли он к ней достаточно уважения? Будет ли он тактичен и внимателен, не пристыдит ли ее отказом, не станет ли анализировать ее мотивы?

Левин показал нам прекрасный пример искусства психотерапии. Несмотря на огромное количество концепций о том, как понимать страдания людей и помогать им в изменениях и росте, на этом пути встречается множество моментов неопределенности, когда терапевту приходится действовать спонтанно, по наитию, и реагировать на клиента по-человечески, а не по инструкции. Именно эти моменты больше, чем что-либо другое, дают клиентам понять, что терапевт хочет и может чутко реагировать на их потребности, создавая условия для безопасного движения вперед.

Многим из нас, особенно пережившим травмы в прошлом, необходимо осознать и почувствовать себя в безопасности, прежде чем мы сможем раскрыть другому человеку свои самые сильные страхи и «грехи». Эта тема повторяется во многих историях в данной книге: поиск подходящего решения, создающего ощущение безопасности. Клиенту нужны от терапевта определенные вещи, которые позволят ему понять, что он в безопасности и может двигаться дальше.

Это имеет отношение к другому важному вопросу, который затрагивается в истории Салли. В конечном счете, именно клиент определяет направление и течение терапии. Левин следовал за Салли. Она решала, что ей необходимо: в частности, чтобы он сел вместе с ней на пол. Она решала, когда будет готова обсудить с ним определенные темы: ее роман, историю насилия, употребление наркотиков. Левин уважал ее потребность определять свою готовность к этим разговорам. Он верил в ее «способность к самоисцелению». Хорошие психотерапевты знают, что клиент сам скажет им, что ему нужно. Если клиент не получает от терапевта того, что ему нужно, он может и должен отказаться от него и найти другого специалиста, способного дать ему все необходимое.

Мне показалось, что терапия Салли шла поэтапно, и каждый из этих этапов открывал что-то новое для нее самой и для терапевта. Таким образом, терапия — это на самом деле процесс познания как для клиента, так и для терапевта. Ни тот, ни другой не знает, к чему этот процесс приведет в итоге, поскольку в начале пути многое неизвестно. Проблемы, с которыми Салли изначально пришла на терапию, привели к изучению ее истории насилия. Это, в свою очередь, послужило отправной точкой исследования ее употребления наркотиков. Последовательность проработки этих вопросов имела внутреннюю логику и не могла быть иной.

Стоит отметить несколько моментов в том, как Салли употребляла наркотики. Во-первых, прежде чем она впервые упомянула наркотики, которые активно употребляла каждый день, она уже получила от терапии большую пользу. Существует ошибочное и опасное мнение, что терапия не будет эффективной для людей, употребляющих наркотики, если они продолжают активно употреблять во время сессий. Кроме того, считается, что если люди употребляют, то не могут осмысливать информацию, полученную во время терапии, поэтому сначала должны отказаться от веществ, стать «чистыми», а потом уже начинать психотерапию. Как мы видим на примере Салли, у нее было много вопросов, над которыми следовало поработать, и она смогла это сделать, прежде чем почувствовала готовность рассказать Левину о своей зависимости. Вполне возможно, что наркотики помогли ей проделать эту работу. Ей требовался подход снижения вреда, принимавший употребление в качестве одного из ее условий. Если бы терапевт провел тестирование на наркотики, обнаружил активное употребление и потребовал отказаться от веществ, маловероятно, что Салли

продолжила бы терапию.

Это связано и с другим примечательным аспектом ее зависимости. У Салли было несколько причин считать, что наркотик ей жизненно необходим. Он заботился о ней как «хорошая мама», защищал ее от опасной суицидальной депрессии и помогал ей оставаться стройной, поскольку она чувствовала, что если наберет вес, то не вынесет этого. Это отражало ее дикую ненависть к себе. Салли было необходимо поверить в терапию с Левином (как он сказал, «отношения исцеляют») и увидеть возможность выжить без наркотиков, прежде чем она призналась в своей зависимости на терапии. Как отметил Левин, нельзя забирать у клиента что-то ценное, пока не появится что-то лучшее, способное это заменить. Если бы он попытался заставить ее рассказать о наркотиках раньше, чем она была к этому готова, не восприняла бы она это как очередную форму насилия? Она чувствовала, что амфетамины ей нужны, чтобы продолжать жить. Если бы Левин настоял на том, чтобы отобрать их у нее, она могла бы подумать, что он желает ей смерти. Это бы серьезно замедлило терапевтический процесс. Она бы решила, что Левин не знает, не понимает, и не чувствует ее потребностей и границ, и это напомнило бы ей о жестокости и пренебрежительном отношении ее родителей. Давали ли отношения с Левином возможность ощутить безопасность и радость, которых она не испытывала прежде, и, следовательно, серьезный повод надеяться на то, что она сможет строить отношения с людьми за пределами кабинета терапевта? Это один из наиболее мощных оздоровительных эффектов терапевтических отношений.

Терапевтические отношения также помогли Салли почувствовать себя в безопасности, чтобы встретиться лицом к лицу с дикой ненавистью, которую она испытывала по отношению к отцу, в которой она, в силу страха и стыда, не признавалась себе, и которую направляла на себя. Испытав эти чувства, выразив их своему отцу и убедившись на практике, что он ее не убил, она в значительной степени освободилась от страха и вины, которые пожирали ее с самого детства. Здесь мы видим освобождающую силу ненависти. Этот поступок помог ей укрепить свою самооценку, почувствовать себя безопаснее в отношениях, более четко понимать свои чувства и жить в согласии с ними, и научиться лучше заботиться о себе.

Употребление наркотиков как мятеж против внутреннего критика

КРИТИКУЮЩИЙ ГОЛОС И ЛОЖНОЕ Я

Употребление наркотиков может быть проявлением мятежа против критикующего внутреннего голоса, также известного как «внутренний критик». Этот голос говорит: «Такой, какой ты сейчас, – ты плохой. Если ты хочешь любви или безопасности, то тебе нельзя выражать свои истинные чувства и быть собой». В какой-то степени этот голос присутствует в каждом из нас, независимо от того, выражаем ли мы протест против него с помощью наркотиков или нет.

В этой критике можно узнать голос отца или матери из раннего детства или же свой собственный голос, наделенный родительскими полномочиями и властью. Голос этот требует согласия или подчинения. Он также умеет угрожать: «Если ты не спрячешь себя, не будешь лгать всему миру, показывать другим то, что они хотят увидеть, быть "хорошим", тебя не будут любить, отвергнут, будут презирать, бросят или убьют».

Всеобъемлющий характер этого голоса основывается на власти и авторитете родителей по отношению к ребенку. Мы признаем их авторитет, потому что нуждаемся в их любви и заботе, а также в некоем шаблоне того, как жить безопасно в этом мире. Без родителей или взрослых, способных структурировать нашу жизнь, мы бы оказались в беспорядочном и пугающем мире. Поэтому из уважения к нашему инстинкту самосохранения мы учимся подавлять, прятать и отрицать свои истинные чувства, желания и потребности, если их признают неприемлемыми. Мы создаем «ложное» Я для общественного потребления. Британский психоаналитик Дональд Винникотт (1965) считал это неизбежным элементом социализации человека.

Ложная личность может прекрасно справляться, достигая в жизни безопасности и успеха. Однако за поддержание этого образа мы платим цену. Мы верим заявлениям внутреннего голоса, что мы бесполезны, и нас разлюбят, если мы начнем искренне выражать себя. Перспективы получить практический опыт, испытывать подлинные

чувства и иметь новые возможности туманны и приводят в замешательство. За нашей податливостью и фальшивым внешним успехом скрывается тревожное ощущение никчемности, стыда и страха разоблачения. За проступки голос стыдит и давит на совесть. Наказание принимает форму ненависти к себе и самокритики, что в свою очередь порождает стыд, вину, тревогу и депрессию: «Зачем ты сказал это, тупица? Теперь ты точно все испортил! Ты так ничему и не научился! И ты заслуживаешь быть отвергнутым или наказанным за свое бездумное выражение чувств!».

ПОТЕРЯ СВЯЗИ С ВНУТРЕННИМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Многие люди обнаруживают, что в эту игру проще играть, если не позволять истинным чувствам прокрадываться в сознание. Мы обмениваем глубокую связь с нашими истинными желаниями и потребностями на податливость, необходимую для выживания.

Чтобы обеспечить себе выживание, некоторые люди замораживают свою способность чувствовать, создавая напряжение и зажимы в теле. Другие добиваются этого путем разделения или расщепления на ложную личность, их сознательный, мысленный образ, и полное чувств тело, которое воспринимается как «не я» или «плохой я», как пишет об этом Гарри Стек Салливан (1953). В первом случае люди ощущают себя искусственными, онемевшими, мертвыми, изолированными и ненастоящими, во втором — их страшные, смутные чувства пугают их и сбивают с толку. Чувствующая часть личности из источника жизненно важной информации о том, кто мы есть, и что нам нужно для здоровой и счастливой жизни, которым она в реальности и является, превращается в угрозу.

Некоторые люди продолжают испытывать и понимать свои чувства, но, поддаваясь критикующему внутреннему голосу, склонны не доверять им или критиковать их, полагая, что с ними что-то не так: «Я слишком чувствительный», «Я сошел с ума», «Я — зло».

Это притупление жизненной силы неизбежно отражается на нашей жизни: в конце концов мы осознаем, что та жизнь, которую мы ведем, построена на желаниях других людей, а не на наших собственных. Мы все больше видим, что в отношениях не получаем чего-то, что нам необходимо, хотя изо всех сил стараемся угодить другим людям. В итоге, даже не всегда понимая почему, некоторым из нас становится все

сложнее и сложнее это выносить. Мы чувствуем напряжение, злость, но не можем их выразить. Нам хочется сбежать.

Итак, мы отождествляем себя с этим критикующим голосом, подчиняемся его требованиям или угрозам, но где же мятеж? Вот здесь все становится интереснее.

РАСЩЕПЛЕНИЕ ИЗНУТРИ

Когда доминирующая, публичная, сознательная часть нашей личности «ведется» на критикующий голос, другая часть, чувствующая, нуждающаяся, желающая, ощущает себя все более недовольной, несчастной, нелюбимой и разъяренной: она жаждет освободиться от тирании этого голоса. Многие люди хорошо знают это внутреннее ощущение «расщепления» как борьбу между «хорошим собой» и «плохим собой», между ангелом и дьяволом. Им знакома эта жажда свободы по фразам типа «Я хочу стать плохим» или «Я должен вырваться отсюда». Поскольку эти скрытые потребности и стремления были отнесены к «плохой», недостойной любви категории, они по определению не могут быть выражены открыто, а должны выражаться плохим, то есть социально неприемлемым способом.

МЯТЕЖ

Наркотики помогают многим людям выпустить на свободу эту «плохую» часть личности, скрытую, чувствующую, нуждающуюся, или хотя бы создать ощущение свободы в воображении. Отто Фенихель (1945) написал: «Суперэго (так он называл внутреннего критика) — это часть личности, растворенная в алкоголе». Употребление наркотиков может стать мятежом против критикующего голоса, формой бунта и самоосвобождения, периодами честности перед теми частями личности, которые были загнаны в подполье.

Иногда это символический мятеж, а иногда он вполне реален.

Поскольку употребление наркотиков, как и чрезмерное употребление алкоголя, запрещено, сам акт принятия наркотика или дополнительной порции спиртного представляет собой символическую попытку подорвать авторитет того голоса, который утверждает, что для получения безопасности и любви нужно соблюдать правила, установленные другими. Этот символический протест подтверждает тот факт, что голос не контролирует меня полностью. Протест часто происходит уединенно, настолько сильно убеждение, что освобождение тайных сторон своей

личности будет стоить человеку всего: «В то время как на людях я буду играть ту роль, которую ты мне говоришь, наедине с собой я имею полное право делать все, что пожелаю». Запрещенность наркотиков – вот что делает их подходящими для этой цели.

По отношению к другим этот процесс выражается следующим образом: «Если я смогу "поместить" в тебя этот критикующий голос, представив, что ты веришь в то же, во что и он, я смогу относиться к тебе как к человеку, который не принимает меня таким, какой я есть. Ты пытаешься контролировать меня, и, используя наркотики как способ выражения свободы от твоего контроля, я могу "бросить вызов" тебе как проекции моего внутреннего критика».

В подобных стратегиях употребление наркотиков становится символом протеста.

Настоящий бунт может произойти следующим образом. Если голос говорит мне, что мои чувства неправильные и их нужно запрятать и игнорировать, то прием наркотика или алкоголя, который заглушает этот голос, помогает мне соединиться со своими истинными чувствами и потребностями и выразить их. Это бунт, акт самоутверждения. Если наркотик помогает мне ослабить страх свободного самовыражения, употребление становится способом бросить вызов власти этого голоса и укрепить авторитет той части своей личности, которую я до сих пор скрывал. Так я могу стать собой. Это объясняет, как «приятный» человек превращается в «буйного пьяницу», а робкий обретает решительность под действием алкоголя. Становится понятным свойство марихуаны высвобождать творческие способности, а также другие подобные трансформации, происходящие под действием наркотиков.

Так плохо ли использовать наркотики для усмирения внутреннего критика?

Не обязательно. Но часто это приводит к проблемам.

РАСКРЕПОЩЕНИЕ ЧЕРЕЗ НАРКОТИКИ

С древних времен люди жаждали испытывать измененные состояния сознания, что отражено во множестве наших развлечений. Для многих людей наркотики настолько желанны и привлекательны, потому что они создают редкий опыт соединения с отсеченными чувствами и потребностями (Krystal, 1977). Наркотики позволяют исследовать область между полюсами тотального самоограничения и самовыражения, любви и ненависти к себе, хаоса и порядка, эгоизма и бескорыстия, эмоциональности

и стоицизма. Наркотики служат ключом или импульсом к знакомству с подлинными и потаенными сторонами своей личности. Люди влюбляются в наркотики, потому что под их действием они на время получают свободу более полно ощущать себя, принимать в себе то, что прежде презирали. Подобный опыт полной свободы временно укрощает и обезоруживает внутреннего критика с его зловещими предостережениями. Часто люди начинают употреблять, испытывая потребность исследовать себя, узнать себя поближе. Обычно их толкает вперед глубокое желание исцелиться. Они предпринимают это исследование себя в попытке получить терапевтический эффект, чтобы вдохновиться на совершение долгосрочных изменений и преодоление неисследованных рубежей. Однако этот позитивный опыт может привести и к серьезным проблемам.

МЕСТЬ ВНУТРЕННЕГО КРИТИКА

Проблема с подобными бунтарскими действиями заключается в том, что часто они не приводят к реальному освобождению. Критикующий голос можно усыпить, но рано или поздно он проснется. Временное освобождение не убедит критика, что новое поведение приемлемо. Часто новые модели поведения все еще грубы, инфантильны, непривычны, не интегрированы и опасны: по стандартам общества — это недопустимо. Наше общество не считает подобные эксперименты безобидными: мы не сможем спокойно вернуться в мир трезвости. После пробуждения критик с удвоенной силой заявляет о своей власти и доминирующем положении. Человека начинают мучить угрызения совести, дикая ненависть к себе, стыд и чувство вины, иногда способные довести его до самоубийства. Он страстно клянется вести себя хорошо, то есть снова отвергать и обесценивать те стороны своей личности, которые внутренний критик запрещает.

ОСВОБОЖДЕНИЕ И ПОТЕРЯ КОНТРОЛЯ

Существует еще один распространенный и потенциально опасный побочный эффект подобного протестного употребления наркотиков. Как только отрицаемые аспекты личности вырвались из своей тюрьмы, они могут не захотеть туда возвращаться. Поскольку наркотики были ключом к свободе, нужно продолжать их употреблять, чтобы оставаться свободным. Это может привести к злоупотреблению, к запою, к так называемой потере контроля. Чем продолжительнее запой, тем выше потенциальный риск для других сфер жизни. Здоровье, деньги, работа и отношения

становятся второстепенными по сравнению с исследованием своего нового состояния. Этот механизм объясняет бесконечно повторяющийся цикл срывов и воздержаний, столь знакомый многим людям, чрезмерно употребляющим наркотики. Мятеж сменяется подчинением, затем снова следует мятеж, за ним очередное подчинение, и так до бесконечности.

КРИТИК ПОВЫШАЕТ СВОИ ТРЕБОВАНИЯ

Эти акты неповиновения могут привести к тому, что требования внутреннего критика повысятся. В конце концов, критик может начать рассуждать так: «Посмотри, что происходит, когда ты выпускаешь на свободу свои потребности, они становятся неуправляемыми!», «Видишь, ты и впрямь безответственный, бесполезный, ничтожный, отвратительный ребенок, который не в состоянии о себе позаботиться! Ты думаешь только о себе!». Можно даже предположить, что саморазрушительное употребление наркотиков или алкоголя является одновременно и способом показать свое стремление к свободе и самовыражению, и подчинением своему внутреннему критику, утверждающему, что наши глубокие чувства неприемлемы, и их следует скрывать. Это классический пример из психоанализа: хорошим способом разрешить конфликт между двумя противоречащими друг другу идеями или чувствами будет создание такого решения (можно назвать его симптомом), которое одновременно заключает в себе обе стороны конфликта (Freud, 1896). Таким образом, конфликт разрешается, но при этом сохраняется, и никаких изменений не происходит. Наркопотребители, знакомые с этим циклом, спрашивают себя, почему они снова и снова оказываются в одном и том же месте, при том что стремятся к изменениям.

Люди, употребляющие наркотики и попавшие именно в такие отношения с веществами, находятся в сложном положении. Мятеж, ведущий к потере контроля, за которой следует ненависть к себе и воздержание с одной стороны, и вера в суждения, требования и угрозы обесценивающего внутреннего критика с другой, — две неустойчивые и сомнительные опции. Как же выйти из этого тупика?

ПСИХОТЕРАПИЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА И ВЫХОД ИЗ ТУПИКА

Для выхода из этого замкнутого круга необходимо прекратить игру в протест-подчинение. Чтобы вырваться из нее, человек должен осознать, как она развивается, и сочувственно наблюдать за ней на некотором расстоянии. В психотерапевтическом

пространстве клиент и терапевт могут совместно выявлять взаимосвязи между желанием употребить и различными факторами. Как уже говорилось ранее, часто, прежде чем человек сможет изменить что-то в себе, ему сначала необходимо развить навык более внимательного наблюдения за собой.

Концепция снижения вреда допускает, что на этом этапе предстоит большая работа, прежде чем можно будет рассматривать вопрос употребления наркотиков. Она также признает, что многие люди, употребляющие наркотики, могут и должны начать терапию, продолжая употреблять на этапе развития способностей, необходимых для дальнейших изменений. Терапевт поддерживает развитие или усиление части личности клиента, отвечающей за наблюдение и анализ полученного опыта. Развив этот навык, клиент сможет беспристрастно, с любопытством и участием наблюдать за критикующим голосом и импульсами протеста. Когда клиент научится распознавать голос внутреннего критика и увидит, как он подстраивается под его требования, подчиняется ему, становясь ложной публичной личностью, радующей других, как протестует против критика и ложного Я, налегая на наркотики, то сможет пересмотреть свои отношения с критиком. Когда клиент начнет осознавать эти значимые элементы — чувства, потребности, стремления и желания, формирующие тягу к наркотику, — он обретет возможность принимать другие решения в отношении своих желаний и чувств.

Подход в терапии снижения вреда, заключающийся в том, чтобы не делать предположений насчет употребления и не принимать чью-либо сторону во внутренней борьбе клиента между употреблением и отказом от наркотиков, особенно подходит для создания альянса с наблюдающей частью личности клиента. Терапевт наблюдает за конфликтом между критиком и протестующим со стороны, приглашая клиента также отойти в сторону и наблюдать за ними, стараясь более полно понять суть этого конфликта.

Это также уменьшает вероятность того, что клиент начнет воспринимать терапевта как критика, в случае чего у клиента осталось бы стремление употребить-бунтовать, и он находился бы в конфликте с терапевтом. Поскольку при снижении вреда терапевт не занимает априорную позицию в отношении употребления наркотиков, предположение, что он заодно с критиком, легче опровергнуть.

Затем терапевт и клиент могут вместе оценить значимость требований внутреннего критика, учитывая их реалистичность и практичность для целей выживания. Они могут исследовать происхождение этих голосов. Они могут оценить их как значимые в контексте раннего детства, но переставшие быть таковыми в настоящем.

Стоит рекомендовать клиенту провести внутреннюю беседу с критиком и высказать все, что он в действительности думает о его требованиях. Таким образом, во внутренних ощущениях клиента начнет формироваться альтернативная или пересмотренная точка зрения. За этим может последовать эксперимент. Для того чтобы оспорить требования критика, могут быть опробованы новые способы поведения в отношениях. Если клиент хочет быть очень осторожным, начните с малого, с тех ситуаций, в которых риск невелик. Например, если критик говорит клиенту, что возражать другу небезопасно, потому что для друга это будет неприемлемо (как это было неприемлемо для родителей), можно найти сферу, где риск возражения будет минимальным, например, при выборе фильма или кафе, и занять противоположную позицию, чтобы посмотреть на реакцию друга. Осознания и убежденности в том, что критик был неправ, может оказаться недостаточно для того, чтобы он изменил свое мнение. Может потребоваться несколько подобных экспериментов, чтобы смягчить или устранить требования критика по этим вопросам. Маленькие успехи и голоса поддержки, основанные на эмпирическом опыте, придадут клиенту больше уверенности и безопасности.

Терапевтические отношения также являются пространством, где эта работа может совершаться напрямую. В какой-то мере, ожидания и изменения в межличностных отношениях, основанные на требованиях внутреннего критика, неминуемо отражаются в отношениях клиента с терапевтом. Их можно обнаружить в иллюзиях и ожиданиях клиента относительно терапевта. Когда клиент идентифицирует эти ожидания и изменения и видит связь между ними и критиком или посланиями из раннего детства, у него появляется возможность рассмотреть и опробовать новые формы отношений с терапевтом.

Существуют другие способы отключения рефлекса самобичевания и протеста. Терапевт может наблюдать за тем, как импульс выражения протеста через употребление наркотиков впервые дает о себе знать. Что ему предшествует? Какие

мысли, события, ощущения в теле присутствуют в первый момент осознания импульса? Нужно понять его суть. Выяснить, какие чувства, стремления и потребности выражены в этом импульсе. Что импульс говорит мне? Какие слова или чувства в себе несет? Самоутверждающий способ восстать против внутреннего критика — найти возможность выразить эти части своей личности напрямую, а не через наркотики. Успешный личный опыт можно использовать для изменения убеждений критика.

Чтобы понять суть этих импульсов, человеку необходимо развить в себе навык или способность остановиться, задержаться в импульсе, разобрать его по частям и проникнуть в его глубины. Некоторые люди способны определять свои запретные чувства и желания, в то время как другие утратили контакт со своим состоянием. Тренируясь замирать в импульсе, а не действовать под его влиянием, человек приобретает эту способность и может добиться радикальных изменений в поведении. Этим способностям и навыкам можно обучиться. Люди называют их по-разному: «навыки управления собой», «сила Эго», «эмоциональный интеллект», «осознанность». Это способность осознавать происходящее, не оказываясь погребенным под лавиной чувственных, эмоциональных и психических переживаний. Умение задержаться в импульсе позволяет человеку обдумать альтернативное отношение к нему.

В приведенной ниже истории «Диана: страх чувствовать и любовь к вину» Пат Деннинг описывает борьбу Дианы с суровым внутренним критиком, на протяжении двадцати лет сопровождавшуюся злоупотреблением алкоголем. Пат Деннинг сравнивает пройденную Дианой программу психотерапии, продолжавшуюся десять лет и давшую менее заметные результаты, и последовавшую за ней терапию снижения вреда, в ходе которой сначала были проработаны более глубокие, ключевые моменты, прежде чем произошли значительные изменения. Эта история показывает, что воздержание не было для Дианы достижимой целью, поскольку она воспринимала его как подчинение критику, что провоцировало протест в форме чрезмерного употребления алкоголя. Поставив перед собой цель сделать употребление более умеренным, Диана смогла выйти из этого замкнутого круга, взять под контроль свою жизнь и добиться прекрасных результатов.

В истории Дианы и ее лечения обозначены и принципы, и процесс проведения психотерапии с клиентами, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью. Диана начала лечение в 1992 году. В то время я еще только разрабатывала свои идеи относительно альтернативных подходов к лечению и пыталась руководствоваться как когнитивно-поведенческими, так и психодинамическими взглядами. Резкие сдвиги в фокусе, стиле и процессе работы, заметные в этой истории, отражают перемены, через которые я прошла, чтобы лучше удовлетворить потребности Дианы. Вслед за этим я сформулировала свои взгляды и создала новую модель лечения. Повествование о терапии Дианы дополнено ее собственными комментариями и взглядами, что позволяет читателям лучше понять, насколько успешным может быть альтернативный подход к лечению зависимых пациентов.

НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ

Диане только что исполнилось 45, и она все больше переживала о том, что стареет. Она построила успешную карьеру, но ей «не везло в любви». На протяжении последних десяти лет она то начинала, то забрасывала психотерапию. Однако больше пугало то, что более 20 лет она сильно пила. Ее терапевт прочитал мое объявление в национальном журнале о лечении зависимости, в котором я предлагала альтернативу традиционной программе 12 Шагов. Должно быть, их терапевтические отношения все больше наполнялись ощущением безнадежности, поскольку Диана с охотой приняла от своего терапевта направление ко мне.

Диана: Все, кто в конечном итоге начинал искать выход из зависимости, достигали точки, когда становилось понятно, что так больше продолжаться не может. У меня это произошло, когда три месяца подряд я пила больше, чем обычно: тревожный звонок стал слишком громким, чтобы продолжать его игнорировать. За три месяца до этого мою кошку задавили насмерть, что положило начало депрессии, от которой я никак не могла избавиться. Я спрашивала себя, почему не могу пережить ее смерть, и мне стало понятно, что это связано с тем, что я живу одна и много времени провожу в одиночестве. Кошка была моим единственным близким другом. Почему я всегда была одна?

На встречу со мной Диана пришла хорошо одетой и вела себя как влиятельная и компетентная бизнес-леди, каковой и являлась. Без особых формальностей она сообщила, что она алкоголик, и твердо заявила: «Я ненавижу АА». Она решительно перечислила целый ряд аргументов о том, что собрания АА для нее бесполезны. Я сказала ей, что она пришла в правильное место, поскольку я не требую от нее участия в АА и, честно говоря, согласна со многими ее аргументами. С довольным «Хорошо» она начала рассказ о себе.

Диана: Я пришла к доктору Деннинг после двадцати лет злоупотребления алкоголем в надежде, что есть другие способы наконец решить мою проблему, кроме АА. За несколько лет до этого я на протяжении шести месяцев посещала собрания АА, но мне это «не подошло». Иногда отчуждение, которое я испытывала на встречах, со всеми их слоганами, слезливыми признаниями и бесконечными разговорами о 12 Шагах, порождало желание выпить сразу, как только я смогу оттуда выбраться. Я не удивилась, когда, незадолго до начала работы с доктором Деннинг, прочитала, что в долгосрочной перспективе программа АА эффективна только для пяти процентов алкоголиков в США. Я продолжала искать другой выход. Идея традиционной психотерапии уже несколько раз меня посещала, поэтому, когда я узнала, что доктор Деннинг, кроме всего прочего, специализируется на альтернативном лечении алкогольной зависимости, я позвонила ей.

В течение последних двадцати лет паттерн употребления алкоголя Дианы оставался стабильным. Находясь в компании других людей, она пила умеренно, не более двух бокалов вина, утверждая, что «не выносит вида пьяных женщин». Однако, когда она оставалась в одиночестве, модель употребления менялась. После длинного рабочего дня Диана обычно заезжала в местный винный магазин и покупала бутылку дорогого «Каберне». Придя домой, она начинала пить еще не переодевшись, включала телевизор и пила до тех пор, пока не отключалась, сидя на диване. На следующее утро она чувствовала унижение и некоторый испуг, но делала зарядку, принимала душ, и снова начинала длинный рабочий день, отгоняя любые мысли или чувства относительно своего пристрастия к алкоголю. Диана не всегда собиралась выпивать всю бутылку, но она пила с определенной целью: часто — награждая себя за тяжелый день на работе, иногда — заглушая душевную боль от неудавшихся отношений, всегда — наслаждаясь вкусом хорошего вина. Никто не знал, что у нее проблемы с алкоголем.

Диана: Я выпивала слишком много, только когда была одна. Поскольку я сильно переживала о том, что люди подумают обо мне, в компании я позволяла себе всего две порции спиртного. Когда находишься среди интересных людей, есть более увлекательные

занятия, чем просто напиться; проблемы начинались, когда я оказывалась одна дома.

Диана считала себя «генетически предрасположенной» к алкоголизму из-за своих скандинавских корней, хотя никто в ее семье не был алкоголиком. Ее мать после развода некоторое время пила, но бросила, поскольку поняла, что не может контролировать количество выпиваемого спиртного. Диана вспоминает, что впервые попробовала вкус алкоголя (это был хороший французский коньяк) во время кризиса, когда ей было 15 лет. Ее поразило ощущение тепла в теле и чувство утешения, спокойствия и любви. По положительной реакции на первый напиток часто можно сделать прогноз о том, что у человека в будущем появятся проблемы с алкоголем. До 22 лет Диана не пила, но затем у нее быстро развилась привычка к бесконтрольному употреблению спиртного.

Диана: Я почти сразу начала чрезмерно пить, в основном в одиночестве. После первого глотка я уже не могла остановиться. Это было время исследований: я пробовала ликеры, крепленые вина, джин и прочий крепкий алкоголь. Мне очень нравилось. Но вскоре я начала просыпаться с большой от похмелья головой и мыслью «БОЛЬШЕ НИКАКОЙ ВЫПИВКИ». Однако к вечеру, после работы, моя решимость отказаться от спиртного испарялась. Говорят, что многие пьющие люди отрицают свою зависимость на протяжении большей части, если не всей, своей жизни. Но это не мой случай. Практически с самого начала я поняла, что люблю алкоголь, слишком люблю. Я не могла остановиться, но знала, что наступит день, когда мне придется это сделать. Я все время откладывала этот момент на потом.

Многие люди начинают лечение от алкогольной и наркотической зависимости с явным сопротивлением. Диана его практически не проявляла, с легкостью заявив, что она должна «прекратить пить». Когда я предположила, что это может вызвать у нее некоторые сложности, она по-деловому ответила: «Что ж, давайте приступим». Я спросила, почему именно она хочет бросить. Она поправила меня, что не «хочет», а «должна». Недавно ее арестовали за вождение в нетрезвом виде, и она очень переживала из-за своих опасных и необдуманных действий. Она также замечала, что по утрам чувствует себя заторможенной, ей сложно сфокусироваться на встречах или во время планирования проекта, требующего точности в деталях. Она также боялась того, что из-за пристрастия к алкоголю ее внешность изменится. Она утверждала, что ее глаза отекают, и она слишком быстро стареет. Диана была твердо убеждена в том, что не сможет найти мужчину для серьезных отношений, если перестанет быть молодой и стройной, и не будет выглядеть и вести себя женственно. Мысленно я

предположила, что ради создания женственного образа ей приходится прятать свой явный интеллект, и пришла к выводу, что в нерабочее время, встречаясь с мужчинами, она меняет свой публичный образ на что-то совершенно другое.

РАЗРАБОТКА НОВОЙ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ

До начала работы с Дианой я 20 лет проработала в государственных учреждениях в качестве психотерапевта и руководителя общественных программ по охране психического здоровья. Я также вела небольшую частную практику, специализируясь на аффективных расстройствах и пограничном расстройстве личности. Когда Диана начала посещать меня в качестве частного клиента, я как раз приняла решение уволиться с поста директора психиатрической амбулаторной клиники, отчасти из-за разочарования в связи с сокращением финансирования, отчасти стремясь к большей свободе действий. Я работала лично с множеством взрослых пациентов с серьезными психическими отклонениями и курировала сотни других пациентов. Лечение многих из них осложнялось употреблением наркотиков или алкоголя. Годами я направляла их на встречи по программе 12 Шагов или в программы лечения от наркотической зависимости, но была недовольна результатами: мало кто прекращал пить или употреблять. Многие из тех, кто стал участником АН или АА, прекращали принимать препараты, назначенные психиатрами, ошибочно полагая, что они мешают им оставаться «чистыми и трезвыми». Другие постоянно начинали и бросали лечение, зарабатывая репутацию сложных пациентов. Двойной диагноз считался «двойной проблемой».

Когда я попыталась работать совместно с консультантами из наркологических центров, то столкнулась с враждебностью и нежеланием сотрудничать. Я не желала признавать, что проблемы моих пациентов связаны в первую очередь с наркотиками, а консультанты не разбирались в принципах психического здоровья. Осознавая, что мы принадлежим к разным мирам с разным восприятием, стилем взаимодействия с пациентами и правилами лечения, я начала разрабатывать идею «культуры медучреждений», чтобы объяснить это явление. Специалистов по психическому здоровью и экспертов по химической зависимости обучали и обучают разному взгляду на пациента. Подобно слепым, изучавшим слона в известной притче, мы можем описать только то, что узнали в ходе частичного, неполного изучения объекта. Благодаря полученному образованию и опыту каждый из нас стал частью

определенной культуры медучреждения, защищающей свою профессиональную территорию. Есть множество примеров подобных различий. Одно из них — это разница в оценке клиентов, неуверенных в том, что они хотят полностью отказаться от употребления. В то время как я могу увидеть в подобных рассуждениях признаки обычной неопределенности, специалисты по химической зависимости неизменно принимают сомнения клиента за отрицание.

Зная об этой дилемме и о своей собственной «культуре медучреждения», я решила научиться смотреть на людей, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, более целостно. Найденное мною исследование и растущий клинический опыт расширили сферу моей компетенции, но до этого момента так и не изменили мою основную психологическую позицию в отношении этих проблем. Я до сих пор считаю, что все серьезные проблемы с наркотиками порождены большими эмоциональными трудностями и существуют в социальной атмосфере стигматизации. Господствующее представление о зависимости как о болезни все еще кажется мне следствием неудачного употребления хорошей метафоры: когда-то эта аналогия служила клиентам, врачам и обществу, напуганному тем, какой вред приносит неконтролируемое употребление, для объяснения загадок зависимости. Теперь же ее стали воспринимать слишком буквально. Ни эмпирические исследования, ни результаты лечения не подтверждают эту примитивную теорию, но модель болезни стала основой для лечения людей с алкогольной и наркотической зависимостью в США (Alexander, 1987).

Одной из сфер моей специализации является психофармакология — изучение препаратов, используемых для лечения определенных психических расстройств. Я расширила свою компетенцию в этой сфере, изучив так называемые препараты, вызывающие зависимость ("drugs of abuse"), и смогла в течение многих лет объединять знания из области физиологии и психологии, чтобы положить начало комплексному подходу к лечению, который я называю «Альтернативное лечение зависимости».

Диана была одним из первых пациентов в моей частной практике, злоупотреблявших алкоголем, но при этом продолжавших функционировать на высоком уровне. Мне привычнее было видеть пациентов, чьи способности уже были

серьезно ослаблены употреблением алкоголя, и уже понесших в связи с этим серьезные потери. Я понимала, что в мире полно таких «Диан», и что благодаря ей я узнаю многое о тайных, менее очевидных деструктивных моделях алкогольной зависимости.

Из разговора с ее предыдущим терапевтом у меня сложилось впечатление, что он в первую очередь пытался активно укрепить ее неустойчивую самооценку, особенно в контексте общения с мужчинами. Складывалось впечатление, что он озадачен и разочарован отсутствием прогресса в этой сфере, а также обеспокоен ее пристрастием к алкоголю. Он считал, что она отчаянно борется с глубоким одиночеством с помощью перегрузок на работе, одержимости мужчинами и, когда находится в одиночестве, спиртного. Он сказал, что Диана не позволяет себе выражать ни одну из этих потребностей, и несется вперед с сумасшедшей скоростью, убегая от своих чувств.

Мне сложно было оценить эффективность его лечения, поскольку мы принадлежим к разным культурам медучреждений. Я ориентирована на психодинамический и, с недавнего времени, когнитивный подходы, а он, вероятно, придерживается гуманистической концепции. Он использовал такие слова, как «самооценка», «стыд», «самоактуализация», в то время как я более склонна оперировать такими понятиями, как «ключевые вопросы», «дефициты», «сила "Я"». Я снова поразила различия между специалистами по психическому здоровью и нашей неспособностью транслировать определенную методологию нашей культуры медучреждений. Подобные препятствия осложняют планирование эффективного лечения. Не имея доказательств обратного, я была вынуждена предположить, что в ходе предыдущей терапии действительно обнаружались важные моменты, которые Диана теперь осознавала, чтобы мы могли использовать этот опыт в нашей работе.

Диана: На протяжении последних десяти лет мои отношения с мужчинами были периодическими, серийно моногамными. Все они заканчивались потому, что я теряла интерес к партнеру. Затем я повела себя самым неподобающим образом. Я влюбилась без памяти в женатого мужчину, харизматичного, успешного, который мне не подходил. Десять лет я ждала, что он разведется с женой. Но он этого так и не сделал. На заре этих отношений я начала посещать психотерапевта, практиковавшего нетрадиционные методы лечения, и продолжала ходить к нему, пока длился мой роман. Его главной целью было помочь мне увидеть, что у меня нет шансов остаться с Мэтом: он никогда не разведется со своей женой. У меня не хватало мужества

взглянуть на это таким образом, и я продолжала ждать, страдать, пить... и раз в неделю посещать терапевта. О моем детстве мы ни разу не говорили.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ «СОНАСТРОЙКА»

На меня оказывает сильное влияние первое впечатление. Я обнаружила, что моя первая реакция на потенциального клиента не только задает тон лечению, но часто и предсказывает его результат. Мне также необходимо соблюдать осторожность, когда я встречаю человека, который кажется мне «иным», даже будучи со мной одного пола, расы и классовой принадлежности. На ранней стадии лечения я чувствую себя немного потерянной, и не в состоянии опираться на свою интуицию. Вместо этого я полагаюсь на стандартную практику и техники, пока не разберусь с этим странным чувством отчуждения.

Моим первым впечатлением от Дианы было чувство, что мы абсолютно разные, несмотря на то что мы обе — женщины-профессионалы, примерно одного возраста. Внешний вид Дианы и ее деловой подход, казалось, не оставляли возможности для личного взаимодействия между нами. Я чувствовала себя врачом, с которым консультируются по конкретной проблеме. Не было чувства, что мы — команда, и что наша задача — узнать ее и вместе найти решение ее проблем. Это впечатление было настолько сильным, что оно взяло верх над моим обычным интересом к взаимодействию на терапии и побудило меня в ответ продемонстрировать такой же деловой подход к представленной ею проблеме — злоупотреблению алкоголем. Таким образом, я искусственно создала «сонастройку», хотя в действительности ее не ощущала.

РАННИЕ СТАДИИ ЛЕЧЕНИЯ: ОЦЕНКА

Диане не терпелось сфокусироваться на особых способах отказа от алкоголя. Она была недовольна собой, но полна решимости. В какой-то степени она понимала, что выпивает, когда ей плохо, но ее смущала привычка пить даже тогда, когда все было в порядке. Я попросила ее пройти формальный тест на алкогольную зависимость (Alcohol Use Inventory) (Horn, Wanberg, Foster, 1986), чтобы иметь лучшее представление о ее пристрастии. Уникальность этого инструмента заключается в том, что в нем происходит разбивка баллов по шкалам, отображающим различные аспекты употребления алкоголя. С его помощью можно определить стиль употребления (в компании, в одиночестве, запой), ожидаемую пользу (улучшение настроения,

общительность, сфокусированность) и негативные последствия (похмелье, нарушение жизнедеятельности). Полученные данные дают терапевту более детальное представление о привычках употребления алкоголя, чем интервью.

Этот тест был полезен для Дианы тем, что она увидела, как именно алкоголь влияет на ее жизнь. Результаты в основном соответствовали ее ожиданиям. Она не пьет в компании. Она пьет почти каждый день и чувствует, что это поднимает ей настроение и помогает забыть о проблемах, особенно с мужчинами. У нее проявляются признаки умеренной зависимости от алкоголя, а иногда — тревожные симптомы похмелья. Пристрастие к алкоголю не влияет на ее профессиональную деятельность, но она откладывает домашние дела и оплату счетов — это соответствует ее самоотчету. Она очень обеспокоена своей зависимостью и считает, что должна решить эту проблему. Удивительно, однако, что тест также показал крайнее нежелание принимать помощь, несмотря на понимание проблемы. Это противоречие стало центральной темой нашей терапии. Когда на третьей или четвертой сессии я спросила Диану об этой части теста, она откровенно ответила: «Я не позволю никому указывать мне, что делать». Это заявление приоткрыло дверь в ее детство и корни ее яростного стремления к независимости.

ИСТОРИЯ СЕМЬИ

Диана была не по годам развитым и независимым ребенком. Она недолюбливала других детей с их играми и игрушками. Она не была ласковой девочкой и избегала контакта с людьми. По характеру она была довольно настойчивой и любила все контролировать. Ее мать очень тревожили личностные качества дочери, она считала ее неженственной и слишком уж похожей на отца. Она постоянно критиковала и контролировала действия Дианы, заявляя, что ни один мужчина на ней не женится, потому что она ведет себя как ее отец. И Диана, и ее мать весьма критически относились к отцу Дианы, которого она назвала эксцентричным и отстраненным: «В нем чего-то не хватало, чего-то человеческого». К огромному облегчению Дианы, когда ей было 17 лет, мать развелась с ним и спустя несколько лет вышла замуж за мужчину, с которым живет до сих пор. Диана описала свою мать как контролирующую и требовательную, но милую, и добавила, что ее нынешний муж «души в ней не чает».

Ее братья-близнецы родились, когда Диане было 3 года, и она помнит, что для нее

это событие стало травмирующим. Ей казалось, что любовь и внимание матери переместились с нее на «маленьких принцев», как мать их называла. Несмотря на это, Диана продолжала идеализировать свою мать и изо всех сил старалась вести себя как «маленькая леди». Однако, какой бы хорошей она ни была, Диана всегда чувствовала себя плохой девочкой, осознавая свою злость и нелюбимость.

Диана: Довольно рано я узнала, что я эгоистична, вспыльчива и слишком умна для того, чтобы считаться достаточно женственной и найти мужа. Мать твердила мне об этом, пока я росла. Она была полна решимости сделать так, чтобы я не пошла в своего эгоистичного и вспыльчивого отца, и, видимо, перестаралась. Она явно любила моих братьев больше, потому что они были похожи на нее. В полной уверенности, что сама по себе недостойна любви, я решила сосредоточиться на достижениях, добиваясь успехов в школе, рисовании и музыке. Тогда же я научилась контролировать свою вспыльчивость, эгоизм и интеллект. Для окружающих я стала веселой, щедрой, вежливой и полной энтузиазма. С тех пор как мне исполнилось десять лет, я ни разу не теряла самообладания. В подростковом возрасте я не бунтовала и не буянила, потому что подобное поведение было недопустимо. Одним словом, я научилась отрицать все свои негативные чувства и бояться их. У меня также началось компульсивное переедание: я проглатывала все свои негативные чувства и заливала их алкоголем.

Рассказ Дианы о своем детстве показывает, что между ней и матерью не было оптимального контакта (как и со мной в начале?). Диана была ребенком с волевым характером, ей были необходимы любовь и независимость. Мать Дианы считала, что в ее характере есть серьезные изъяны, и упорно пыталась их исправить. Сейчас же ее мать ведет себя эгоистично, самовлюбленно, и все более наигранно, пытаясь контролировать взрослую Диану так же, как она это делала в детстве.

Диана хорошо училась в школе, проявляя способности как в науках, так и в искусстве. Она считает себя страстной натурой, которая впитывает все, что ее окружает, и формирует скорее положительное или отрицательное, чем нейтральное отношение к вещам. Она изучала музыку и живопись, но получила диплом архитектора. Этот специалист, по ее мнению, — наполовину инженер, наполовину художник. Последние десять лет она руководит собственной дизайнерской фирмой, и ее бизнес весьма успешен.

У Дианы был короткий и непростой брак, когда она училась на третьем курсе в университете. После детства, проведенного в маленьком городке в Миннесоте, она

выбрала университет Лиги плюща⁷, где могла погрузиться в захватывающий мир идей и людей. Там она встретила своего будущего мужа, и всего нескольких месяцев спустя они поженились. Он часто поднимал на нее руку. Она прожила с ним два ужасных года, прежде чем, наконец, решила уйти. С тех пор у нее не было стабильных отношений.

Диана: Я вышла замуж за своего университетского возлюбленного, который был таким же эгоистичным и вспыльчивым, как мой отец, а вдобавок еще и жестоко со мной обращался. За гениальностью иногда скрывается психическое расстройство; думаю, мой муж относился как раз к этой категории. Однако мое воспитание не позволяло мне понять свои истинные чувства по отношению к нему. Я вышла за мужчину, которого в реальности не любила, но убедила себя в обратном. Через два с половиной года наш брак внезапно закончился разводом. К тому времени я приобрела вкус к джину и хересу, но все еще не начала злоупотреблять алкоголем. Затем произошел развод. Он был болезненным. Но я четко помню, как, борясь с желанием покончить с собой и крайне низкой самооценкой, я поймала себя на мысли: «Теперь я могу пить!».

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

По мере продвижения нашего лечения Диана все более вдохновлялась перспективой получить конкретные рекомендации относительно своего пристрастия к алкоголю. Она решила, что хочет завязать, но признавала, что хотела бы иногда выпивать в компании. Однако она еще не была готова к тому, чтобы разобраться в этом противоречии. Поэтому я начала с оказания помощи в обретении и сохранении воздержания. Я выбрала когнитивно-поведенческий подход по двум причинам. Во-первых, Диана на протяжении десяти лет проходила инсайт-ориентированную психотерапию, и я предположила, что за это время многие психологические проблемы уже обнаружены и изучены. В том, что терапия не помогла ей бросить пить, не было ничего необычного. Практически невозможно добиться изменений в зависимом поведении, не уделяя ему особого внимания во время терапии. Во-вторых, деловой подход Дианы показал, что она откликнется на конкретные меры, которые позволят ей быстро увидеть результат, положительный или отрицательный. Когда я формулировала для нее конкретные задания, то держала в уме, что она не хочет, чтобы ей указывали, что делать. Ей придется понять мою логику и согласиться с моими предложениями, а не просто следовать за мной, слепо мне доверяя.

⁷ Лига плюща – самое известное в мире объединение университетов, в которое входит 8 старейших вузов США. Учебные заведения отличаются академичностью и элитарностью: как и несколько веков назад, здесь учатся дети политических, научных и культурных деятелей, успешных бизнесменов, а также одаренные студенты со всех уголков мира. – *Прим. пер.*

При выстраивании стратегии первым делом следует убедиться, что клиент полностью осознает и свое желание бросить пить, и желание продолжать. Очень часто люди составляют список причин для воздержания, ощущая на себе негативные последствия последнего эпизода пьянства, и эти причины вытесняются из сознания по мере того, как негативные последствия блекнут, а в сознание возвращаются положительные ассоциации. Составление таблицы принятия решения или списка доводов «за» и «против» (Miller and Rollnick, 1991, Prochaska and DiClemente, 1992) позволяет клиенту выписать как положительные, так и отрицательные последствия решения бросить пить (или употреблять любые вещества). Я легко убедила Диану, что это упражнение полезно. Она составила следующий список, который я попросила ее всегда держать при себе:

БРОСИТЬ ПИТЬ	
За	Против
Мои глаза не будут отекать	Мне будет одиноко
Я не буду стареть так быстро, и мужчины будут считать меня привлекательной	Я буду раздражительной и стервозной, и ни один мужчина не захочет быть со мной
Я смогу мыслить яснее на работе	
Я смогу вовремя оплачивать счета	
Я смогу посвятить больше времени маркетингу	
У меня будет время заниматься музыкой	

Диану вдохновляло осознание того факта, что эти причины бросить пить — ее *собственные*, а не получены ей от каких-то критикующих людей или организаций, к которым она относилась АА. Меня беспокоило, что ее главной мотивацией казалась проблема внешности и старения, но было не время напоминать, что она, как и все мы, станет старой и морщинистой, если ей повезет дожить до такого возраста. Этот вопрос будет всплывать на поверхность снова и снова, и я найду подходящий момент для исследования ее страхов и преубеждений. Сейчас же список доводов «за» и «против» станет важнейшим инструментом, помогающим Диане противостоять соблазну выпить.

У большинства пьющих людей, остающихся продуктивными на работе, есть критические моменты в течение дня или определенные дни недели, когда они чаще всего начинают пить. Эти моменты представляют собой психофизиологические

триггеры тяги к алкоголю, которые не позволяют объективно оценить опасность. Человек не в состоянии найти подходящий копинг-механизм, чтобы справиться с соблазном. Что касается Дианы, эти критические моменты было легко установить, потому что она редко думала об алкоголе в течение рабочего дня. По ее словам, она ехала домой и вдруг понимала, что автоматически заходит в свой любимый винный магазин. Иногда по пути с работы она чувствовала, что заслужила награду за тяжелый трудовой день. Она никогда не спорила с собой, следует ей выпить или нет. Утренняя решимость отказаться от алкоголя исчезала.

Я попросила Диану в деталях рассказать мне о том, что с ней происходит в промежутки времени между тем, как она выходит из офиса, и тем, как заходит домой с бутылкой вина. Выслушав подробное описание ее дороги домой, я предложила ей установить для себя новое правило. Основное правило гласило: *Что бы ты ни делала, остановись и прочитай свой список «за» и «против».*

Эта альтернативная модель поведения должна была способствовать остановке автоматических процессов, которые приводили Диану к тому, что она оказывалась дома с бутылкой вина. Мы разбили ее стандартный маршрут на несколько частей, каждую из которых она могла прервать для выполнения основного правила: выход из офиса, выбор предпочтительного маршрута, въезд на парковку винного магазина, выбор бутылки, оплата, поездка домой, вскрытие бутылки, первый глоток, употребление вина. Диана была вполне уверена, что сможет остановиться до момента оплаты. Она считала, что если пойдет дальше, то неминуемо напьется. Поэтому мы сфокусировались на более ранних стадиях, рассчитывая, что мотивация и уверенность в себе повысят ее шансы на успех.

ПЕРВЫЕ УСПЕХИ

Диана сразу же внедрила эту стратегию, чтобы не давать себе пить. Практически с первого дня она смогла не подпускать себя к винному магазину, хотя иногда все-таки заезжала на парковку, но, следуя своему правилу, останавливалась и прочитывала свой список «за» и «против», сидя в машине. Это помогало ей двумя способами: напоминало, что у нее действительно есть причины, по которым она не хочет пить, и создавало паузу, позволяя мобилизовать другие копинг-механизмы. Они, в свою очередь, пролили свет на ее внутренние психологические процессы. Чтобы изменить

свое поведение, она иногда отчитывала себя за инфантильность. Или напоминала себе, что в действительности хочет сходить в спортзал или поиграть дома на пианино. Или говорила себе, что может выпить, когда захочет, просто сегодня не подходящий день. Диана поочередно переходила от самокритики к запугиванию себя разрушительными последствиями старения, связанного с алкоголем, и к твердой уверенности, что она справится с этой проблемой. Она считала все эти стратегии оправданными. Я была поражена тем, насколько много ненависти к самой себе у Дианы получалось обратить себе на пользу. Однако я также с беспокойством ожидала момента, когда она направит эти чувства против себя, перечеркивая все попытки заботы о себе.

На протяжении нескольких месяцев состояние Дианы продолжало улучшаться. Она редко выпивала после работы и на выходных. Когда же она пила, то могла четко отследить, как сама отступила от своего решения. Она говорила мне, что слышит этот голос в голове: «Кто ты такая? Ты не можешь указывать мне, что делать!». Рассказывая об этих инцидентах, Диана смущенно смотрела на меня. Она просила прощения за свое «плохое поведение» и ругала себя за инфантильность. Казалось, ее тревожило, что она бунтует против меня, и она удивилась, когда я спросила: «С кем Вы сейчас разговариваете?». Она растерянно заморгала и ответила: «Со своей матерью».

Диана: В самом начале терапии я заметила определенную закономерность в своем употреблении алкоголя. Я могла продержаться несколько дней абсолютно без выпивки и на следующей сессии рассказывала Патт об этом достижении. Как только я завершала свой рассказ, то сразу начинала ощущать запах и вкус вина. Затем по пути домой с терапии я заезжала в винный магазин, покупала бутылку и срывалась. Как будто маленькое облачко появлялось на горизонте в ясный день, а уже спустя час заряжал дождь.

Это происходило не иногда, а всегда. Как будто едва я произносила хоть слово о своем прогрессе, голос внутри меня говорил: «Думаешь, ты такая умная? Я знаю, кто ты на самом деле, и тебе это с рук не сойдет. Сегодня вечером мы напьемся, так что смирись».

Чей это был голос? Он всегда делал со мной что хотел, и я всегда поражалась его власти над моими решениями. В этой ситуации у меня не было свободы выбора, я всегда подчинялась и пила до отключки. Бесчисленное множество раз я просыпалась в два часа ночи, видела цветные полосы на экране телевизора, выключала его и забиралась в постель, и до утра не могла заснуть.

На терапии стало понятно, что это почти наверняка был голос моей матери. В детстве она часто разговаривала со мной подобным тоном. Так она пыталась контролировать мое поведение и сделать меня такой, какой хотела меня видеть. Она говорила: «Ты

ведешь себя так же, как твой отец, когда (делаешь то-то), (говоришь то-то), (делаешь такое-то лицо)». По всем параметрам мой отец действительно был козлом, и очень рано он стал для меня символом всего плохого и недостойного любви. Постоянные напоминания о том, что я точно такая же, как он, научили меня сдерживать любые свои негативные чувства. Я их просто подавляла, но они, конечно же, никуда не исчезали.

Диана не считала себя бунтаркой во взрослом возрасте, но в детстве она часто хотела выразить свой протест. Злость на то, что ее контролируют, была подавлена очень рано, и не проявилась даже в подростковый период. Только теперь, когда она отчаянно пыталась контролировать свое деструктивное поведение, этот конфликт всплыл и угрожал сорвать лечение. Сфокусировавшись на другом, я чуть было не упустила возможность помочь ей разрешить его.

НЕОЖИДААННЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

В течение первых месяцев лечения на сессиях я старалась фокусироваться на привычках употребления алкоголя и попытках Дианы воздерживаться от него. Я была склонна считать любую другую тему отвлечением от текущей задачи. Она часто начинала говорить о своей работе или об отношениях с Мэттом, который все еще иногда ей звонил. Но только когда Диана познакомилась с новым мужчиной, Марком, я осознала, что во время предыдущей терапии важные психологические динамики *не были* выявлены. Ее поведение и чувства настолько же сильно угрожали этим новым отношениям, насколько и мое узкое видение — результатам терапии.

Диана: Через шесть месяцев после начала терапии жизнь преподнесла мне подарок. Его звали Марк. Я познакомилась с ним прошлой осенью, когда все еще была влюблена в Мэтта. Он показался мне физически привлекательным, но слишком суровым и заносчивым, поэтому не заинтересовал меня. В любом случае, тогда с ним встречалась моя подруга Мэри, поэтому я выбросила его из головы.

Это было не совсем правдой. На самом деле, Диана часто бывала у Мэри на вечеринках. Когда она сказала мне, что начала отношения с Марком, которые должны оставаться в секрете, я решила, что необходимо сместить фокус в терапии, чтобы помочь Диане увидеть, как скрытые чувства и конфликты влияют на ее отношения. Я понимала, что будет сложно сместить фокус лечения с алкоголя на отношения, а еще сложнее — заставить Диану встретиться с чувствами, о которых она имела лишь смутное представление.

Диана: Патт настояла на том, чтобы я ответила ей честно на несколько непростых вопросов. Встреча с Марком в тот вечер не была случайной, я ее подстроила. Я решила

соблазнить его, чтобы поквитаться с предавшей меня подругой, которой он нравился. Сначала я не хотела говорить Мэри об этом, но из жажды мести и шутки ради решила ей сказать. То, что я в итоге влюбилась в него, стало для меня полным сюрпризом.

Выслушав рассказ Дианы о запланированной мести, я поняла, что она, как минимум в этот момент, отдавала себе отчет в том, что злится на свою подругу. Она рассказала, что на самом деле Мэри часто заставляла ее почувствовать себя униженной, но Диана никогда не возражала. Ей было сложно признать, что своими действиями она хотела причинить Мэри боль. Чувство вины, которое испытывала Диана, было похоже скорее на ненависть к себе, чем на сочувствие другому человеку. После продолжительных дискуссий в ходе терапии Диана пришла к выводу, что ее поведение было мотивировано злостью, которую она должна была высказать, но не высказала. С этого момента центральной темой терапии стали чрезвычайные сложности Дианы с признанием своих негативных чувств и уверенным их выражением.

СМЕЩЕНИЕ ФОКУСА С АЛКОГОЛЯ НА ОТНОШЕНИЯ

Спустя менее чем полгода терапии я поняла, что мои попытки исключить алкоголь из жизни Дианы приводят к коротким периодам успеха, сменявшимся срывами, что озадачивало нас обеих. Изначальный успех в применении поведенческих стратегий для контроля автоматического употребления алкоголя сошел на нет, и она пила практически столько же, сколько и до терапии. Отношения с Марком развивались очень хорошо, и ее волновали вопросы, возникавшие во время их встреч. Она твердо верила, что любое проявление негативных эмоций неженственно и оттолкнет его. Она также помнила, чему учила ее мать: «Никогда не говори мужчине правду о себе». Мне было понятно, что необходимость скрывать свои истинные чувства, впервые в жизни выстраивая близкие отношения с мужчиной, одновременно пытаюсь контролировать свое пристрастие к алкоголю, было для нее непосильной задачей. Несмотря на срывы, я решила сместить фокус терапии на важность работы с ее чувствами по отношению к Марку.

Диана: К счастью для нас обоих, я продолжала посещать Патт. Много раз я рассказывала ей что-то непривлекательное о себе, что считала необходимым скрывать от Марка. В ответ она всегда старалась заставить меня сделать самое сложное: рассказать ему все то, что я пыталась утаить. Одним из несовершенств, в котором я, наконец, ему призналась, было мое пристрастие к выпивке. Казалось, что его это не смущало, но мысли продолжали терзать меня. Я проводила с ним четыре вечера в неделю, выпивая

за ужином два или три бокала вина. Другие же три ночи я проводила дома, как и все эти годы, выпивая по бутылке. Однако в целом я пила значительно меньше, чем за всю свою взрослую жизнь.

Диана действительно вернулась к своему паттерну употреблению алкоголя. Она начала сомневаться в своем желании обрести полное воздержание и все чаще упоминала, что хочет продолжать выпивать в компании. Два бокала, которые она выпивала с Марком, она расценивала как показатель того, что может быть «нормальной». Тот факт, что сам Марк регулярно, пусть и умеренно, выпивал и не понимал, что алкоголь представляет для Дианы серьезную проблему, затруднял принятие решения. Вместо того чтобы сражаться с Дианой за умеренность или воздержание, я решила помочь ей получить то, что она считала для себя наилучшим вариантом. С тех пор подобная позиция стала краеугольным камнем в моей работе с зависимыми людьми. Однако тогда она была для меня равноценна прыжку со скалы: я отошла от стандартного протокола и начала экспериментировать с самоконтролем и личной свободой.

Первый шаг на данном этапе лечения заключался в том, чтобы добиться от Дианы точной формулировки ее цели в отношении алкоголя. Наши обсуждения неизбежно приходили к тому, что она боится рано постареть и потерять сексуальную привлекательность для Марка, если продолжит пить. Она опасалась, что располнеет и станет ему неинтересна. Эта внутренняя борьба, начало которой когда-то положила ее мать, сейчас разворачивалась на главной сцене ее жизни. Она спрашивала себя, может ли просто быть собой (что бы это ни означало), или должна продолжать прятаться и лгать, чтобы быть любимой.

Диана: После прохождения курса терапии у доктора Деннинг я оглядываюсь назад и понимаю, что мой роман с Мэттом, длившийся десять лет, был пределом близости, на которую я была способна в тот момент. Для Мэтта я всегда была идеальной, никогда не злилась и ничего от него не требовала. Трудно ли стать обаятельной на два часа в неделю? Я старалась быть самой лучшей Дианой. Мы никогда не ссорились, я всегда сразу сдавалась. Я думала, что именно так все и должно быть. Ссориться — это не женски, ни один мужчина не захочет жениться на женщине, которая спорит (так учила мама).

Несмотря на то что Диана была в отношениях с Марком, Мэтт пытался убедить ее возобновить их роман. Каждый раз, когда Марк чем-то ее расстраивал, она едва удерживалась от этого соблазна. Мэтт обладал тем, чего у Марка не было: обаянием,

остроумием и абсолютной недоступностью. Когда на одной из сессий мы обсуждали ее отца, Диана сказала мне, что в детстве она всегда мечтала, чтобы ее настоящим отцом был Кларк Гейбл⁸ или Кэри Грант⁹ — нормальный человек, а не чужак, каким был ее отец. Я спросила, не кажется ли ей Мэтт именно таким человеком. Диана осознала, что за ее привязанностью к Мэтту кроется в первую очередь ее желание иметь чудесного отца, который будет спешить домой после деловой поездки и относиться к ней как к королеве. Это осознание стало словно громом среди ясного неба. Диана больше не чувствовала влечения к Мэтту и перестала отвечать на его ухаживания. С этого момента и на протяжении всего лечения Диана реагировала следующим образом: как только она обнаруживала чувства или мотивы, которые помогали ей разобраться в себе, она обретала свободу делать то, что боялась делать в прошлом.

Диана: За следующие месяцы терапии мы пересмотрели мое детство, юность, замужество и последующие годы. Я осознала, почему боялась реальной близости и избегала ее. Я была глубоко убеждена в том, что моя мать права, и что я все-таки пошла в своего отца. Больше всего я боялась, что влюблюсь в человека, а он потом обнаружит, что я эгоистична и вспыльчива, как и мой отец, что у меня нет чувства юмора, и со мной скучно. Я считала, что он не сможет принять меня со всеми моими недостатками. Он отвергнет меня, и это приведет меня в еще более мрачное состояние. Много раз я бывала приятно удивлена, когда обнаруживала, что Марк продолжал меня любить, даже услышав правду о моих недостатках или увидев меня в плохом настроении. Это не должно было становиться для меня сюрпризом. В конце концов, я же знала обо всех его недостатках, но продолжала любить его. Так почему бы ему не поступать так же? Теперь я могла быть по-настоящему близка с другим человеком.

Диана продолжала изучать свой страх близости и признаваться Марку в своих несовершенствах. Она начала замечать четкую связь между своей злостью и пристрастием к алкоголю. Однако она продолжала пить. Иногда у нее случались периоды, когда она выпивала только пару бокалов вина с Марком, а в остальное время воздерживалась от спиртного. Именно этого она и хотела. Эпизоды чрезмерного употребления алкоголя всегда были спровоцированы каким-либо событием, вызвавшим злость и/или унижение. На следующий день, мучаясь похмельем, она легко могла определить причину своих чувств и поражалась, что это оставалось скрыто от нее самой. Она не сразу научилась анализировать себя, находясь в

⁸ Кларк Гейбл – американский актер, лауреат премий «Оскар» и «Золотой глобус», секс-символ 30-40-х годов XX века. – *Прим. пер.*

⁹ Кэри Грант – один из выдающихся киноактеров Голливуда, воплотивший образ идеального мужчины – остроумного и смелого героя американских кинолент 40-50-х годов. – *Прим. пер.*

эмоциональном кризисе, и эпизоды злоупотребления спиртным хоть и стали реже, но все равно представляли для нее проблему.

КЛЮЧ К РАЗГАДКЕ: АФФЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ

Диана: Я осознала, что признание своих успехов в контроле над пристрастием к алкоголю — не единственный триггер. Чаще бывало так: в течение дня случалось что-то плохое, что пробуждало во мне негативные чувства, которые следовало подавить. Стресс на работе, злость на Марка за какие-то его поступки, злость по любому другому поводу, печаль из-за какой-либо ужасной новости — все это периодически случалось, но я даже не обращала на это внимания. Я просто заглушала их алкоголем, а на следующий день, страдая от похмелья, размышляла над тем, что именно спровоцировало такое поведение. Причина была всегда, и я научилась определять ее, пусть даже и с опозданием. Благодаря терапии я научилась выявлять эти триггеры, в конце концов научившись узнавать их и давать им выход еще до того, как доберусь до бутылки. Я поняла, что это просто чувства, плохие, но терпимые, и что в определенных ситуациях они нормальны.

Сложности с идентификацией своих чувств свойственны людям, страдающим алкогольной или наркотической зависимостью. На самом деле, если отставить в сторону употребление наркотиков и алкоголя, проблемы с аффективными переживаниями часто становятся наиболее очевидными вопросами на терапии (Morgenstern and Leeds, 1993). Есть четыре вида проблем, связанных с аффективным переживанием: узнавание, модуляция, выражение и принятие различных эмоциональных состояний. В наиболее серьезных случаях человек находится в алекситимичном состоянии и не может выразить словами свои эмоции, которые переживаются им скорее как телесные ощущения. Однако у Дианы были другие сложности. После пробуждения, иногда в муках похмелья, ее чувства оживали. Она могла сформулировать свои чувства настолько четко, что это было даже поразительно для человека, столь мало знавшего о своей внутренней жизни.

Модуляция аффекта также не являлась для Дианы проблемой, хотя ее сильно беспокоило то обстоятельство, что ее чувства «чересчур интенсивны». На самом деле, она испытывала понятные, интенсивные чувства, всегда соответствующие ситуации. Однако у нее были серьезные трудности с выражением и принятием своих чувств, особенно злости, разочарования и ненависти. Кроме того, она испытывала дискомфорт в отношении более нежных чувств, таких как любовь и забота. Эти нарушения отражались в ее поведении. В профессиональных ситуациях она часто избегала открытого противостояния с клиентами, и стремилась добиться расположения лестью

и внешней уступчивостью. Иногда у нее не получалось наладить отношения такими обходными путями, и в результате проект страдал. Однако намного чаще ее деловые отношения отличали дух сотрудничества и умеренная конкуренция.

Главным образом проблемы с аффективными переживаниями проявлялись в отношениях с близкими людьми. В межличностных отношениях, особенно с мужчинами, Диана постоянно скрывала свои истинные чувства, следуя наставлениям матери не быть слишком честной с мужчинами. Она редко заявляла о своих желаниях, хвалила другого человека за сообразительность, чуткость и прочее, планируя, как обходными путями получит то, что ей нужно. Эта пассивная позиция неизменно приводила к злости, разочарованию и отвращению. И тогда Диана стремилась сбежать от мужчины, вместо того чтобы поговорить напрямую. И она часто обращалась к вину, чтобы утешить себя или утопить в нем свою злость.

Продолжавшиеся отношения с Марком давали ей прекрасную возможность тренировать новые модели поведения. Марк давал ей стабильность, был терпим и эмоционально уравновешен; это было важно для того, чтобы Диана могла ощущать себя в достаточной безопасности и выражать пугавшие ее потребности и чувства. Часто я рекомендовала Диане поделиться с Марком определенной потребностью и помогала ей сформулировать эту просьбу. Порой я подталкивала ее откровенно признаться ему в своей злости по поводу какого-то из его поступков. Она часто со страхом смотрела на меня и говорила: «Я могу *сказать* такое?». У Дианы не было понимания того, как два человека могут взаимодействовать и налаживать свою совместную жизнь. Она с детства прятала свои чувства и отрицала свою потребность в заботе и опеке. И заплатила за это огромную цену: эмоциональная изоляция и алкогольная зависимость. С Марком она научилась высказываться в свою защиту, позволила себе испытывать и свободно выражать большой спектр чувств и потребностей. Она – сильная личность, полная противоположность Марку, который, принимая ее, мало проявлял себя.

Диана признала тот факт, что в ее жизни боролись два начала. Ее настоящим Я был ребенок, одновременно нуждающийся и независимый. В отношениях с другими людьми она подавляла свои потребности, поэтому, в конечном счете, чувствовала себя одинокой. Она пыталась усмирить свой дух независимости, стать мягче и пассивнее,

но в итоге только накапливала в себе злость и обиду. Она не могла быть собой из страха стать похожей на отца, но при этом не могла оставаться «маминой доченькой», поскольку обладала энергией и независимостью, которые ее матери были несвойственны. Диана продолжала работать над этими вопросами и бороться с алкогольной зависимостью, которая стала ее защитой от выражения чувств.

Диана: На протяжении большей части терапии я никак не могла определиться, хочу ли я полностью отказаться от своей привычки. Патт попросила меня составить два списка «за» и «против»: если я продолжу пить, и если не буду пить совсем. Много раз я срывалась и снова брала себя в ежовые рукавицы. Я всегда была близка к тому, чтобы бросить, но никак не могла сделать этот решающий шаг и полностью порвать с алкоголем. Я надеялась бросить на год, а затем начать контролируемо, умеренно выпивать. Патт настаивала, чтобы я бросила пить на год. Спустя три месяца воздержания я была в глубокой депрессии. Я ожидала, что без алкоголя буду чувствовать себя лучше, но все оказалось ровно наоборот. Помню, как подумала тогда, что если буду чувствовать себя так до конца своей жизни, то вряд ли захочу прожить долго. Патт без труда убедила меня, что пришло время принимать лекарства.

Большой депрессивный эпизод – не редкость для женщин, употреблявших алкоголь всю жизнь. Хотя алкоголь и оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему, на женщин он часто действует как антидепрессант. Механизм влияния алкоголя на выработку эстрогена и дофамина еще только изучается. В клинической практике у женщин после периода воздержания довольно часто возникают симптомы депрессии. Невозможно сказать, лечили ли они ранее существовавшую депрессию, или это алкоголь оказал такое влияние на их организм. Однако, как только у пациента развивается депрессивный синдром, ему следует незамедлительно оказать помощь во избежание рецидива. Я направила Диану к знакомому психиатру на обследование с рекомендацией попробовать бупропион, антидепрессант, оказывающий дофаминергическое действие. Я заметила, что это лекарство часто приносит значительное облегчение женщинам, страдающим алкогольной зависимостью.

Диана: И Патт, и доктор П. предупредили меня, что лекарство может вообще не подействовать. Но эффект был потрясающим, и я ощутила его намного быстрее, чем ожидала. Всего за несколько дней я почувствовала себя лучше, чем когда-либо, что заставило меня задуматься: «А не была ли я немного в депрессии с самого детства?». Я все больше становилась собой. словно все эти годы часть меня была спрятана глубоко внутри, вне досягаемости. Иногда мне казалось, что до этого момента я двигалась по жизни, помогая себе только одной рукой, в то время как вторая была связана у меня за спиной. Теперь обе руки были свободны!

Лекарство позволило Диане начать быстро и целеустремленно решать свои проблемы. Она стала значительно меньше пить и начала говорить о значении алкоголя в ее жизни. Она смогла признать, что ей нравится пить, и что она сопротивляется отказу от спиртного. Раньше любое признание своей любви к вину сопровождалось ненавистью к себе, которую она направляла на скрытую часть себя.

Диана: Я думаю, что не могла сделать решающий шаг потому, что он предполагал борьбу; за этой борьбой скрывалась идея дуалистичности структуры личности, в которой сознательное побеждает подсознательное, сила воли — анархию, добро — зло. Я поняла, что на самом деле эта борьба является продолжением того, чему я научилась в раннем детстве, — отрицания всех своих негативных чувств. Только полностью осознав, кто я есть, приняв это и, наконец, став цельной, я смогла навсегда изменить свое отношение к алкоголю.

Диана изучала значение алкоголя в своей жизни, все больше свыкаясь с мыслью, что она не должна полностью отказываться от него, чтобы стать хорошей девочкой, и что умеренное употребление не сделает ее плохой. Она продолжает бороться с привычкой пассивно реагировать на ситуации, и наградой за это становится все большая близость с Марком и значительные успехи в бизнесе. Ей не всегда бывает легко остановиться на одном-двух бокалах вина (ее новое правило). Сочетание эмоциональных и психологических реакций, делающее ее уязвимой перед алкоголем, вероятно, останется с ней навсегда. У нас с Дианой произошел последний напряженный диалог, который придал ей решимости контролировать свое пристрастие к алкоголю, поскольку она хочет сохранить эту хорошую жизнь, которую смогла наконец создать.

Диана: Финальное изменение произошло, когда я сказала Патт, что хочу на время прекратить пить, чтобы «сохранить свою внешность». Она сразу возразила мне, что это неподходящая причина, и что я неизбежно потерплю неудачу, поскольку рано или поздно в любом случае постарею. Это сильно расстроило и разозлило меня. Я отправилась домой и в тот же вечер знатно напилась. Поскольку я уже давно так много не пила, похмелье было ужасным. Я начала размышлять о том, что заставило меня выпить, и почему я должна бросить. Я возвращалась все дальше и дальше в прошлое и смотрела на свою жизнь и алкоголь. Мое будущее выглядело настолько хорошим, насколько это вообще возможно. В нем есть карьера, любовь, музыка. В нем нет места пьянству в одиночку из-за каких-то негативных эмоций. Я больше не хочу быть настолько одинокой.

Диана проявила огромную силу и честность в борьбе с алкоголем. Как и многие другие люди с алкогольной и наркотической зависимостью, она смогла начать лечение и добиться серьезных изменений, все еще продолжая активно употреблять. Мое

принятие ее неопределенности и всего спектра ее чувств и потребностей было противоположностью тем ограничениям и критике, которые сопровождали ее в детстве. Она стала творцом своего собственного успеха. Мы образовали терапевтический тандем, всегда выступая за ее право быть такой, какой она окажется на самом деле.

Диана: Когда я только пришла к Патт, моя цель заключалась в том, чтобы употребление спиртного стало более умеренным, и чтобы при этом я могла продолжать выпивать в компании. После многих сессий я стала такой, какой должна была стать для достижения этой цели, и в процессе обрела свою целостность. Выпивая в одиночестве, я пыталась справиться с трудностями, и это был единственный известный мне способ — будучи собой лишь наполовину, я была не в состоянии придумать ничего лучше.

Комментарий

Диана обратилась за помощью, чтобы решить проблему с алкоголем: она пила уже двадцать лет, и за десять лет психотерапии с другим специалистом не смогла добиться улучшения. На первой консультации она «сообщила, что она алкоголик», и сказала, что не хочет прекращать пить, хотя и понимала, что «должна бросить».

По мере развития истории мы узнаем, что ее пристрастие к алкоголю во многих отношениях было связано со строгим внутренним критиком.

В детстве мать постоянно критиковала и контролировала ее, а отец был эгоистичен и вспыльчив. Диана идеализировала свою мать и пыталась получить ее внимание и любовь, «ведя себя как маленькая леди». Для этого ей приходилось контролировать и подавлять те свои потребности, качества и чувства, которые мать считала неприемлемыми. Она глубоко прятала свой ум и непокорность, свои потребности и злость, в конце концов утратив с ними связь. В то же время, втайне она продолжала считать себя «плохой и злой девочкой», усвоив это от своей мамы. Мы видим, что ее истинное Я отвергалось голосами родителей и оставалось скрытым глубоко под ложным Я, а внутренний критик ошибочно принимал его за тайную «плохость».

Повзрослев, Диана «проглатывала свои негативные чувства (с едой) и заливала их алкоголем». Переедание и злоупотребление алкоголем были подчинением требованиям матери, а критикующий внутренний голос – ее представителем во внутренней жизни Дианы. Она подавляла свои чувства и контролировала себя с помощью алкоголя, чтобы символически угодить своей матери.

В чрезмерном употреблении алкоголя также проявлялось ее желание восстать против матери и внутреннего критика, поскольку она пила, чтобы получить удовольствие и забыть об образе хорошей сознательной девочки; одновременно она выражала свою злость на то, что подвергалась контролю в детстве. Выпивая, она переставала быть хорошей маленькой леди, во всем старавшейся угодить маме/критику. Она могла начать задумываться о своих собственных запретных потребностях и чувствах, что в глазах матери/критика было эгоистичным поступком. Она могла на время освободиться от тирании внутреннего голоса, заглушая его алкоголем. Как это ни парадоксально, злоупотребление алкоголем было мятежом одновременно и против контроля критика, и против самобичевания — мести критика.

Это стремление освободиться от контроля внутреннего критика существует параллельно со стремлением наказать себя. Это и есть ловушка саморазрушения или решение конфликта, к которому приходят путем компульсивного употребления ПАВ.

ТЕРАПИЯ

На первом этапе Патт сфокусировалась на том, чтобы помочь Диане в достижении изначальной цели (воздержания), и предложила несколько техник когнитивно-поведенческой терапии, в том числе – список доводов «за» и «против» и стратегию его использования для отказа от привычки выпивать по вечерам.

Эти техники помогают прояснить противоречивые чувства по обе стороны импульса, толкающего человека к употреблению наркотика: они развивают навык наблюдения за своими мыслями, чувствами и поведением, а также за внешними обстоятельствами, сопровождающими этот импульс. Человек учится «задерживаться в импульсе» и прерывать «автоматический» характер привычки, а также обдумывать другие опции. Это базовые навыки, помогающие сознательно менять свое поведение.

При выборе первых стратегий в терапии Патт руководствовалась тем, чтобы они подходили Диане по типу личности («никакой ерунды») и не противоречили ее нежеланию подчиняться. Позднее мы узнаем, что изначальное желание бросить пить было формой подчинения требованиям критика. Готовность Патт адаптировать свой подход под потребности Дианы помогла им сформировать терапевтический альянс, что является ключевым компонентом успешной терапии. Благодаря этому они смогли обнаружить, что факторы, мешавшие Диане бросить пить, носят комплексный

характер, и что для изменений требуется более тщательное изучение личностного смысла ее пристрастия к алкоголю.

Смещение фокуса терапии было вызвано тем, что после шести месяцев успешного воздержания Диана вернулась к привычному употреблению алкоголя. Вместо того чтобы принять это за поражение, Патт и Диана предположили, что им следует пересмотреть конечную цель терапии, а также сместить ее фокус и начать работать более глубоко.

Здесь, как и в других историях, мы видим, что терапевт ориентируется на текущее состояние клиента для формирования альянса между ними.

Я обнаружил, что многие клиенты, подобные Диане, осознают, что когнитивно-поведенческого подхода и развития навыков самоконтроля недостаточно. Необходимо углубиться в личностный смысл употребления ПАВ. Интегративный подход объединяет в себе развитие новых навыков, когнитивно-поведенческий подход, поиск духовно-психологических корней проблемы и психодинамический подход к употреблению наркотиков. Для многих людей когнитивно-поведенческий фокус помогает подготовить почву для дальнейшего поиска смыслов. Когда мы ставим цели и овладеваем навыками для их достижения, нам легче увидеть, что могут существовать силы (динамики), которые мешают нам их достигать.

Первоначальной целью Дианы было воздержание, но постепенно она трансформировалась в конечную цель — стабильное умеренное употребление. Именно голос внутреннего критика требовал от нее полного воздержания, но это не было ее истинным желанием. Диане было сложно добиться воздержания потому, что внутренний критик не мог заставить ее сделать это, так как она постоянно восставала против него. Она не могла окончательно подчиниться воле внутреннего критика; она должна была отыскать свою истинную волю и вступить с ней в союз, чтобы создать условия для целостности и здоровья при умеренном употреблении.

Для того чтобы решить проблему протеста-подчинения, Диана дала себе разрешение сделать своей целью контролируемую умеренность в употреблении. После этого она смогла прийти к стабильному умеренному употреблению алкоголя и поддерживать его. Этот переход, скорее всего, позволил ей определять свои собственные цели и находить в себе силы и мотивацию лучше заботиться о себе,

ограничив употребление спиртного. Этот успех подтверждает, что в ее случае злоупотребление алкоголем представляло собой символический протест против внутреннего критика.

Исцеляющая сила групп и терапевтические сообщества

С конца 19 века лечение в реабилитационном центре является одним из наиболее рекомендуемых методов выздоровления для людей, употребляющих наркотики. Многие специалисты и обыватели твердо уверены, что большинству зависимых требуется стационарная реабилитация как минимум на начальном этапе лечения, когда основное внимание уделяется детоксикации и воздержанию от веществ. Эта позиция была изложена в работе психоаналитика Карла Меннингера «Алкоголизм как хронический суицид» в 1938 году. Он пишет: «Большинство зависимых от алкоголя людей "ушли далеко", они слишком оторваны от реальности и не могут получать лечение... в обычных условиях. ... Другими словами, их следует лечить в специально адаптированной среде. С практической точки зрения это значит, что их необходимо изолировать и лишить доступа к алкоголю» (стр. 97).

Такая позиция доминировала в этой сфере до конца 1980-х годов, когда по финансовым соображениям была проведена широкомасштабная переоценка эффективности дорогостоящего стационарного лечения. В результате переоценки был сделан вывод, что показатели успеха стационарной реабилитации недостаточно высоки для того, чтобы она считалась лучшим подходом к лечению зависимости. Это возродило интерес к амбулаторным вариантам лечения.

После появления интенсивной амбулаторной программы стали набирать популярность различные виды индивидуальной и групповой терапии. На мой взгляд, существуют достаточно веские основания считать амбулаторное лечение более подходящим и эффективным для большинства людей, употребляющих наркотики. В целом, амбулаторная программа дает клиенту возможность справляться со сложными ситуациями и чувствами, вызванными взаимодействием со средой, в которой происходит употребление.

Несмотря на это, лечение в реабилитационных центрах остается важной, а зачастую – и спасительной, возможностью для той категории наркопотребителей, которые в силу разного рода причин не смогли добиться результата при амбулаторном

лечении, посещении групп самопомощи или индивидуальной терапии.

Новая эра стационарного лечения наркопотребителей началась в 1960-х годах, с появлением терапевтических сообществ (ТС), образцом для которых послужил Синанон (Synanon). Синанон стал первым терапевтическим сообществом и послужил моделью для таких современных ТС, как Daytop Village, Phoenix House и Project Return. Программа была основана Чарльзом Дедериком в начале 1960-х годов для лечения людей с героиновой зависимостью, которых в то время не допускали на собрания АА. Отличительной особенностью Синанон были групповые сеансы, на которых практиковалась интенсивная агрессивная критика участников со стороны выпускников программы, строгие правила и жесткая дисциплина — все это должно было научить членов сообщества конструктивно справляться со своими чувствами и жить без наркотиков. С тех пор терапевтические сообщества являются наиболее интересной, эффективной и противоречивой методикой лечения наркотической зависимости. Многие из сообществ, зародившихся в 1960-х годах, процветают и по сей день, включая Phoenix House, Daytop Village, Project Return и Oddessey House.

Отношение к ТС неоднозначное в основном из-за того, что для достижения терапевтического эффекта применялись жесткая конфронтация и унижение, считавшиеся необходимыми условиями для того, чтобы пробить внутреннее сопротивление и самозащиту, которые рассматривались как способ обезопасить себя от болезненных чувств. Также считается, что этот механизм защиты блокирует способность участника принимать помощь от других людей и узнавать новые, более эффективные способы заботы о себе.

Как ни парадоксально, именно одно из преимуществ ТС могло отчасти способствовать укоренению этого чрезмерно конфронтационного стиля. Терапевтические сообщества появились в тот период, когда у людей с наркотической зависимостью практически не было доступа к профессиональной психотерапии. Как и АА, они изначально развивались в формате помощи равного консультанта — в прошлом тоже зависимого человека. Преимущество такого подхода заключается в том, что многие люди, употребляющие наркотики, чувствуют меньше стигматизации и больше понимания от людей, которые когда-то столкнулись с похожими трудностями. Это может играть большую роль в создании ощущения безопасности, необходимого

для запуска процесса изменений. Однако у бывших ЛУН также могут проявляться собственные неразрешенные проблемы, что способно нарушить терапевтический процесс. У многих зависимых людей внутри сидит строгий критик. Эта суровая, порицающая часть сознания, или супер-эго, часто проявляется в отсутствии сочувствия к себе и склонности к самообвинению, если человек не соответствует своим собственным ожиданиям. Она также может быть направлена на других людей, не соответствующих его ожиданиям. Вероятно, неурегулированные отношения со своим суровым и карающим внутренним критиком способствовали тому, что основатели движения терапевтических сообществ внедрили жесткую конфронтацию в качестве элемента своего терапевтического подхода.

Конфронтация — это психотерапевтический прием, при котором внимание человека обращается на ранее не осознаваемую часть его личности. Конфронтация может быть необходима для того, чтобы помочь людям лучше понимать себя, но если в ней не чувствуется эмпатии, то человек может воспринять ее болезненно. Несомненно, многие участники терапевтических сообществ оценили эффективность этого подхода в том, что касалось личных прорывов в терапии, поскольку он позволял сбросить панцирь оберегающих, но ограничивающих защитных реакций. Другим же он казался слишком жестоким. Некоторые остались и пострадали от этого процесса, другие сформировали более сильную защиту против атак и ушли, так и не разобравшись со своими внутренними проблемами, третьи в акте самоутверждения покинули ТС, чтобы защитить себя. Проблема заключалась не в самом подходе, а в том, что его применяли ко всем без разбора, не уделяя достаточного внимания эмоциональным различиям людей в столь разноликой группе ЛУН.

За прошедшие годы терапевтические сообщества достигли зрелости и в целом сделали свой подход более профессиональным. Больше внимания уделяется индивидуальным потребностям и эмоциональным уязвимостям участников, улучшилось понимание, кто именно является хорошим кандидатом в члены ТС. Если на заре лечения наркотической зависимости терапевтические сообщества были единственным вариантом, то теперь это не так.

В ТС участника выдергивают из привычной жизни и помещают в жестко регламентированную среду, где практически все аспекты его жизни подчинены

четкому распорядку и контролируются сообществом. Участнику предлагается жизненная философия ТС – четкий свод правил, условий и наказаний, регулирующих повседневную жизнь, а также определенная роль в сообществе. Часто проводится интенсивная групповая и большая общая терапия, где прорабатываются все проблемы, с которыми сталкиваются участники, когда они стараются освободиться от наркотиков и адаптироваться к жизни в сообществе. ТС — это реальный мир в миниатюре. Прилагая усилия и адаптируясь к жизни в терапевтическом сообществе, человек получает возможность подготовиться к возвращению в реальный мир. Для помощи в этом разработан целый спектр мер поддержки.

Помимо того, что терапевтические сообщества помогают участникам научиться справляться со сложными ситуациями без наркотиков, они также нацелены на решение множества эмоциональных, мировоззренческих и личностных проблем, связанных с употреблением. Людей обучают управлять своими чувствами, помогают им изменить проблемные установки и модели поведения, особенно те, которые мешают в удовлетворении индивидуальных потребностей в отношениях, а также способствуют развитию способности лучше переносить разочарование и контролировать свои импульсы.

Традиционно пребывание в терапевтических сообществах длилось от 18 до 24 месяцев с дальнейшим амбулаторным лечением. Сегодня программа в ТС, как правило, намного короче, от трех месяцев до года, хотя можно найти и более длительные варианты лечения. Краткосрочное лечение стало более популярной методикой, поскольку оно дешевле, более привлекательно для потенциальных пациентов, и по статистике настолько же эффективно, как и прежние долгосрочные программы.

Главная ценность терапевтических сообществ заключается в исцеляющей силе группы или сообщества. Подобно тому, как в период формирования личности семья и окружающие причиняют нам боль, когда не отвечают нашим потребностям, группы исцеления обладают способностью исправлять причиненный вред, давая людям возможность получать новые, положительные результаты в качестве альтернативы более ранним, травмирующим.

После того как участник начинает соответствовать критериям успеха сообщества,

адаптировавшись к жизни в нем и справившись с личными проблемами, связанными со злоупотреблением ПАВ, он переходит на следующую стадию лечения, призванную облегчить возвращение в социум.

В целом, терапевтические сообщества — это подходящий вариант для людей, проблемно употребляющих наркотики, которые не получили результата от менее интенсивной амбулаторной программы. Наиболее эффективны ТС для наркопотребителей с многолетней привычкой интенсивного, компульсивного или бесконтрольного употребления, ставшей частью их образа жизни. Люди, жизнь которых разрушилась до основания из-за наркотиков и связанных с ними проблем, получают в ТС поддержку в форме семьи, друзей, работы, жилья и базового распорядка жизни.

Как мы увидим в истории, рассказанной Барбарой Уоллес, многие члены терапевтических сообществ пережили тяжелую психологическую травму либо в детстве, либо в контексте употребления наркотиков. В подобных случаях употребление и связанное с ним поведение часто являются способами избавления от боли и воспоминаний, ассоциируемых с травмой. Безопасность, упорядоченность жизни и поддержка, получаемая в ТС, могут создавать уникальные условия, необходимые людям, употребляющим наркотики, чтобы почувствовать себя достаточно защищенными и начать сложный и болезненный процесс исцеления травм. Это более подробно изложено в моих комментариях к истории доктора Уоллес.

История в этой главе иллюстрирует, насколько мощным трансформационным потенциалом обладают терапевтические сообщества. Случай мисс Э., рассказанный Барбарой Уоллес, демонстрирует все сильные стороны современных ТС. В детстве мисс Э. пережила жестокое физическое и сексуальное насилие, а позднее на протяжении десяти лет была зависима от крэк-кокаина. Прохождение амбулаторной программы для наркозависимых не дало результата, и суд приговорил ее к принудительному лечению в Деймон Хаус (Damon House), ТС в Нью-Йорке, где доктор Уоллес работала психологом. Уоллес описывает, как вместе с членами сообщества использовала мощное сочетание эмпатии и конфронтации в качестве терапевтического подхода, что помогло мисс Э. добиться глубоких и долгосрочных изменений. Исцелив душевную боль — следствие пережитого в детстве насилия, —

мисс Э. научилась выстраивать честные и искренние отношения с другими людьми. Благодаря этим изменениям и при постоянной терапевтической поддержке доктора Уоллес она уже более семи лет не употребляет наркотики.

В этой истории описана исцеляющая сила сообщества. Кроме того, она служит яркой иллюстрацией отчаяния и страданий, которые, как правило, лежат в основе компульсивного употребления наркотиков, а также поразительного потенциала для изменений, который может быть раскрыт при правильном терапевтическом подходе. В своем комментарии я подробно остановлюсь на важных элементах, способствовавших успеху в случае мисс Э.

История мисс Э.: исследование успеха и совместной трансформации

Автор Барбара Уоллес

ВСТУПЛЕНИЕ

Как получилось, что тридцатилетняя афроамериканка, мать двоих несовершеннолетних детей, пережившая эпидемию крэк-кокаина в Нью-Йорке, может с гордостью утверждать, что уже более восьми лет не употребляет наркотики? Среди слагаемых успеха в истории мисс Э. можно выделить многие личные качества, которые она обратила себе на пользу, терапевтические приемы, использованные мною как психологом, и системные факторы, включающие в себя взаимодействие с несколькими учреждениями в Нью-Йорке. К ее личным качествам относятся отчаянная решимость, упорство и инстинкт самосохранения, а также открытость и доверие терапевтическому процессу.

Проще говоря, когда от нее потребовалось проявить смелость, открытость и доверие, она это сделала. К использованным мною терапевтическим приемам относятся техники разрешения травмы и профилактики рецидива, описанные в других публикациях (Wallace, 1992, 1995, 1996), которые совершенствовались на протяжении трех лет работы с женщинами, похожими на мисс Э., в интенсивной группе, занимавшейся по три часа в неделю на базе реабилитационной программы терапевтического сообщества. К системным факторам относятся следующие обстоятельства: мисс Э. была вынуждена взаимодействовать с Городской службой Нью-Йорка по защите детей и семейным судом, была приговорена к посещению

амбулаторной программы реабилитации и терапевтического сообщества, и то, насколько в действительности доступны в Нью-Йорке сообщества и группы поддержки программы 12 Шагов. Помимо сочетания множества личных, терапевтических и системных факторов, я должна отметить и некие непостижимые силы, также существенно повлиявшие на успех. Синхронистичность, которую Юнг определял как значимые совпадения, и духовность, проходящая красной нитью через сообщества и группы поддержки программы 12 Шагов в Нью-Йорке, также должны получить заслуженное признание в качестве ключевых ингредиентов успеха. Это сложное сочетание элементов и запущенный ими процесс исцеления и трансформации напрямую повлияли на то, что последние семь лет своей жизни мисс Э. свободна от химической зависимости. Кроме того, оно оказало влияние и на меня как врача, что говорит о процессе взаимной трансформации.

Подробности трансформации мисс Э. составляют основную часть этой истории. Моя же трансформация, афроамериканки, изучавшей Зигмунда Фрейда и Карла Юнга, заключается в том, что я научилась быть своего рода акушеркой, источником поддержки и помощи в процессе исцеления душевных травм и чудесного рождения нового Я. В моем собственном новом Я переплелись учения Юнга и Фрейда и образ африканской Праматери, вскармливающей своих детей. И сейчас мне представилась уникальная возможность рассказать историю мисс Э., чудесного рождения нового, свободного от наркотиков Я, свидетелем которого мне довелось стать. В моем рассказе также будет представлен обзор терапевтических процессов, которым подвергалась мисс Э., развитие ее истории по ходу лечения, симптоматическое лечение в терапевтическом сообществе и мои отношения с мисс Э. на протяжении нескольких лет в частной практике и за ее пределами. В ходе моего повествования будут обсуждаться не только разные элементы, сыгравшие роль в успешном семилетнем отказе от наркотиков, и их сочетание, но также характер и направление трансформации как клиента, так и терапевта.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В НЬЮ-ЙОРКЕ

В 1990 году дед мисс Э. обратился в Городскую службу по защите детей из-за опасений по поводу ее сына и дочери, в то время младшего школьного возраста. Мисс Э. уже ранее подозревали в физическом насилии по отношению к своим детям. На тот момент она жила в социальной гостинице для бездомных. Там она оказалась в

порочном кругу: курила крэк, а ее социальная карта для начисления пособий находилась в залоге у наркодилера до «дня выплат», что позволяло ей курить весь месяц в кредит. Дилер знал, что первого числа следующего месяца он пойдет с ней в банк и заберет большую часть полученных денег в оплату за выкуренный в этом месяце крэк. Когда дед положил начало второму расследованию против мисс Э. по неисполнению обязанностей в отношении детей, она попала в систему государственных органов и учреждений Нью-Йорка, и ее отправили в амбулаторную программу лечения наркозависимых. Мисс Э. посещала 14 различных амбулаторных клиник, но безуспешно. В конце концов, суд приговорил ее к девяти месяцам лечения в терапевтическом сообществе, а детей передали под временную опеку ее матери.

Мисс Э. поступила в терапевтическое сообщество Деймон Хаус в Нью-Йорке в декабре 1990 года. Я работала в этом учреждении на полставки в качестве психолога-консультанта с января 1990 года. Исполнительный директор надеялся, что я смогу работать с пациентами, пережившими сексуальное и другие виды насилия, поскольку многие женщины-кураторы сами имели подобный травмирующий опыт, и их угнетали истории других участниц. К тому времени, как мисс Э. Приступила к лечению, мы с участницами группы, встречавшейся на три часа каждую неделю, уже практически выстроили эффективную модель работы. Наш терапевтический процесс постепенно обрел свою уникальную форму благодаря нашему сотрудничеству и взаимодействию друг с другом (Wallace, 1992). Мисс Э. должна была находиться на лечении до сентября 1991 года, но по собственному решению оставалась в ТС до момента возникновения проблемной ситуации, в результате которой она была вынуждена внезапно уйти в начале марта 1992 года. Мисс Э. обвиняли в романтической связи с одним из членов сообщества, кроме того, у нее сложились напряженные отношения с другой участницей программы, с которой я работала, и историю которой описала в другой своей работе (см. мисс Ю., Wallace, 1993). Таким образом, мисс Э. прошла 15 месяцев реабилитационной программы в терапевтическом сообществе.

Один из элементов успеха, проявившийся в самом начале этой истории, заключается в том, что клиенты, приговоренные к лечению семейным судом или системой уголовного правосудия, чаще всего легко адаптируются в терапевтических сообществах. Процесс изменения поведения, через который прошла мисс Э., принес достойные результаты, и со временем они все больше усиливались. Поэтому

неудивительно, что, когда наступил тот день, день, которого она ждала с таким нетерпением, день, когда она могла закончить лечение, она выразила готовность остаться в программе.

Когда мы думаем об эпидемии крэк-кокаина, бушевавшей в США с середины 80-х до начала 90-х, на ум приходит резкий рост числа детей, переданных на воспитание в приемные семьи. Через десять лет после того, как пик эпидемии миновал, стало известно об огромном количестве таких детей, которые впоследствии подвергались жестокому обращению, что приводило к лишению родительских прав, которое, вероятно, происходило без надлежащего уведомления клиентов. Однако, каким бы странным это ни показалось, государственную систему можно только поблагодарить за ее роль в успешном выздоровлении мисс Э.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СООБЩЕСТВЕ

Я никогда не забуду первую встречу с мисс Э. в тот день, когда она впервые пришла на группу в Деймон Хаус. Комната казалась наполненной ярким светом, словно за окном стоял весенний день, хотя на самом деле была зима. В тот первый день на встрече группы мисс Э. сидела в кругу справа, на некотором расстоянии от меня, в просторной комнате, где мы обычно занимались. Она выглядела ухоженной, женственной и сильной одновременно, и, казалось, пребывала в прекрасном расположении духа. Она производила впечатление человека, способного выжить на улице, говорила громко и категорично, практически кричала. Детали ее речи были не так важны, как само желание громко заявить группе о своем присутствии. Можно было подумать, что она говорит другим участницам группы и сообщества в целом: «Я сильная, поэтому никому не стоит бросать мне вызов». Она производила впечатление человека, способного как постоять за себя, так и нанести мощный упреждающий удар.

Сначала мисс Э. получила стандартное задание. Обычно я прошу других участниц группы рассказать новичку о том, чем мы здесь занимаемся. Все члены группы были выходцами из неблагополучных семей, они рассказывали о пережитых травмах и насилии. Мисс Э. также присоединилась к беседе и немного рассказала о своем прошлом, но без эмоций, просто перечислив некоторые факты.

ПЕРВАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ: СТИМУЛ ДЛЯ ТРАНСФОРМАЦИИ

После трех месяцев групповой терапии, когда мисс Э. получила уже достаточно

образования на тему неблагополучных семей и психологических травм, и стала свидетельницей терапевтического процесса других участниц, ей предложили первую психологическую интерпретацию, имевшую отношение к тому, что было очевидно с самого первого дня ее участия в группе (учитывая ее громкое заявление о своем присутствии и своей силе). Первой интерпретацией или единицей информации, направленной на понимание изначальной оборонительной позиции, были следующие слова: «Снаружи Вы кажетесь крепкой и твердой, как камень, но мне интересно, что происходит у Вас внутри». Дав ей время послушать, услышать и обдумать эту интерпретацию, я продолжила: «Вы похожи на камень с громкоговорителем. Я бы хотела узнать о той боли, которая прячется у Вас внутри». И в самом деле – складывалось впечатление, что в нее встроены колонки на 100 ватт, через которые она вещала, оставаясь при этом похожей на каменную глыбу.

На четвертый и пятый месяцы ее пребывания в группе, когда она все еще занимала оборонительную позицию, эта интерпретация несколько раз повторялась в краткой зашифрованной форме, иногда шутливо. В краткой зашифрованной форме интерпретация звучала следующим образом: «Вы похожи на каменную глыбу с громкоговорителем». Со временем мисс Э. начала угрюмо соглашаться с моей мыслью, и вслух размышляла: «Я прячу свою боль внутри», в то время как группа переходила к следующей теме.

Относясь с уважением к оборонительной позиции клиента, я задавала себе вопрос: «Дойдет ли она до того состояния, когда сможет рассказать о своей боли, прочувствовать и преодолеть ее, излив душу группе?». Я не знала ответа на этот вопрос. Порой ее постоянное пребывание в этой каменной обороне утомляло и меня, и ее саму, и других участниц группы. Поэтому краткая форма интерпретации также косвенно несла следующий посыл: «Другие женщины сегодня готовы делиться, а Вы, похоже, пока не готовы. Нам нужно двигаться дальше, чтобы те, кто готов работать над своей болью, могли это делать». Наша группа была довольно большой, от 15 до 25 человек. Это скрытое сообщение позволяло нам двигаться дальше и уделять время и внимание другим членам группы. Но перед этим наступал момент, когда мы все проникались уважением к мисс Э. за то, что она хоть на мгновение покорялась своей боли и признавала, что чувствует ее. Она нередко позволяла себе короткие моменты уныния, теряя свою напускную храбрость и отказываясь от оборонительной позиции.

Когда слово брали другие участницы группы, она видела, что можно искренне делиться своими чувствами, и что другие женщины и я оказываем поддержку и помогаем справиться с болью.

Первая ключевая интерпретация, произошедшая весной 1991 года, вызвала глубокий отклик как у мисс Э., так и у меня лично. Весна послужила метафорой для периода роста в жизни мисс Э., и в дальнейшем сменилась прорывом, подобно тому, как на смену первым зеленым листочкам приходит пышное цветение. Однако летом 1991 года у мисс Э. после нескольких месяцев роста наступило серьезное посттравматическое стрессовое расстройство. Оно стало отражением реальности, наступившей после пережитой травмы, в которой она боялась смерти и считала ее возможной. Она испытывала такие симптомы, как ночные кошмары, флешбэки и тревожность. Это заставляло ее изолироваться от других; создавалось впечатление, что она неспособна испытывать нежные и теплые чувства. У нее часто случались вспышки гнева. Временами она была очень раздражительна и выглядела подавленной.

Однако я считаю, что интерпретация ее главной оборонительной позиции в итоге была сделана в подходящее время, в безопасной среде группы и терапевтического сообщества. С мисс Э. постепенно начала слезать защитная оболочка, которую она сама создала.

Другим ключевым компонентом лечения стало то обстоятельство, что я попросила мисс С., опытную участницу группы, которая провела с нами уже год, рассказать мисс Э. о том, как мы работаем с психологическими травмами, и о важности исцеления от травмы в рамках группового процесса. Мисс С. описала, через что прошли другие члены группы, включая ее саму, и в конце добавив от себя, пожалуй, самую важную фразу: «Доверься ей. Используй группу». Как мисс С. сказала мне позднее, она словно протянула мисс Э. руку помощи и поддержала ее, найдя точки соприкосновения. Словно бы я «объединила их», как сестер. Удивительно, что мисс С. не только стала проводником, вызвав у мисс Э. доверие терапевтическому процессу в группе, но и сыграла главную роль в другом синхронистичном моменте, как мы увидим в дальнейшем.

После ласковых приглашений и призывов мисс С. мисс Э. разрешила себе довериться групповому процессу, своим сестрам из сообщества и мне. Она променяла

свой защитный образ каменной глыбы с громкоговорителем на страховочную сеть, сотканную участницами группы. Еще одной страховкой, на которую она полагалась, были моя постоянная эмпатия и поддержка, а также внутренний порядок терапевтического сообщества. Сбросив свою каменную оболочку, она с головой погрузилась в боль, в огромное глубокое озеро боли, но обнаружила, что не тонет в нем. Отказавшись от громкоговорителя, она нашла свой внутренний голос, в том числе голос маленькой, травмированной и измученной девочки, кричавшей о своей боли и страданиях, и голос маленького мальчика, страдавшего вместе с ней, ее брата, который в тот момент сидел в тюрьме.

Однако в ее голосе также звучало нечто, похожее на коллективную боль, включавшую в себя боль других участниц группы. Возможно, они никогда не сталкивались со страданиями такого масштаба, через которые прошла мисс Э., и не могли так же стойко выдержать их, как это смогла сделать она благодаря своей каменной обороне. Словно та часть ее личности, которая формировалась и развивалась вокруг этой защитной оболочки, «каменной глыбы с громкоговорителем», давала ей подлинную силу. На самом деле, именно в этом может заключаться суть «уличного» отношения и поведения: находить врожденные положительные качества, необходимые для выживания, и адаптироваться к далеко не идеальным ситуациям. Ее, в сущности, сильное и неповрежденное эго, рано научившееся наблюдать на взрослых вокруг, знавшее, как выжить ради себя и ради своего брата, оказалось способно к самонаблюдению и здоровому рассказу обо всех образах, которые всплывали в ее памяти в качестве главного симптома посттравматического стрессового расстройства на групповых процессах и в моменты разрешения травмы. В течение двух месяцев мисс Э. жила и работала в терапевтическом сообществе, страдая от ярко выраженного посттравматического стрессового расстройства, и использовала наши трехчасовые пятничные встречи для работы со своими рецидивирующими воспоминаниями, кошмарами и флешбэками.

«Э» ЗНАЧИТ «ЭТО КАЖДАЯ ИЗ НАС»

Когда мисс Э. втянулась в процесс лечения, она стала довольно значимым человеком в группе. Она стала примером работы механизма разрешения травмы в групповом процессе. Для меня это так, поскольку я анализирую всех пациентов, прошедших через мои группы и частную практику, и посещавших вместе со мной

группы Тависток (Tavistock). Группы Тависток представляют собой довольно необычную модель изучения группового процесса, состоящую из больших и малых групповых активностей, в ходе которых консультант дает группе обезличенную обратную связь о поведении группы в целом. Благодаря тем результатам, которые мисс Э. достигла на групповой терапии, я смогла участвовать в подобных группах в качестве профессионала. На двухдневной конференции Тависток весной 1993 года я добавила в игровой процесс то, что узнала в работе с мисс Э. Я сделала это потому, что на конференции многие участники группы поднимали тему психологических травм, жестокости, изнасилования и детского насилия. Я громко и поэтично произнесла следующие строки: «Я – каменная глыба с громкоговорителем. Но когда я с головой погрузилась в свою боль, то обнаружила, что не тону в ней, могу пережить ее и выплыть на берег». Мои слова оказали мощное воздействие на других участников большой группы. Таким образом, трансформация мисс Э. и полная интерпретация того, через что ей пришлось пройти, в определенной степени на меня повлияли и многому научили. А я, в свою очередь, запустила этот процесс в других.

Эту афроамериканку с двумя классами образования, перенесшую невыносимые травмы и страдания в Гарлеме, можно назвать настоящей героиней. Если вообще можно оценивать значимость человека, ставшего примером того, как справляться со своей болью, добираться до другого берега и рассказывать обо всем, через что ты прошла, испытывая при этом подлинные чувства. На конференции Тависток так много белых людей среднего и высшего класса говорили уклончиво, философствовали, искали логические обоснования, даже работая в малых группах, но не могли решиться погрузиться с головой в свою боль, обменять свой громкоговоритель на возможность соединиться со своим внутренним голосом, или с голосом оскорбленного и травмированного внутреннего Я. Во время моей работы в малой группе заплаканная белая женщина поблагодарила меня за то, что я подтолкнула ее войти в контакт с собой и начать работать над травмой, полученной в результате сексуального насилия, хотя я в основном опиралась на то, что узнала от мисс Э. В этой группе я работала с ситуацией, когда человек занимался научной деятельностью в магистратуре под руководством профессора, и внезапно все бросил, чувствуя, что его символически публично изнасиловали и жестоко оскорбили. Таким образом, мисс Э. — «Это каждая из нас» на разных уровнях, поскольку ее пример учит доверять, раскрываться и

полностью проживать свою боль. Определенные универсальные принципы того, как можно справиться со своей болью, отражены в ее истории успеха, и они подходят как белым представителям среднего класса с докторской степенью (какими были большинство участников Тависток), так и бедным афроамериканцам с двумя классами образования.

Сила сестер Африки, переживших ужасы «среднего пути» и рабства, казалось, была той же силой, что помогла мисс Э. проявить редкую смелость и погрузиться в свою боль. Эта же сила помогала мне начинать встречу группы каждую пятницу и руководить терапевтическим процессом разрешения травм, после которого я часто чувствовала себя утомленной, а воображение рисовало ужасные образы страданий, о которых рассказывали мне клиенты на протяжении всей недели. В те вечера я тоже часто была «мисс Э.». Иногда я изо всех сил пыталась найти друзей, способных выслушать то, что слышала я, потому что мне тоже было необходимо снять напряжение, поделиться и исцелить себя, чтобы в следующую пятницу снова работать с группой. Я должна была быть достаточно сильной, чтобы «исцелять состраданием» и приходить на встречи каждую неделю. Я не должна была проживать это, только давать поддержку и сочувствие женщинам, вновь проживающим травмировавшие их ситуации. Находиться в комнате с 15-25 женщинами, из которых 5-8 одновременно погружались в свою боль, связанную с сексуальным или физическим насилием, алкоголизмом родителей или бытовым насилием, было абсолютно не похоже на то, о чем писали Фрейд или Юнг. Казалось, что сила африканских предков, переживших гораздо больший ужас, поддерживает и двигает групповой процесс, а я сидела как милосердная африканская мать, выполняя роль акушерки, которая помогает своим цветным сестрам пройти болезненный процесс рождения нового Я.

ПОДРОБНОСТИ ТЯЖЕЛОГО ДЕТСТВА

Кроме цветочной метафоры, следует привести и конкретные детали, передающие характер той боли, которую мисс Э. преодолевала в группе. Она описывала, как голодала, а родители, зависимые от алкоголя и героина, не заботились о ней. В какой-то момент мать исчезла из поля зрения, и выходные стали временем для пыток в руках ее отца. В качестве наказания отец поднимал ребенка высоко в воздух и бросал на пол; мисс Э. видела, как это происходило с ее братом снова и снова, и помнит, как с ней делали то же самое. Она описывала лицо своего брата, опухшее и искаженное от

побоев отца. Отец истязал ее, насилуя каждые выходные, когда она была маленьким ребенком. Она помнит, как, проникая в нее, он разрывал ей половые органы, а потом вез в пункт неотложной помощи, чтобы наложить швы, и работники принимали ложь, которую отец с ней заранее отрепетировал. Еще более невероятным было то, что, когда она неделю спустя снова оказывалась в том же пункте неотложной помощи, потому что во время традиционного еженедельного изнасилования отец разорвал наложенные в прошлый раз швы, те же работники принимали и новые лживые объяснения.

Значение и масштаб секретов, скрывааемых детьми, подвергавшимися насилию, также нашли выражение в ее истории. Мисс Э. рассказывала, что, будучи маленькой девочкой, делилась своими секретами лишь с другой девочкой, жившей в ее районе; обе подвергались сексуальному насилию со стороны своих отцов. Твердым голосом, в котором звучал акцент ее предков, два поколения назад живших на Юге США, с жаром и сквозь потоки слез она произнесла: «Я хранила ее секреты, а она — мои». Ее слова эхом разнеслись по комнате, и все мы ощутили боль и ужас, через которые она прошла и чудесным образом смогла выжить. Далее мисс Э. рассказала, как однажды ту девочку нашли мертвой в переулке с вырванной маткой, лежавшей у нее на груди. Реальность смерти, которой ей постоянно угрожал отец, заставляла мисс Э. хранить молчание, и она впервые нарушила его в нашей группе, в неприкосновенном кругу сестер.

Между выходными, полными мучений, она приходила в школу, только чтобы получить еду для себя и брата. Во втором классе ее исключили из системы государственных школ Нью-Йорка за то, что она украла деньги из бумажника учителя, — она сделала это, чтобы купить еды себе и брату. Но и до исключения школа не давала ей ничего хорошего, кроме еды, потому что дети постоянно дразнили ее из-за неухоженной внешности и прически — следствия родительского пренебрежения.

МИСС Э. КАК ПРИМЕР ГЛУБОКОЙ РАБОТЫ С БОЛЬЮ

Наиболее жестокие формы пренебрежения, физического, сексуального, словесного и эмоционального насилия, а также домашнего и уличного насилия сопровождали мисс Э. всю жизнь. Глубина, характер, продолжительность и диапазон ее травм наполнили ее океаном боли, в котором «каждая из нас» могла увидеть отражение себя.

Мисс Э. полностью проработала свою боль. В ту весну и лето 1991 года ее слезы были подобны потокам дождя, когда она подавала пример преодоления самых глубоких страданий и ужасающих, травмирующих воспоминаний. Любовь, сострадание и уважение наполняли комнату всякий раз, когда она делилась своей историей, приходя каждую неделю на встречу и продолжая рассказывать о своей боли и симптомах. Это запустило коллективный процесс, в рамках которого другие женщины тоже раскрывались и делились своими страданиями. Откровения мисс Э. пробуждали погребенные воспоминания у других жертв изнасилования, и они тоже начинали ими делиться. Например, на одной из встреч в конце весны 1991 года она сидела в кругу участниц слева от меня, чуть в отдалении, облокотившись на стену, и сказала, что всю прошедшую неделю у нее болел живот (матка). Она просто вскользь упомянула об этом, пока проживала свою боль и делилась воспоминаниями. Другая участница, та самая мисс Ю. (Wallace, 1993), которую я уже упоминала, начала извиваться на стуле. Я спросила: «Мисс Ю., Вы что-то вспомнили? Что Вы чувствуете?». Приободренная моими словами, она объяснила, что чувствует, как мужские руки шарят по ее телу. Включаясь в процесс разрешения травмы, мисс Ю. вкратце объяснила группе, что во взрослом возрасте ее похитили несколько мужчин, бросили в грузовик и изнасиловали. Неожиданно настал подходящий момент для психообразования. Я рассказала о том, что у нас есть телесная память, и обе женщины ощутили воспоминания, хранившиеся в их телах.

То, что просыпалось в других женщинах благодаря откровениям мисс Э., также приводило их к продуктивной работе в группе. Видя, как она погружается в свои страдания, а ее тело содрогается от рыданий, когда она рассказывала о своем прошлом, другие участницы познавали процесс разрешения травм. Они следовали ее примеру: в их сознании тоже были похоронены воспоминания, которые всплывали на поверхность и наполняли их страданиями, и которые теперь можно было сознательно проработать при свете дня. В другой раз, летом 1991 года, мисс Э. рассказала группе, что видела сон, в котором она лежит рядом со своим обнаженным отцом. На самом деле это было воспоминание, всплывшее из подсознания. Мисс Д., ставшая жертвой изнасилования в 18 лет, спросила ее: «Тебе понравилось?». Снова наступил удачный момент для психообразования, в этот раз на тему идентификации с агрессором. Во время акта насилия жертва становится свидетелем поведения агрессора и запоминает

его детали. Как это ни парадоксально, несмотря на травму, нанесенную агрессором, жертва автоматически неосознанно идентифицирует себя с ним и позднее может совершить практически идентичный акт насилия. Тот, кто идентифицировал себя с агрессором, способен повторить подобное поведение, став агрессором по отношению к другому человеку. Словно жертва, идентифицировавшая себя с агрессором, теперь меняется с ним ролями, и сама становится агрессором, ставя кого-то другого на место жертвы. Эта своевременная порция психообразования позволила избежать острого и жестокого потенциального конфликта в группе. Участницам группы напомнили о деталях пережитой мисс Д. травмы, и они поняли, что побудило ее задать такой вопрос. Мисс Д. была изнасилована в 18-летнем возрасте под дулом пистолета. Какой-то человек ждал, когда ее мать уйдет из квартиры, потом позвонил в дверь и направил на нее пистолет. Позднее, в полицейском участке, сержант спросил ее: «Тебе понравилось?». Таким образом, мисс Д. поменялась ролями (Wallace, 1996), взяв на себя роль сержанта полиции, показывая, что идентифицирует себя с агрессором, а мисс Э. поставила в позицию жертвы, которой в тот день в полицейском участке оказалась она сама. Таким образом, истории, которыми делилась с группой мисс Э., становились триггерами для воспоминаний других участниц, которыми они делились с группой, а также для их адаптивных копинг-стратегий и способов самозащиты, подобных смене ролей, продемонстрированной мисс Д. Это показывает способность воспоминаний и симптомов мисс Э. активировать информацию, похороненную глубоко в подсознании других членов группы. В этой истории мы видим, что нередко требуются вкрапления психообразования, объясняющие, что происходит с другими членами группы, которые по-разному реагируют на эти триггеры. Иногда нам приходилось одновременно или поочередно работать с болью нескольких участниц группы, помогая им разрешить травму и преодолеть травмирующие воспоминания и симптомы. Неудивительно, что пятничными вечерами меня переполняли различные травмирующие воспоминания.

За 15 месяцев пребывания мисс Э. в группе ее рассказы охватили широкий круг психологических травм. Среди них были: жестокие сцены бытового насилия между матерью и отчимом, свидетелем которых она становилась, будучи ребенком и подростком; отчаянные ссоры и драки с матерью в подростковом и совершеннолетнем возрасте; нападение на другую женщину из-за своей матери и проведенный за это год

в тюрьме; убийство отца ее первого ребенка, дочери; период, когда ей было негде жить, и этим воспользовался пожилой родственник, дававший ей деньги и жилье в обмен на кровосмесительный секс.

ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАВЕРШЕНО: ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕРАПИИ

Усердно работая в группе и подавая пример разрешения травм, в сентябре 1991 года мисс Э. успешно завершила назначенный судом девятимесячный курс в терапевтическом сообществе. Ее состояние заметно стабилизировалось, и она полностью проработала свои травмирующие воспоминания, всплывшие весной и летом. Осень принесла с собой стабильность и успех. Судья постановил, что, освободившись от наркотиков, она может забрать своих детей, если у нее появится подходящее жилье. В эти осенние месяцы, посещая встречи в терапевтическом сообществе, мисс Э. говорила о решении возникших практических вопросов. Она была серьезно обеспокоена тем, хорошо ли ее мать заботилась о ее детях, и рассказывала о готовности судьи вернуть их ей. Она боролась со страхами, связанными с возвращением к воспитанию детей, и тревожилась о жизни за стенами лечебного учреждения, в котором чувствовала себя в безопасности.

Учитывая ее волнение насчет того, как ее мать присматривала за детьми, мисс Э. также должна была работать над тем, чтобы не возвращаться к жестоким спорам с матерью, за последние годы ставшим обычным явлением. Она была не согласна с воспитательными методами матери, точнее, их отсутствием, сокрушалась по поводу того, что ее сына, видимо, били до такой степени, что у него в моче появлялась кровь. Однако она понимала, что должна вести себя сдержанно и следить за тем, что говорит матери относительно своих подозрений о побоях. Она выучила фразу, ставшую мантрой для членов группы, которые пытались контролировать свои агрессивные импульсы: «Насилие — не выход». Помня об этом, она была вынуждена уходить из дома матери после посещения своих детей, особенно когда была недовольна их одеждой или внешним видом, но никак не могла решиться покинуть терапевтическое сообщество и взять на себя воспитание детей.

ОДА В ЧЕСТЬ УСПЕХА НА ЦЕРЕМОНИИ ВЫПУСКА 1991 ГОДА

Поздней осенью 1991 года, когда вероятность ее ухода для взятия опеки над своими детьми тяжело висела в воздухе, в Деймон Хаус была объявлена церемония

выпуска. Имея возможность выступить на ней, поскольку там должны были присутствовать многие участницы моей пятничной группы, я решила зачитать стихотворение, написанное в честь мисс Э. Оно было идеальным напутствием для всех тех, кто покидал ТС. В конце стихотворения я объясняла, почему мисс Э. — «Это каждая из нас», которая одновременно предвкушает и боится воссоединения со своими детьми. Стихотворение служило мощным напоминанием выпускникам о том, что они изучили в «доме», где они жили и проходили лечение, и что они также должны быть готовы пройти тест на знание этого нового материала и инструментов, полученных во время лечения.

Но меня мучало несколько ключевых вопросов: «Уместно ли поделиться этим стихотворением (написанным в момент уединения, когда я, глубоко взволнованная, сидела в слезах перед компьютером) с самой мисс Э., не говоря уже о том, чтобы прочесть его публично? Уместно ли возводить эту клиентку до уровня всеобщего символа? Не вызовут ли мои чувства, выраженные в стихотворении, эмоциональное перевозбуждение у нее?». Мне потребовалось некоторое время, чтобы принять решение о том, уместно ли будет поделиться этим стихотворением с самой мисс Э., не говоря уже о большой аудитории на церемонии. Но, внимательно изучив его, я увидела, что в нем выражено мое искреннее и достоверное восприятие терапевтического процесса в группе, а также подтверждение действительно колоссальных усилий, приложенных мисс Э. для достижения прогресса в лечении. Вот это стихотворение.

Мисс Э., с гордостью и любовью

С гордостью и любовью взираем мы на мисс Э., нашу дорогую подругу,
когда ее время в женской группе подходит к концу.
Потому что по решению судьи,
освободившись от наркотиков, она воссоединится со своими детьми.
Она перед нами, готовая сделать шаг,
воплощение прекрасной, свободной от наркотиков чернокожей женщины.
Она излучает любовь и силу души,
она одновременно так нежна, и так смела.
Она с теплом обнимает своих сестер,
даже когда должна вступить с ними в конфронтацию.
Мисс Э. волнуется, что снова будет жестока с детьми,
ведь жизнь учила ее только этому.
От изнасилования отцом до сцен физических мук,
от зависимости ее матери и безнадзорности

до лютого голода.

Она ходила в школу только для того, чтобы ей и брату было что поесть,
а выходные не сулили ни еды, ни чего-то хорошего,
только жестокость, насилие и смертельный ужас,
что если она раскроет секрет, то ее ждет мучительная смерть.

Сколько может душа выносить все мыслимые жестокости?

Почему насилие становится ежедневной практикой?

Есть ли шанс у измученной и израненной души изменить свою жизнь?

Можно ли отменить вечные страдания, на которые эти души обречены?

То ментальное пространство, где живут низкие и негативные ожидания,
а также сценарии для повторения драмы неблагополучных семей —
имеется в виду заученный набор роковых инструкций.

Указаний для каждого последующего поколения испытывать боль на том перекрестке,
где мы либо выбираем старую дорогу, где все знакомо и одинаково,
либо другой маршрут с инструкцией к новой трансцендентной игре.

Эта новая игра и дух, о котором я говорю,

разрешает свободное проявление творчества, к которому мы все должны стремиться.

В этой творческой энергии проявляется наш божественный потенциал.

И мы, наконец, завоевываем свое место в Царстве Божиим на земле.

В этом состоянии благодати мы с легкостью разбиваем порочный круг боли.

И отказываемся от насилия, импульсивных желаний и химической зависимости.

Мисс Э. сидела с нами в группе и прожила свою боль.

Она рыдала так, что слезы текли, словно потоки дождя.

Ее тело вздрагивало с такой мрачной силой,

что глубина ее боли стала для группы огромным ресурсом.

Ее сестры видели и чувствовали этот мощный процесс излечения.

И они стали осознавать, что в роли свидетеля

они нашли дорогу к собственному внутреннему исцелению.

И, несмотря на страх, начали раскрываться,

чтобы тоже очистить и исцелить раны своих душ

и начать мечтать о чудесном воссоединении с семьей.

С нетерпением ожидая тот день, когда они тоже смогут с гордостью говорить
о школе, последующем наблюдении и доме, где они живут со своими детьми.

Мисс Э., с любовью и верой

мы провожаем тебя навстречу семье и новой жизни без наркотиков.

Помни, твои чувства, внутренний голос и интуиция будут твоими проводниками.

Помни уроки, которые ты здесь усвоила.

Помни, как ты была силой, ориентиром и бережным корректором
своим сестрам, с которыми ты всегда будешь связана.

Пока мы наблюдаем, как ты поднимаешься по золотой лестнице,
напоминаем тебе, что любые ошибки всегда можно исправить.

Просто обратись за помощью, и ты узнаешь, как пройти этот тест,
потому что после короткого отдыха за ним всегда последует еще один.

Это возможность вырасти и узнать еще больше,

чтобы достичь того заветного берега.

Я говорю о месте, где мы получим тот величайший дар —

качаться в объятиях Господа и чувствовать наивысший подъем,
когда встретимся с теми, кто всегда так сильно любил нас,
даже лежа изнасилованным, избитым, покинутым, в ожидании смерти.
Так отправляйся же в мир, мисс Э., поменяв страх на веру.

И никогда не забывай волшебный терапевтический процесс, который мы прошли вместе.
Но, душевно прощаясь с тобой, просим тебя — помни одно:
наши сердца поют для тебя с гордостью и любовью!

Стихотворение для мисс Э., которая есть в каждой, которая одновременно предвкушает и
боится воссоединения со своими детьми.

Барбара Уоллес
28 сентября 1991 года

Поскольку многое в истории мисс Э. вышло на коллективный уровень, я не испытывала неудобства по поводу своего решения дать мисс Э. копию стихотворения и зачитать его публично на церемонии. И я не пожалела о своем решении. Полученный ею опыт был достоин оды, дани уважения афроамериканке, которая достигла невероятных высот с того дня, как сидела в пункте неотложной помощи, изнасилованная собственным отцом. Ее успех также символизировал все то, чего достиг каждый участник выпускного, восстав из пепла химической зависимости.

Ода превратилась в инструмент, предназначенный для конкретной цели — ориентации на участие в групповом процессе, подобный тому, что мы проходили в Деймон Хаус. Как коллективная ода трансформационному процессу, который может происходить в группе, это стихотворение приведено в моей книге в качестве предисловия к терапевтическому процессу (Wallace, 1996). Предполагается, что оно способствует лучшему пониманию семи аспектов групповой работы:

1. Пережив физическое, словесное или сексуальное насилие, мы должны признать риск того, что сами можем взять на себя роль агрессора по отношению к другим. Это может шокировать или вызвать страх.
2. Если мы подвергались жестокости и насилию, то думаем, что это и есть нормальный способ решения проблем.
3. Из-за перенесенной психологической травмы мы можем думать плохо о себе и о своих действиях. Наши мысли подобны пророчеству Судного дня или отрицательным ожиданиям, которые мы подсознательно стремимся исполнить или воплотить в жизнь.
4. В нас есть сценарий для повторения драмы неблагополучной семьи. И мы неосознанно ему следуем. Наши дети и каждое последующее поколение наших потомков столкнется с тем же насилием.

5. У нас есть надежда, потому что мы можем разрушить старые модели, создать для себя новые пьесы, новые сюжеты, новые модели поведения, новые мысли и новые ожидания.
6. Когда вы создаем новые модели поведения и шаблоны общения с нашими родителями и детьми, а также друг с другом в группе, мы приближаемся к своему наивысшему, божественному потенциалу.
7. Следуя примеру мисс Э., изложенному в стихотворении, мы достигаем своего максимума. Нам может потребоваться полностью преодолеть свою боль. Проходя через нее, мы можем обнаружить, что вышли на тропу, ведущую к исцелению.

ПРИЗНАНИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ КЛИЕНТА И ВРАЧА

Что касается моей собственной трансформации, в тот период важную роль в моей личной жизни играла поэзия. Написание стихов было для меня инструментом, с помощью которого я хотела разрешить себе стать более целостным человеком, способным проживать и полноценно чувствовать масштаб травмы, разделяемой женщинами в группе, а также и свою собственную боль. Точно так же, как мисс Э. показала нам, как прочувствовать всю глубину своей боли, я позволила себе выражать свою эмоциональную и интеллектуальную реакцию на длительное сопереживание женщинам, перенесшим психологические травмы. Когда мои друзья больше не могли выдерживать моих рассказов о том, что я слышала от участниц группы, благодаря поэзии я могла исцелиться от напряженной работы над разрешением травм.

Мое образование и профессиональная подготовка, а также внушенные «правила» этического поведения окутывали меня каменным коконом, и я как врач транслировала правильные слова и действия. Мне казалось важным, чтобы рассказ о моей личной трансформации включал в себя доказательства того, что я сама стала более мягкой и эмоциональной, и в публичном прочтении стихотворения проявилась моя собственная любовь к поэзии, выпустившая на волю пронизанные глубокими чувствами инсайты. Также я смогла показать, что «все понимаю» настолько, что способна передать в стихотворной форме опыт насилия и процесс исцеления.

Параллельно с моей собственной трансформацией, трансформация мисс Э. шла своим чередом. Поток слез стачивали острые углы ее каменной защитной оболочки и смягчали ее, что также было частью ее трансформации. Точно так же лившиеся по моим щекам слезы, которые стали моими неизменными спутниками в эти одинокие вечера поэзии, истончали мой каменный кокон, сплетенный из правил этического

поведения и учений Фрейда и Юнга. Она стала менее «уличной», более эмоционально доступной и цельной. Я стала более цельной, человеческой и гармоничной, ощущая свое родство с африканской Праматерью, которая вскормила десятки женщин и выполняла роль акушерки, через групповой процесс помогая рождению их новых Я. Мое собственное посвящение в акушерки имело для меня большое значение, что отражено в моих стихах. Благодаря групповому процессу десятки женщин испытали трансформацию. Участницы, проработавшие свою боль и травмы в группе, сравнивали свое состояние с более опытными членами сообщества, не проходившими групповой терапии, и замечали, что освободились от некоторых симптомов, которые еще проявлялись у тех, кто был слишком занят обучением и не посещал пятничные встречи. Произнося слова «Я так горжусь вами», я была Матерью-Землей, указывающей женщинам, подобным мисс Э., на ту трансформацию, которую они пережили в группе. Свет в моих глазах, глазах символической африканской Праматери, исправлял вред, который нанесли им другие воспитатели, возвращая в участницах группы здоровое самолюбие, гордость и высокую самооценку.

К тому времени, как с начала ее лечения прошел год, мисс Э. готовилась провести в терапевтическом сообществе вторую весну, и ее состояние стало стабильным и спокойным. Неудивительно, что многие мужчины в сообществе находили ее весьма привлекательной. Мисс Э. призналась, что испытывает чувства к одному из них и разговаривает с ним. Я не удивилась, когда в марте 1992 года кроме ссоры с мисс Ю. ее обвинили в романтической связи с одним из членов сообщества и внезапно выписали. Однако на тот момент у нее уже не проявлялись те симптомы, с которыми она успешно справилась за 15 месяцев терапии в женской группе и пребывания в ТС.

СИНХРОНИСТИЧНОСТЬ: ПРОДОЛЖЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ В ИНДИВИДУАЛЬНОМ ФОРМАТЕ

Во вторую неделю марта 1992 года, во вторник после обеда, я проводила индивидуальную психотерапевтическую сессию с мисс С. Время ее лечения подошло к концу, она покинула Деймон Хаус и вернулась в общество. Мисс С. проходила у меня психотерапию (за символическую плату) в качестве частного клиента, как и несколько других женщин, завершивших лечение в Деймон Хаус. Это была та самая мисс С., которая по моей просьбе объяснила мисс Э. процесс разрешения травмы и добавила от себя: «Доверься ей. Используй группу». Вернувшись к жизни за

пределами реабилитационного центра, мисс С. поддерживала контакт со многими сестрами из Деймон Хаус и рассказала мне, что в прошлую пятницу между мисс Э. и мисс Ю. произошел конфликт, и что мисс Э. попросили покинуть учреждение. Я продолжила сессию с мисс С., но чувствовала, что срочно должна что-то предпринять. По окончании сессии я сразу же позвонила в ТС и поговорила с куратором. Я начала расспрашивать насчет мисс Э. Наш разговор только начался, как нас прервали, и вызов был поставлен на удержание. Куратор сообщила мне, что мисс Э. на другой линии, и что она позвонила узнать, когда ей можно прийти и забрать свои вещи. Я попросила куратора дать ей мой номер телефона для частных клиентов и сказать, что я хочу видеть ее у себя на индивидуальной терапии. Мисс Э. позвонила, и мы договорились о встрече. Я сидела за столом и удивленно качала головой, поражаясь этой синхронистичности, необычайному стечению обстоятельств: «Это божий знак». Для описания подобных значимых совпадений Карл Юнг использовал термин синхронистичность. Остальные же, выражаясь языком программы 12 Шагов, могут просто признать это действием Высшей силы.

ВОЗВРАЩЕНИЕ В ГАРЛЕМ

Из-за внезапной выписки мисс Э. была вынуждена поселиться у своего отца в маленькой квартирке в Гарлеме. Человек, которого она описывала, мысленно возвращаясь в процессе разрешения травмы в квартиру своих детских кошмаров и страданий, теперь стал заботливым отцом. Он освободился от наркотической и алкогольной зависимости, пытался прожить на скудный заработок и решал проблемы со здоровьем. Возможно, он работал по Четвертому шагу программы 12 Шагов в АА и хотел загладить свою вину, или просто в нужный момент смог протянуть ей руку помощи, пытаясь компенсировать нанесенный вред. Я была поражена тем, как этот мужчина старался раздобыть кушетку для мисс Э. Он также был важным человеком для ее детей, так как жил в том же районе Гарлема и давал им деньги на сладости, одежду и походы в игровую комнату.

В начале 1980-х, будучи бедной студенткой аспирантуры и имея 400 долларов в месяц, из которых 200 я платила за аренду, я тоже поселилась в этом районе Гарлема и прожила там до 1990 года. Я чувствовала себя связанной с образами людей из нашего района: одни все еще активно употребляли, другие проходили реабилитацию, у третьих случился рецидив. Всех их в самом расцвете сил поразила героиновая

эпидемия 1960-х и 70-х, и теперь они бродили по улицам Гарлема как тени, страдая от болезней или принимая заместительную терапию. Я вполне могла пройти мимо ее матери в том магазинчике на углу или пересечься с кем-то из ее родных в прачечной. Когда мисс Э. вернулась в свой район, благодаря четким образам в моей памяти я смогла мысленно вернуться с ней назад: я представляла Ленокс Авеню, школу и игровую комнату, где часто бывал ее сын, или прачечную самообслуживания, куда ее дочь ходила стирать белье.

И хотя в программе 12 Шагов и терапевтическом сообществе мисс Э., вероятно, рекомендовали разорвать отношения с родными, которые все еще активно или периодически употребляли наркотики, я была поражена тем, как в действительности происходило ее воссоединение с семьей в Гарлеме. Здесь жили люди, родившиеся в южных штатах, и они поддерживали родственные отношения и связи, даже несмотря на пережитые чудовищные травмы. В ней было нечто большее, не только южное произношение, говорившее о том, что ее предки родились на Юге. Это нечто разнеслось эхом в стенах комнаты для групповой терапии, когда она произнесла: «Я хранила ее секреты, а она — мои». Я стала относиться с теплотой и благодарностью к мужчине, которого считала чудовищем, когда он насиловал и мучал мисс Э. Теперь он делал все возможное, чтобы позаботиться о ней. И, как это ни странно, то, что он пришел ей на помощь, когда ей неожиданно понадобилось жилье, чтобы не оказаться на улице после внезапной выписки из Деймон Хаус, также способствовало исцелению.

Каждый день она прогуливалась по центральной части Гарлема и посещала дом матери, где на тот момент жили ее дети, находившиеся под ее временной опекой. Она навещала своих детей после школы и видела, какой была их жизнь с ее матерью. И то, что ее мать, теперь бабушка, все еще далеко не идеальная, громкоголосая и любившая выпить, старалась помочь мисс Э., второй год заботясь о ее детях, также неожиданным образом способствовало исцелению.

ПОИСК ЖИЛЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Вскоре мисс Э. принялась за поиски квартиры, чтобы вернуть себе опеку над детьми. Поздней весной и летом 1992 года она каждый день бродила по центру Гарлема, а также ездила на автобусе в Бронкс в поисках подходящей квартиры для себя и двоих детей. Это были мучительные поиски. Часто она испытывала отчаяние и

начинала молиться. Однажды летней ночью, когда в слезах от безысходности она молила Бога помочь ей найти дом для себя и детей, она почувствовала, словно чьи-то руки нежно и с любовью обнимают ее, и это подарило ей ощущение мира и веры. Мисс Э. поняла, что побывала в объятиях Иисуса, что она не одинока. Некая высшая сила, божественная энергия присутствует в ее жизни и знает, что ей необходимо, обнадеживает ее.

И, словно подталкиваемые этой божественной силой, местные пожилые женщины начали помогать ей с поиском жилья. Каждая пожилая черная женщина Гарлема, способная хоть что-то ей посоветовать, рассказывала, как обратиться в социальные службы, а мисс Э. прислушивалась к их мудрости. Эти женщины с уважением смотрели на мисс Э., потому что видели в ней то, что в глубине души мечтали увидеть: освободившегося от зависимости человека, который стремится вернуть себе опеку над детьми. Как блудный сын, вернувшийся в объятия своего отца, мисс Э. была блудной дочерью, которая вернулась в Гарлем заново рожденной, освободившейся от наркотиков, — и женщины восхищались этим чудом. Их желание оказать помощь мисс Э. было чем-то вроде коллективного стремления всего гарлемского сообщества, переполненного исхудавшими, зависимыми от крэка матерями, которые все еще активно употребляли наркотики или безуспешно пытались вылечиться. Те женщины, что пытались помочь мисс Э., были многочисленными тетями, сестрами, бабушками и случайными людьми, приютившими детей этих зависимых матерей через семейный суд или патронатное воспитание. И снова мисс Э. стала коллективным символом: она воплощала в себе то, о чем мечтали эти женщины, — выздоровление каждой зависимой от крэка матери. Она возвратилась в Гарлем такой, какой они жаждали увидеть каждую зависимую от крэка мать — свободной от зависимости, способной выполнять родительские обязанности, и стремящейся вернуть себе опеку над детьми. Мисс Э. стала воплощением этой мечты.

С яростной решимостью она шла к своей цели: стремилась найти соответствующее всем требованиям жилье, чтобы забрать к себе детей. Мисс Э. имела все основания злиться на то, что социальные службы не оказывают ей достаточного содействия в поиске жилья. Казалось, они не были готовы к такому редкому явлению — бывшей наркозависимой, старавшейся изо всех сил вернуть себе детей. Они не имели ни знаний, ни опыта в оказании помощи подобным женщинам, однако мастерски

осуществляли первую часть этого процесса: отбирали детей у матерей с зависимостью.

Ее отношения с тем мужчиной из сообщества активно развивались. Он тоже подошел к этапу возвращения в социум и готовился в скором времени покинуть ТС. Они часто проводили время вместе, ели, смотрели фильмы. В Деймон Хаус приближалась церемония выпуска, и ему также необходимо было найти жилье, чтобы покинуть терапевтическое сообщество. К концу лета/началу осени они приняли решение объединить свои ресурсы и вместе найти квартиру, считая, что подтверждение его трудоустройства и ее пособие повысят шансы снять подходящее жилье, и дети будут возвращены под ее опеку. Необходимость найти квартиру и растущая взаимная привязанность имели для мисс Э. большое значение, так как давали ей возможность воплотить свою мечту и обеспечить жилье своим детям. Процедура воссоединения началась в ноябре 1992 года.

Чтобы понять истинный масштаб ее достижений, представьте суровую реальность жизни в Гарлеме. Ее дети были единственными во всем доме и близлежащем районе, кто возвращался под опеку своей биологической матери. Этот факт подчеркивает, насколько редкой была та победа, которую мисс Э. смогла одержать. Ее дети не знали никаких других детей, живущих в подобной ситуации, кто смог бы из нее выбраться. Уже это говорит о характере успеха мисс Э. Однако этот успех также был тесно связан с влиянием высших сил, будь то синхроничность и значимые совпадения, или божественная воля, убедительные доказательства присутствия которой она ощутила той ночью, в состоянии духовного восторга, почувствовав себя в любящих объятиях Бога.

ПРИЗНАНИЕ УСПЕХА НА ЦЕРЕМОНИИ ВЫПУСКА 1992 ГОДА

Для меня как для специалиста вопрос стоял в том, насколько я могу себе позволить сблизиться с мисс Э. В то же время, я могла оценить не только масштаб ее боли на встречах группы или индивидуальных сессиях, но и масштаб ее роста. Я присутствовала при рождении ее нового, свободного от наркотиков Я, но мне также довелось видеть ее рост за пределами терапевтического сообщества, поскольку она продолжала быть моим частным клиентом и не переставала удивлять меня динамикой своего выздоровления. Я считала, что ее достижения достойны публичного признания,

даже если это означало, что я вторгаюсь в ее жизнь за пределами своего врачебного кабинета. Мне казалось, что, став свидетелем того, как она преодолела невероятные трудности для возвращения опеки над детьми, я в состоянии отдать должное ее успехам. Осенняя церемония выпуска 1992 года в Деймон Хаус снова становилась местом для признания достижений мисс Э.

Из года в год разговоры сотрудников Деймон Хаус были посвящены тому, как мало женщин выпускается из учреждения. Другой часто обсуждаемой темой была тенденция отчислять скорее женщин, нежели мужчин, при обнаружении тайных романтических связей между членами сообщества. Мое решение признать успехи женщины, выступавшей символом тех, кого внезапно отчислили, но также достигшей высочайшего успеха как мать, вернув себе опеку над детьми, на мой взгляд, было справедливым. Когда подошло время церемонии выпуска в Деймон Хаус, я решила подарить мисс Э. картину со словами, которые я написала раньше, в ноябре, в честь ее возвращения опеки над детьми. Поскольку она присутствовала на церемонии в качестве гостя, приглашенная другими членами сообщества и своим возлюбленным, я позвала ее на сцену и вручила эту неожиданную награду, зачитав слова вслух. Ее бойфренд, сидевший впереди как выпускник, стал непосредственным свидетелем этого торжественного момента, как и все присутствующие. Мисс Э. аплодировали стоя.

ФЕВРАЛЬ 1993 ГОДА, СВАДЬБА

Возникла еще одна ситуация, когда мне пришлось решать, стоит ли мне нарушать границы и вторгаться в жизнь мисс Э. и ее возлюбленного. В феврале 1993 года я была приглашена на их свадебную церемонию, проходившую в общественной комнате в подвале многоквартирного дома в Гарлеме, в одном квартале от здания из коричневого песчаника, где прожила десять лет до 1990 года. Я снимала церемонию на видео и вручила им кассету в качестве свадебного подарка. На свадьбе я была африканской Праматерью, выполняющей практические задачи: я нарезала торт, передавала гостям тарелки, а также задержалась, чтобы помочь прибраться. Для меня это была практическая поддержка в действии. Точно так же как на встречах группы, проникнувшись состраданием, я давала то, что ей было необходимо, так и на свадьбе я сделала то, что потребовалось, нарезая торт и помогая с уборкой.

ДЕЛАТЬ ТО, ЧТО ТРЕБУЕТСЯ: СЕМЬЯ, ПАРЫ, ГРУППА И ДЕТСКАЯ ТЕРАПИЯ

На протяжении следующего года (1993-1994) моя поддержка мисс Э. состояла из сессий раз в неделю (позднее раз в две недели), парных сессий, семейной терапии и терапии с ее сыном. Мисс Э. также участвовала в краткосрочной групповой терапии для женщин в рамках моей частной практики. В этой группе была ее знакомая из Деймон Хаус, мисс С., и пятеро других моих частных клиенток. Семейная терапия помогала членам этой только что родившейся семьи научиться взаимодействовать между собой, а сын мисс Э. просто обожал рассказывать о своих чувствах и мнении. Ее дочь на семейных сессиях не произносила ни слова, но часто льнула к матери. Ее сын излучал теплоту и отличался острым умом, по его частым прикосновениям и долгим взглядам было видно, что он отчаянно любит свою мать. Внешне дети были ее точной копией. Я делала все необходимое, чтобы помочь мисс Э. научиться поддерживать дисциплину без применения физических наказаний и справляться с выходками ее сына в школе, а также оказывала соответствующую поддержку через различные методы лечения. Был период, когда я проводила совместную терапию с ней и ее сыном, а также с ним отдельно, в связи с его плохим поведением в школе. На этих совместных и других семейных сессиях она умоляла своих детей не повторять ее судьбу и получить лучшее образование, чем ее собственные два класса.

Я делала все, что от меня требовалось, предоставляя лечение мисс Э. и ее семье бесплатно или за символическую плату. Это была моя общественная деятельность. Мисс Э. также продолжала делать то, что от нее требовалось. Она упорно избегала телесных наказаний, вместо этого просто отбирая у детей то, что им нравилось, а также использовала тайм-ауты, в течение которых разводила детей по разным комнатам, подальше от телевизора и радио. Когда эти тактики не работали, и бремя воспитания казалось ей непосильным, она приходила в отчаяние, но продолжала делать то, что требовалось.

В подтверждение того, что она сделала все необходимое для помощи сыну, весной 1993 года, в конце учебного года, мисс Э. вручили диплом как выдающейся матери, отметив ее высокий уровень вовлеченности в школьную жизнь сына. Иногда она сидела в специальном классе своего сына за задней партой и старалась сделать все возможное, чтобы он вел себя как можно лучше. Он смог окончить начальную школу,

чего она не сумела сделать, и был зачислен в среднюю школу, то есть ему предстояло частично обучаться с обычными детьми, хотя в начальной школе он был в специальном классе. Параллельно с сыном, мисс Э. тоже достигла прогресса: занимаясь на курсах базового образования, она научилась читать и писать на уровне пятого класса школы. Она с гордостью показала мне написанное ею небольшое сочинение о своей жизни, которое напечатали в их школьной газете. Эту короткую историю, в которой она описала свое тяжелое детство, избавление от наркотической зависимости и отношения со своим терапевтом, она завершила словами: «Я — чудо».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассказывая о мисс Э., о нашей совместной работе в качестве клиента и врача, и о нашей совместной трансформации, я пришла к выводу, что последняя фраза ее короткой истории, «Я — чудо», наилучшим образом характеризует ее успех в достижении стабильного воздержания от наркотиков. На сегодняшний день она не употребляет уже больше восьми лет. У нее не было срывов и рецидивов, и она не возвращалась к крэку или другим ПАВ. Чтобы понять, как она смогла добиться такого успеха, необходимо отметить все его слагаемые. Первым благоприятным событием стало то обстоятельство, что по заявлению ее отца Городская служба по защите детей возбудила дело о неисполнении обязанностей в отношении детей, и это удачно привело ее приговору о прохождении девятимесячного лечения в терапевтическом сообществе. Положительное влияние пятнадцати месяцев, в итоге проведенных в Деймон Хаус, а также участия в еженедельных трехчасовых встречах женской группы, где проходила интенсивная работа по разрешению травм, было подробно описано выше. Также был приведен анализ моей длительной работы с мисс Э. в рамках частной практики, работы с ее мужем и детьми, семейной и групповой терапии. Чувствовала, что должна была это делать. Помимо этого, мисс Э. участвовала в программе 12 Шагов и некоторое время была активным членом женской группы в центре, где занималась на курсах базового образования. На сессиях она, в частности, рассказывала о собраниях группы «Анонимных Наркоманов» в Гарлеме, на которых со слезами на глазах делилась своей историей. В результате одни участницы группы подходили к ней, чтобы обнять, а других это подталкивало к тому, чтобы впервые поделиться на встрече своей историей насилия.

Однако есть вещи, заслуживающие внимания, которые мисс Э. не делала. В эти

годы она не так регулярно посещала собрания программы 12 Шагов, как ее муж. Но она продолжала воздерживаться от наркотиков и активно участвовала в жизни своих детей. У нее также не получалось поддерживать рекомендуемое для выздоровления количество контактов с друзьями, не употребляющими наркотики. Ее дружба с участницами из Деймон Хаус, такими как мисс С., с годами ослабела до полной потери контакта. Она также решила отказаться от безопасности, обеспеченной доходом мужа, предпочла расстаться с ним и доказать, что сможет справиться сама. На мой взгляд, это не было хорошей идеей, но она сама принимает решения. Как она призналась во время нашей встречи в декабре 1997 года, когда улаживала проблемы, вызванные тем, что ее сын плохо посещал школу: «Я изолировалась». Но прежде чем оценивать характер ее изоляции, следует рассмотреть ее вовлеченность в жизнь детей и дальних родственников, поскольку она на одном дыхании могла описать, как заботится о детях своей сестры, практически растит их за нее, как другая сестра временно живет у нее, и как она навещает брата в тюрьме. Все это свидетельствует о том, что в последующие годы она станет почтенной матерью семейства, к которой будут обращаться за советом, практической помощью или житейской мудростью. На сессиях я делилась с ней своими наблюдениями о том, как уже много раз за последние годы видела ее в роли матери семейства. Как мать семейства она просто делает то, что должно быть сделано.

Кроме склонности к изоляции, мисс Э. иногда чувствует себя подавленной. Как правило, эта депрессия связана с огорчением, что, воспитывая своих детей, она замечает едва уловимые последствия их деструктивного детства. Она рутинно оплачивает страховку, которая, как она надеется, ей никогда не потребует: полисы, которые оплатят похороны ее детей. Она не понаслышке знакома с жестокостью, которая отобрала у нее отца ее дочери, и молится, чтобы она не забрала у нее сына. Она рассказывала, насколько ей больно видеть семьи, которые ходят по району, пытаясь собрать деньги на похороны. Она хотела бы избежать этой необходимости. У мисс Э. есть надежды и мечты в отношении своего сына, но сейчас она лишь хочет, чтобы он просто каждый день ходил в школу.

Однажды, когда мы встретились в декабре 1997 года, мисс Э. рассказала мне о встрече с психологом, который только что начал лечение ее сына, отозвавшись на ее призыв о помощи. Он сказал ей, что ее сын очень умен и проницателен, и что он

уверен, что у его матери не случится рецидив из-за стресса, который он привносит в ее жизнь. Во время частной сессии этот психолог продолжил интересоваться темой ее длительного воздержания от наркотиков, явно озадаченный подобным чудом. Она сказала психологу своего сына: «У меня есть терапевт, которому при необходимости я могу позвонить». Я уверена, что она позвонит, и когда это случится, я сделаю то, что должна: приму ее бесплатно или за символическую плату и поступлю так, как почувствую правильным, возможно, направляемая высшими силами. В последний раз я видела мисс Э. летом 1999 года, и продолжу встречаться с ней, когда ей будет это необходимо, и делать то, в чем увижу смысл.

С другой стороны, мы можем сделать вывод, что мисс Э. сделала то, что было необходимо, став коллективным символом успеха, чудом, принимая во внимание насилие в детстве и зависимость от крэка. На многих уровнях мисс Э. сделала то, что требовалось, став примером тяжелой работы с травмой и глубокой проработки боли. Она представляет «каждую из нас», кто чувствует боль жестокой травмы и должен погрузиться с головой в эту боль, довериться процессу, который приведет на противоположный берег, исцелит душу и даст жизнь новому Я. Она представляет каждую женщину, когда-либо подвергавшуюся сексуальному насилию и ставшую зависимой от наркотиков. Она проложила тропу, по которой каждая может подняться на пути к вершине, где их ждут исцеление и отказ от наркотиков. Мисс Э. символизирует стремления всех детей из неблагополучных семей, которые упорно пытаются разорвать порочный круг неблагополучия в своих семьях. Она символизирует решимость всех матерей Гарлема и каждого бедного района уберечь своих сыновей от тюрьмы, в которой сидят их дяди, или от могилы. Мисс Э. воплощает в себе традицию всех женщин, которые видели, как стареют их родители, которые неожиданно оказались в роли матери семейства, делающей для своих родственников то, что требуется. В то время как многие задаются вопросом, как смогут районы, подобные Гарлему, пережить разрушительные последствия эпидемии крэк-кокаина, бушевавшей в США с середины 80-х до начала 90-х, мисс Э. предстает коллективным символом надежды, снова делая то, что требуется, напоминая нам, что исцеление возможно, что новое Я, свободное от зависимости, может появиться на свет, и что чудеса случаются.

Я систематизировала все, что узнала за три года в Деймон Хаус про процесс

работы над разрешением травмы в группах, и создала руководство для других врачей (Wallace, 1996). Продолжая работать в других реабилитационных и амбулаторных программах лечения химической зависимости, я видела множество чудес. Я встречала многих людей, проходивших лечение от всевозможных серьезных зависимостей. Но ближе всего я наблюдала на протяжении восьми лет за чудесным избавлением мисс Э. от серьезной зависимости от крэка. Исполняя роль ее психолога, я сама изменилась. В результате этой трансформации я стала отчетливее чувствовать связь со своими афроамериканскими корнями, научилась проникаться состраданием, ощущать боль своих сестер и разделять с ними бремя повторяющихся картин травматичных событий, преследующих их в форме флешбэков и пугающих воспоминаний. Я освободилась от рамок, поставленных когда-то моими наставниками, учившими меня, что, по мнению Фрейда и Юнга, я должна говорить и думать. В священном кругу группы я видела, как после долгих месяцев тяжелого труда рождаются новые Я. Меня посвятили в таинство акушерства в соответствии со священными африканскими традициями. Я в полной мере прочувствовала чудо исцеления душевных ран. Для меня честь быть свидетелем таких чудес, и я благодарна за шанс сделать то, что требуется, в качестве психолога мисс Э.

И хотя я постаралась рассказать ее историю довольно подробно, просто запомните ее собственные слова: «Я — чудо».

Комментарий

История мисс Э., как и другие истории в этой книге, затрагивает многие ключевые вопросы, связанные с успешным лечением людей, страдающих от проблем с наркотиками. Прежде всего, она является свидетельством того, что даже в самых, казалось бы, безнадежных ситуациях можно надеяться на положительные изменения. Успех мисс Э. показывает, что при удачном стечении обстоятельств возможно практически все.

На протяжении многих лет у мисс Э. была серьезная зависимость от крэк-кокаина. Она была уже не в состоянии как следует заботиться о себе и о своих двоих детях, и прошла через множество амбулаторных программ для наркозависимых. В этот раз она начала лечение не по собственной воле, а по приговору суда, и в начале программы была злой, конфликтной, враждебной, «уличной» и эмоционально закрытой. Одним

словом, как и Донни, клиент Франкфилд (см. главу 5), она была таким наркопотребителем, от которого многие бы отказались как от безнадежного.

Однако, несмотря на эту мрачную картину, лечение не просто пошло на пользу мисс Э., приведя к колоссальным и долгосрочным изменениям, но и помогло ей стать примером для других участниц терапевтической группы, оказать мощное влияние на ее терапевта и послужить образцом того, как каждый из нас может исцелить свои психологические травмы.

Как же это смогло произойти? Означает ли это, что всем людям, компульсивно употребляющим наркотики, требуются поддержка и распорядок жизни, имеющиеся в терапевтическом сообществе?

В данном случае, как полагает доктор Уоллес, потребность мисс Э. в стационарной реабилитации была вызвана безуспешными попытками амбулаторного лечения. К тому же, ей была нужна внешняя мотивация — приговор суда, вынуждавший ее пройти лечение в реабилитационном центре для возвращения опеки над детьми. Можно сказать, что желание вернуть детей мотивировало мисс Э. на прохождение лечения, а без дополнительного стимула в виде постановления суда она не могла мобилизовать себя. В данном случае это сработало, и это действительно подтверждает, что мисс Э. нужна была поддержка извне; ее внутренних ресурсов было недостаточно.

В чем же причины необходимости в подобном интенсивном лечении? Во-первых, она интенсивно и бесконтрольно употребляла крэк. У нее не было никакой социальной поддержки и распорядка жизни. Она попала в классическую тупиковую ситуацию, в которой оказываются многие ЛУН, когда наркотик становится центром их жизни. Употребление наркотика и связанные с ним установки и модели поведения были как причиной проблем во всех сферах жизни, так и главным способом справиться с этими проблемами и подавить связанные с ними болезненные чувства. Человеку становится все сложнее отказаться от наркотиков, потому что без них его захлестывают осознание своих реальных проблем и вызванные ими мучительные переживания, и у него чаще всего нет других ресурсов, чтобы справиться с ними. Более того, многие люди, употребляющие наркотики, как и мисс Э., вынуждены бороться со сложностями, которые предшествовали употреблению, такими как

пережитое в детстве насилие и связанные с ним болезненные воспоминания. Неудивительно, что большинство ЛУН не могут разорвать этот порочный круг.

При наличии правильного подхода к потребностям клиента, мотивации и подходящего момента, внутренний распорядок и поддержка терапевтического сообщества могут создать оптимальные условия для отказа клиента от старых, нездоровых копинг-стратегий и появления готовности к освоению новых, более удовлетворительных методов. Поскольку употребление наркотиков и связанные с ним установки и модели поведения – это основные способы организации себя и своей жизни, отказ от них может временно снизить способность человека функционировать во многих сферах. В ТС стабильный распорядок дня, правила и четкие требования, отсутствие необходимости зарабатывать себе на жизнь, оплачивать аренду, справляться со сложностями в семейных отношениях и прочее, а также вероятность развития близких отношений с другими членами сообщества и сотрудниками, с которыми клиент живет рядом и практически ежедневно присутствует на совместной интенсивной терапии, создают некое внешнее Я или групповое сознание, на которое клиент может положиться, отказываясь от неэффективных, вызывающих привыкание механизмов защиты и других способов организации своей жизни. Уоллес назвала это «страховочной сетью», способной поймать клиента, когда он готов отказаться от своих саморазрушительных копинг-механизмов и проявлений. Когда клиент находится в этом состоянии свободного падения, которое некоторые называют капитуляцией, у него появляется возможность получить доступ к вытесненным болезненным чувствам и воспоминаниям, которые теперь можно «проработать» или разрешить по-новому. Теперь можно погоревать над потерями, выразить разочарование и ярость, обнаружить проигнорированные когда-то потребности и поднять их из темноты стыда на свет новых отношений, где их можно удовлетворить. Именно в подобных обстоятельствах становятся возможными исцеление и личностные изменения.

Именно этого добилась мисс Э. на глазах у Уоллес. Помимо этого, в истории мисс Э. мы видим универсальный характер пережитого ею опыта. Он глубоко затронул как саму Уоллес, так и большую группу специалистов, с которыми она поделилась историей мисс Э.

Уоллес мужественно поделилась с нами тем, какую глубокую эмоциональную работу над собой проделала благодаря терапии с мисс Э. Это неотъемлемая часть профессии психотерапевта, о которой люди, не связанные с данной сферой, обычно не подозревают, и которая редко так подробно раскрывается самими терапевтами, когда они описывают свою деятельность. Однако зачастую клиенты заставляют нас самих проработать что-то в себе или каким-то образом измениться, чтобы суметь им помочь. Если терапевт не открыт к подобной трансформации, терапия, скорее всего, застопорится и быстро завершится, так и не принеся удовлетворительных результатов. В противоположность опасениям многих людей, что их терапевты — просто безучастные анализаторы, обычно именно готовность терапевта быть эмоционально открытым делает терапию эффективной для клиента.

С этим также тесно связана готовность Уоллес «делать то, что требуется», чтобы помочь мисс Э. Для Уоллес это обычно означало нарушение многих правил, которым ее обучали, или применение нетрадиционных методов. Это одна из важных тем, проходящих красной нитью через большинство историй, приведенных в этой книге. В ответ на уникальность каждого клиента, психотерапевты часто склонны делать то, что, на их взгляд, необходимо клиенту, а не следовать каким-либо канонам. В осознании того, когда и как это нужно сделать ради эффективного лечения, и заключается искусство психотерапии. Эти моменты смелости и творчества часто становятся трамплином для развития новых подходов в работе.

Я уверен, что оба эти показателя вовлеченности Уоллес в работу с мисс Э. говорят о привязанности, которую она испытывала к ней. Именно поэтому Уоллес была готова делать то, что требуется. Делая то, что требуется, в отношении стратегий, оплаты и прочего, Уоллес показала мисс Э., что действительно о ней заботится, и для мисс Э. это стало мощным подтверждением того, что она достойна заботы. Именно этого мисс Э. никогда не получала в детстве; по сути, ей постоянно показывали, что она не достойна заботы родителей. Вероятно, это ощущение — что она достойна заботы Уоллес — стало ядром нового Я мисс Э., которому лечение помогло появиться на свет. Это ядро поддерживало в мисс Э. решимость вести жизнь без наркотиков, стремление вернуть себе опеку над детьми, желание и способность возобновить обучение и стать экономически независимой.

История мисс Э. – это еще один пример способности терапевтических отношений вдохновлять обоих участников на смелость и творчество, необходимые для достижения удивительных положительных изменений в жизни пациента.

Групповая терапия снижения вреда

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУППОВОЙ ТЕРАПИИ

Групповая терапия давно уже является одним из основных направлений традиционного лечения наркотической зависимости. И хотя многим людям, употребляющим наркотики, индивидуальная терапия может оказать существенную помощь, на примере большинства историй в этой книге мы видим, что групповая терапия обладает некоторыми уникальными преимуществами. Ее можно рассматривать одновременно и в качестве дополнения к индивидуальной терапии, и в качестве основного метода лечения тех клиентов, которые не в состоянии проходить индивидуальную терапию по практическим или психологическим причинам.

Групповая терапия обладает многими преимуществами терапевтических сообществ, но в менее интенсивной форме. Находясь в группе, участники способны более объективно посмотреть на свои проблемы, что помогает снизить чувства стыда, тревоги и вины, часто сопутствующие употреблению наркотиков. Они видят, что другие люди тоже сталкивались с подобными проблемами, и что есть кто-то, кто успешно с ними справился. Подобный опыт может вселить надежду, даже если ситуация кажется безвыходной, и пробудить в людях смелость и мотивацию. Групповая терапия также становится своеобразной лабораторией, где клиент наблюдает за тем, какие стратегии межличностного взаимодействия не работают, пробует новые способы общения с другими людьми и получает обратную связь, помогающую скорректировать негативные искажения в отношении себя. А еще это место, где можно рассказать, обсудить и протестировать новые идеи и стратегии изменения себя и окружающего мира. Наконец, в противоположность индивидуальной терапии, групповой формат также позволяет участникам использовать свои сильные качества для помощи другим. Таким образом, у них есть возможность не только поработать над своими сложностями, но и выявить и развить свои сильные стороны в общении с другими людьми.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ГРУПП С ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ВОЗДЕРЖАНИЕМ ОТ НАРКОТИКОВ

Поскольку в традиционной парадигме лечения зависимого поведения доминирует подход полного воздержания от употребления, в группы для наркозависимых обычно принимают только тех клиентов, кто хочет добиться воздержания от любых ПАВ. За годы своей работы я организовал множество подобных групп и наблюдал, насколько сильную поддержку они могут обеспечить тем участникам, которые стремятся сделать то, чего они не смогли добиться до прихода в группу, несмотря на самые искренние усилия. Когда группа людей собирается вместе для достижения одной цели, происходит волшебство, и у людей появляются вдохновение и мотивация. Именно поэтому мы объединяемся в спортивные команды, учебные курсы и рабочие группы.

Очевидный недостаток терапевтических групп – тот факт, что людей, которые не желают или не способны отказаться от употребления, в них не допускают либо просят уйти оттуда. Таких людей часто считают «несерьезными» или «неготовыми», а также угрозой для других членов группы, старающихся воздерживаться от употребления.

Подобный подход не придает должного значения тому, что стремление к отказу от ПАВ нередко имеет смешанный характер и может меняться по мере того, как клиент начинает более четко осознавать причину употребления и свои долгосрочные цели. Зачастую люди начинают лечение, оказавшись в критической ситуации и испытывая сильное давление окружающих, поэтому их мотивация к прекращению употребления высока. Это заставляет их загонять глубоко внутрь свое желание употреблять или амбивалентные переживания в отношении отказа от наркотиков. Как только кризис заканчивается, эти желания и переживания прорываются на поверхность. В этот момент возвращение желания или решения употреблять может быть сигналом того, что те проблемы, за решением которых человек пришел в группу, поддаются выявлению. Просьбы покинуть группу или подавить эти желания не только невыполнимы, но и противоречат терапии. Именно в тот момент, когда могла бы начаться реальная работа, а между участниками могли бы сложиться поддерживающие отношения, которые помогли бы человеку с помощью группы справиться с трудными вопросами, его исключают из группы. Это не только упущенная возможность, но и серьезный удар по стремлению клиента работать над собой.

Требование, чтобы потенциальный участник прекратил употреблять, если хочет

стать частью группы, когда он еще не избавился от амбивалентности в отношении наркотика, может привести к тому, что он будет невольно загонять глубоко внутрь свое желание употребления. В результате причины этого желания станут недоступными для анализа, и останется только надеяться, что они всплывут позднее. В программах, где я раньше работал, я нередко видел, как это происходит с клиентами, которых работодатели обязали пройти лечение для сохранения работы. Как и Том, о котором я рассказывал в Главе 1, многие из этих клиентов могли следовать требованию обязательного воздержания от употребления, только пока выполняли предписание работодателя, но потом снова принимались за наркотики, часто с удвоенной силой, как будто и не было проделано никакой глубокой работы. Поражало то, что во время прохождения программы реабилитации они казались очень искренними. Не было похоже, что во время лечения они притворяются. Скорее всего, предписание работодателя загнало их желание употреблять глубоко внутрь, и они сами были поражены тем, насколько быстро и активно оно вернулось, стоило исчезнуть внешнему давлению.

Другой пример — Бобби, еще один мой клиент. Он пришел на интенсивную амбулаторную программу, которой я руководил, по настоянию своего отца, обнаружившего, что Бобби курит крэк. На протяжении многих лет Бобби ежедневно курил марихуану, а за два года до обращения к нам за помощью начал курить крэк. В результате это превратилось в ежедневную привычку и привело к серьезным проблемам во многих сферах его жизни. Бобби присоединился к группе, которую я вел трижды в неделю, быстро прекратил употреблять и принялся наводить порядок в своей жизни и разбираться с личными проблемами. Год спустя он ушел из группы, как нам казалось, достигнув успеха. Через два года он позвонил мне с просьбой стать моим частным клиентом: он вернулся к похожему паттерну употребления крэка, и у него снова были серьезные проблемы. На нашей первой встрече он сказал, что во время предыдущей программы лечения на самом деле не планировал бросать «на всю жизнь», и что на последней групповой встрече у него даже был в кармане пакетик с травкой, и тем вечером он собирался накуриться. Поскольку в нашей группе была четкая ориентация на пожизненное воздержание, а любое употребление или намерение употребить наркотик было бы воспринято как поражение, Бобби стеснялся рассказать о своем двойственном отношении к воздержанию, и оно не было

проработано в группе. Это могло стать причиной его решения не обсуждать свое намерение вернуться к употреблению марихуаны, тем самым обрекая его на возврат к старым привычкам употребления, поскольку связанные с ними проблемы не были полностью разрешены в ходе лечения.

Хотя я считаю, что подобные ограничивающие группы должны быть доступны для тех, кто в них обращается, не думаю, что с клинической точки зрения они необходимы многим клиентам. Я уверен, что группы снижения вреда с менее строгими критериями участия обладают большими преимуществами для людей, преследующих различные цели в отношении употребления наркотиков.

ГРУППЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

В США на протяжении последних десяти лет небольшое число частных клиницистов и несколько программ лечения от алкогольной и наркотической зависимости давали клиентам возможность стать участниками групп снижения вреда. Эти группы бросают вызов традиционному подходу, направленному на обязательное воздержание от употребления. Они дают возможность участия людям, которые обеспокоены своим употреблением и стремятся снизить вред от него, не отказываясь от ПАВ полностью. Благодаря совместной работе в группе можно выяснить, в чем вред от употребления заключается для каждого участника, и определить наиболее реалистичные, самоутверждающие и здоровые цели. Различия между определениями вреда и личными целями относительно употребления наркотиков на самом деле помогают другим участникам сформулировать их для себя. Вместо того чтобы пытаться «защитить» членов группы от тех, кто выражает желание или намерение употреблять наркотики, группы снижения вреда видят в этом потенциальную пользу для участников, которые чувствуют себя в опасности. Эту опасность можно рассматривать как активизацию похожего желания, которое следует изучить и проработать, а не вытеснить. Члены такой группы объединены общей целью – поддерживать каждого в достижении того, что для него наиболее важно. Вместо того чтобы требовать универсальности, они уважают уникальность каждого участника, придерживаясь принципа, что каждый сам должен определить, что для него лучше.

Для этой главы я выбрал историю Джинни Литтл, клинического социального работника из Сан-Франциско, впервые применившей концепцию снижения вреда в

групповой терапии. Ее история рассказывает о развитии группы снижения вреда, которую она и еще один терапевт организовали для бездомных ветеранов, страдавших от серьезной наркотической зависимости и тяжелых психических заболеваний. Мы увидим, как этот подход смог уникальным образом помочь группе людей, нигде больше не получивших помощи. История также показывает эволюцию группы и то, как Литтл пришла к своим решениям в отношении структуры группы и внутренних правил. Она приводит обоснование своих решений и дает подробную инструкцию для организации группы снижения вреда.

Группа поддержания трезвости: группа снижения вреда для взрослых с двойным диагнозом

Автор Джинни Литтл, клинический социальный работник

На встрече присутствовали десять человек: трое воздерживались, семеро активно употребляли наркотики или алкоголь. Семеро имели двойной диагноз (употребление ПАВ и сопутствующие психические заболевания, такие как депрессия, шизофрения или посттравматическое стрессовое расстройство). Вместе с Джорджем Гиббсом, моим со-руководителем, мы оказывали помощь членам группы. Эта групповая сессия началась с потенциального конфликта. Джозеф, который был новичком в группе, жил в реабилитационном центре и на протяжении десяти месяцев проходил программу 12 Шагов, начал с волнением рассказывать, что испытывает сильное негодование и злость. Поскольку он переходил на следующий этап амбулаторной программы для наркозависимых, у него должны были смениться наставник и врач. Будучи ветераном войны во Вьетнаме с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), он с большим недоверием относился к людям, и эта ситуация была для него весьма травмирующей. Он сказал нам, что его цель — разработать духовную программу, которая, как он считал, поможет ему сохранять спокойствие и избегать негативных чувств.

Следующим был Альберто. Он долго и бессвязно говорил о том, что чувствует себя хорошо, а в конце рассказал, что утром выпил пива и поэтому чувствовал себя «очень уравновешенно». Это было удивительным откровением, потому что за четыре года посещения группы он ни разу не говорил о том, что активно употребляет алкоголь. Остальные члены группы отнеслись к этому спокойно, поскольку

большинство знало, что Альберто страдает психозом и любую реакцию воспримет как критику. Джозеф, пришедший в группу недавно, был удивлен и начал оспаривать утверждение Альберто, что алкоголь помогает ему почувствовать себя уравновешенным. Альберто набросился на него: «Здесь что, учебный лагерь?!». Он использовал метафору, чтобы опротестовать сомнения Джозефа в отношении его собственного восприятия алкоголя. Я объяснила Джозефу, что в нашей группе принято спрашивать разрешение, прежде чем комментировать чье-то приветствие, и таким образом пресекла возможность конфликта.

Хосе (хроническое ПТСР и запущенная стадия алкоголизма) рассказал, что испытывает необходимость в выпивке из-за конфликта в автобусе. Он размышлял, как легко его можно спровоцировать на негативные мысли. Рэнди (большое депрессивное расстройство, чрезвычайно замкнутый, воздержание от героина и алкоголя) задавался вопросом, может ли он заняться волонтерской деятельностью и быть надежным человеком. Он был сфокусирован на страхе перед стабильными отношениями. Артур (шизофрения, ежедневное употребление крэк-кокаина) сказал: «Я не могу ничего рассказать, потому что я еще там».

Гарольд (употребляет крэк-кокаин и марихуану) заявил, что хочет «как можно скорее убраться отсюда». В этот момент группа оживилась. Гарольд много недель пытался разобраться, как обмануть случайные тесты на наркотики, чтобы продолжать курить марихуану. Он также пытался встречаться с двумя женщинами одновременно и избежать употребления крэка. Внезапно он заявил, что если уедет из Сан-Франциско, то заживет беззаботной жизнью, и у него не будет возникать соблазна употребить крэк. Группа предположила, что Гарольда расстроило какое-то событие, и в ответ на его мысли о переезде предупредила его, что внезапная смена обстановки ничего не изменит. Гарольд принял этот совет.

Майк хранил молчание, и мы с Джорджем попросили его сказать несколько слов. Майк — хронический алкоголик с хроническим ПТСР и саморазрушительным поведением, много раз безуспешно пытавшийся начать амбулаторную программу для наркозависимых. Он редко приходил на встречи, а когда появлялся, то никогда не оставался до конца сессии. В тот день он говорил о желании навестить семью в июне или июле. Я спросила, не считает ли он, что должен стать трезвым до поездки. (Я

связывалась с его семьей и знала, что они обеспокоены его пристрастием к алкоголю.) Он ответил, что, вероятно, должен. Джон спросил: «Сколько времени должно пройти, чтобы ты считал себя трезвым?». Я сказала: «Это хороший вопрос, июнь начинается через... восемь дней». (Хосе закончил мое предложение.) Майк сказал: «Ну, наверное, тогда я поеду в июле». Вся группа разразилась смехом. Это был короткий диалог, но подобная шутка, особенно для Майка, никогда не получавшего положительного внимания, была важным для группы опытом. А для Майка это был беспрецедентный момент откровения. Он пробыл на сессии до конца.

Группа на мгновение затихла, затем началась спонтанная дискуссия. Гарольд вернулся к теме переезда и поделился своим предположением, что в новом окружении он сможет все время быть довольным собой, и ему естественным образом не захочется употреблять наркотики. Джордж сказал: «Ты никогда не сможешь все время быть довольным собой». Я связала идею Гарольда с мечтой Джозефа о духовной жизни, которая позволила бы ему отказаться от злости, негодования и боли. Оставшуюся часть сессии мы обсуждали личные мысли и болезненные переживания, и то, насколько сложно научиться справляться с ними по-новому. Разговор крутился вокруг взаимосвязи между переживанием болезненных ситуаций и эмоциональных состояний и употреблением наркотиков и алкоголя.

Важно отметить, что мы больше не возвращались к тому, что Альберто с утра выпил пива. Я отдавала себе отчет в этом упущении. Он был на редкость молчалив. Хотя лучше не игнорировать подобные откровения, особенно сделанные преданным членом группы, я решила поступить именно так. Разговор о боли и потребности в утешении был в тот момент очень уместен, к тому же Альберто постоянно бросал на меня взгляды, поэтому я не стала обращаться к нему напрямую. Вместо этого я позволила общему настроению группы захватить и его. В итоге именно это и произошло, и он, наконец, присоединился к дискуссии.

Это отрывок из сессии группы поддержки со свободным посещением, существующей с 1994 года. Я создала эту группу в качестве альтернативного вида лечения для ветеранов с двойным диагнозом, которые получили отказ в других группах и программах лечения алкогольной и наркотической зависимости, или сами отказались от участия в них. Группа поддержания трезвости, как я ее назвала,

основана на стратегии снижения вреда и имеет формат свободного посещения. Ее задача — помочь клиентам с двойным диагнозом справиться с зависимостью от наркотиков и алкоголя. В группе свободного посещения люди могут приходить на сессии как и когда захотят. Обычно нет никаких обязательств насчет регулярности посещений. Снижение вреда предполагает любое взаимодействие с активными наркопотребителями, призванное снизить вред от употребления наркотиков или алкоголя без необходимости сокращать само употребление. Сторонники снижения вреда соблюдают набор принципов, воплощенных в группе (хотя когда я начинала ее, то не слышала ничего о снижении вреда). Наиболее важными являются следующие: 1) мы начинаем с той точки, в которой клиент сейчас находится, и принимаем всех, кто обращается за лечением, не подвергая сомнению их мотивацию и цели; 2) мы относимся к клиентам уважительно и верим, что они делают то, что им необходимо, даже когда употребляют наркотики; 3) мы признаем уникальность каждого участника, его прошлого и отношений с наркотиками и алкоголем, и понимаем, что, рассказывая свою историю, он познает самого себя.

Эта группа является частью нашей программы помощи бездомным ветеранам, которая реализуется совместно с Медицинским центром по делам ветеранов в Сан-Франциско. Это была первая терапевтическая группа для ветеранов с двойным диагнозом, активно употребляющих наркотики и алкоголь. Она остается единственной, где воздержание не ставится обязательной целью, хотя название несколько вводит в заблуждение. Я выбрала его, чтобы подчеркнуть, что главное внимание уделяется употреблению наркотиков и алкоголя, и из уважения к тому, что большинство клиентов, особенно тех, кто уже проходил лечение в Медицинском центре по делам ветеранов, заявляют о стремлении к воздержанию, поскольку система ориентирована на него. Название стало частью истории и традиции группы и породило множество интересных дискуссий о разных составляющих трезвости, таких как серьезность и важность; дискуссий, которые усиливали чувство важности участников. Похоже, что как сами клиенты, так и врачи не обращают внимания на противоречие в названии.

Цель Группы поддержания трезвости — создать непредвзятую лечебную среду, способную снизить ощущение кризиса у клиентов, укрепить их чувство компетентности, побудить к саморефлексии и исследованию своих отношений с

наркотиками и алкоголем, создать чувство принадлежности у людей, которые обычно чувствуют себя отчужденными от общества, и поощрять развитие конструктивных отношений, в которых знания и здравый смысл каждого участника важны и полезны.

Группа очень быстро завоевала популярность. За пять лет, когда встречи проходили три раза в неделю, ее посетили около 500 ветеранов. 60% из них посещали группу регулярно в качестве основного вида лечения на протяжении от трех месяцев до пяти лет. Только 10% побывали лишь на одной сессии. На каждой сессии присутствовало от 6 до 22 человек, при норме от 8 до 14 человек. Группа является неоднородной, за исключением двух моментов: все участники — ветераны, и большинство из них мужчины. Как правило, половина присутствующих на сессии в качестве излюбленного наркотика называют крэк-кокаин, четверть употребляют в основном алкоголь, а остальные — героин, метамфетамин или марихуану. У многих из них полинаркомания. Больше половины участников каждой групповой сессии имеют двойной диагноз. Чаще всего сопутствующими заболеваниями являются расстройство личности, психоз, аффективные расстройства и/или ПТСР, или другие тревожные расстройства. Группа также расово и этнически неоднородна. Из присутствующих на каждой сессии больше половины участников — афроамериканцы, чуть меньше — евроамериканцы, от одного до трех — латиноамериканцы, и один коренной американец. В любой отдельно взятый момент времени около половины — бездомные. И, наконец, обычно около половины присутствующих нацелены на отказ от веществ.

ПРОБЛЕМА ДВОЙНОГО ДИАГНОЗА

Работая клиническим социальным работником в стационарном отделении для пациентов с двойным диагнозом в Управлении по делам ветеранов в Сан-Франциско, я заметила закономерность у определенной категории пациентов, обращавшихся в отделение после очередного рецидива. Их социальное, психическое и/или физическое состояние ухудшалось до такой степени, что осуществлять амбулаторное лечение было бы очень сложно, даже если бы они могли на него претендовать (обычно это было не так вследствие ограничительных диагностических критериев). Как правило, они не хотели или не могли воздерживаться от употребления, или не соответствовали другим требованиям и регламенту программ. По той же причине эти пациенты не становились участниками программы 12 Шагов. Большинство были бездомными,

экономически маргинализированными, и практически не имели социальной поддержки. Их жизнь была полна потрясений и агрессии, и они постоянно находились во враждебной среде. Никакие «советы», казалось, не могли помочь им разорвать порочный круг в отношении лечения.

С точки зрения стратегии и тактики лечения Пациенты с двойным диагнозом представляют собой уникальную задачу. Последствия употребления наркотиков и алкоголя могут имитировать симптомы психического заболевания, что усложняет постановку диагноза. Нелегальные наркотики могут вступать во взаимодействие с фармакологическими препаратами, влияя на их эффективность и безопасность. Как следствие, сотрудники психиатрических больниц часто с неохотой прописывают лекарства людям, активно употребляющим наркотики, пока те не начнут лечение от наркотической зависимости и/или не прекратят употреблять нелегальные наркотики.

Как правило, лечением психических заболеваний и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, занимаются разные организации. Обычно один из этих диагнозов выделяют как основной и направляют пациента в соответствующее лечебное учреждение. Выявленные заболевания лечат последовательно, как будто их симптомы не связаны и их можно, даже должно лечить по отдельности. В результате клиенты, у которых эти заболевания взаимосвязаны, а зачастую и неотделимы друг от друга, ходят туда-обратно между двумя лечебными учреждениями, ни одно из которых не может удовлетворить пациента при наличии второго заболевания.

Эксперты по лечению наркотической зависимости, многие из которых сами находятся в процессе выздоровления, считают вспомогательный характер психиатрического лечения недостаточным для борьбы с активным употреблением наркотиков. Такая позиция убедила работников в области психического здоровья, что они недостаточно квалифицированы, чтобы лечить своих клиентов от наркотической и алкогольной зависимости, и что это нужно оставить соответствующим специалистам. (Экспертные знания в лечении наркозависимости, в отличие от других видов медицинской помощи, всегда считались наиболее ценными, когда основываются на личном опыте.)

Программы лечения наркозависимых традиционно оказывают помощь тем ЛУН,

кто «достиг дна», готов капитулировать перед Высшей силой и следовать советам тех, кто добился успеха в отказе от ПАВ. Стиль лечения – конфронтационный, иногда агрессивный, нацеленный на то, чтобы сломить оборону наркозависимого (особенно отрицание) для предотвращения еще большего ущерба и достижения быстрого выздоровления. Подобный формат лечения не подходит психически больным людям, поскольку их психическая/эмоциональная стабильность может оказаться слишком хрупкой. Этот факт долгое время использовался в качестве аргумента для исключения психически больных людей из программ лечения наркотической зависимости. К тому же, к применению фармакологических препаратов всегда относились с подозрением, и многие программы до сих пор отказывают людям, принимающим назначенные врачом психотропные препараты.

Самая большая сложность заключается в том, чтобы найти программу лечения, подходящую для клиентов, которые не стремятся к воздержанию от употребления. Все программы лечения зависимого поведения основываются на предположении, что люди, употребляющие наркотики или алкоголь, хотят полностью прекратить употреблять. Воздержание — обязательное требование для участия в большинстве программ. Даже в группах по программе 12 Шагов (например, АА и АН), доступных и открытых для каждого, единственным требованием является желание бросить пить/употреблять. Похоже, злоупотребление наркотиками или зависимость — единственная диагностическая категория (согласно «Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам»), которая требует от пациента избавления от своих симптомов, чтобы получить право на лечение.

Готовность к воздержанию от алкоголя и нелегальных наркотиков является, пожалуй, самым сложным вопросом для людей с двойным диагнозом. Наркотики и алкоголь не только вызывают или обостряют симптомы психического заболевания, но и облегчают их, поэтому иногда используются для «самолечения». Вот лишь несколько примеров: блокирование травматических воспоминаний, временное облегчение симптомов депрессии, обуздание раздражения или ярости, облегчение симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности, ослабление симптомов, связанных с шизофренией. Кроме того, многие психиатрические препараты вызывают побочные эффекты, которые наркотики или алкоголь способны нейтрализовать. Наиболее известны эмоциональное притупление и/или ажитация при приеме

антипсихотических препаратов. Стимуляторы могут частично восстановить ощущение нормальности, а алкоголь или седативные средства — снизить возбуждение. Несмотря на особенности психических заболеваний и их лечения, социальные плюсы от употребления наркотиков и алкоголя одинаковы как для психически больных людей, так и для всех остальных. К ним относятся: облегчение общения, вовлеченность в компанию и стимуляция сексуальной активности. Эти преимущества могут быть особенно важны для людей с серьезными психическими заболеваниями, которые вследствие своих симптомов часто оказываются в социальной изоляции.

Я считаю, что двойной диагноз, как и употребление наркотиков, существует в диапазоне от проблемного до неproblemного. Другими словами, злоупотреблять наркотиками или алкоголем в целях «самолечения» может любой человек, а не только люди с психическими или эмоциональными расстройствами. Люди, злоупотребляющие ПАВ или ставшие зависимыми от наркотиков, часто рассказывают о своих проблемах с доверием, самооценкой и отношениями. Многие уверены, что они употребляют, чтобы справиться с болью или страданиями, с неким ощущением дисбаланса в своем эмоциональном состоянии или отношениях с окружающим миром. Разница в душевных страданиях людей, злоупотребляющих ПАВ, и психически больных может заключаться только в их интенсивности, а также в наличии или отсутствии формального диагноза. Вплоть до того, что если человек испытывает душевную боль, которую хочет облегчить, и решает для этого употребить алкоголь или наркотики, то следует считать, что у него двойной диагноз.

Главная задача Группы поддержания трезвости заключается в том, чтобы вовлечь эту особенно уязвимую категорию людей в процесс оценки своего употребления наркотиков и алкоголя и осознания сложных взаимосвязей между нелегальными наркотиками, психическими заболеваниями и стрессовым обстоятельствами. Им не обязательно стремиться к воздержанию или даже быть заинтересованными в нем. Для вовлечения этих людей необходима низкопороговая группа, приспособленная под хаос и импульсивность, которыми так часто наполнена жизнь ее членов. На мой взгляд, группа свободного посещения отражает особенности жизни клиентов лучше, чем любой другой формат, который я могла бы себе представить.

ГРУППЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

Группы можно назвать терапевтическими благодаря таким факторам, как универсальный характер (участников объединяет одна проблема), вселение надежды (участники видят, что другие справляются с похожими проблемами), поддержка и взаимопомощь, и экзистенциальные факторы (участники видят, что жизнь несправедлива, и не всему можно найти объяснение) (Yalom, 1995). Традиционные группы лечения зависимого поведения подчеркивают и даже продвигают единообразие, настаивая на стремлении к воздержанию в качестве обязательного условия членства в группе и предполагая, что опыт «зависимости» у всех, по сути, одинаков. Зависимость считается прогрессирующей, неизлечимой и, при отсутствии лечения, смертельной болезнью, которую можно вылечить только при помощи воздержания от любых веществ, изменяющих сознание.

Теория снижения вреда, напротив, предполагает, что опыт употребления ПАВ уникален для каждого человека. Снижение вреда основано на идее, что существует бесконечное множество форм употребления наркотиков: от единичного до хаотичного, от непроблемного до проблемного. Опыт употребления наркотиков и алкоголя и вред, нанесенный ими, следует оценивать индивидуально. Аналогичным образом, существует бесконечное множество мотивов для изменения: от желания продолжать употреблять «как сейчас» или неопределенности до четкого желания употреблять с меньшим вредом для себя, снизить или полностью прекратить употребление. Кроме того, существует бесконечное множество состояний психического здоровья: от эмоционально стабильного до существенно нарушенного в результате серьезного психического заболевания. Лечение в рамках концепции снижения вреда требует изучения отношений каждого пациента с наркотиком(-ами), амбивалентности насчет употребления (с одной стороны, он осознает проблемы, вызванные употреблением, но с другой — имеет причины продолжать) и большой работы над процессом принятия решения. Это непростая задача даже в рамках индивидуальной работы.

Как же тогда объединить в группу людей с уникальным опытом употребления наркотиков и алкоголя, с разным уровнем мотивации и с различными целями, и обеспечить их успешную работу? Вероятность конфликта чрезвычайно высока. Более того, в группе свободного посещения невозможно гарантировать, что состав участников не будет меняться от сессии к сессии. Как в таких условиях в принципе

может сформироваться единая культура? Это может показаться странным, но именно разнообразие опыта, мотивов и целей делают группы, подобные Группе поддержания трезвости, терапевтическими.

Группы снижения вреда помогают клиенту разобраться в потенциальных возможностях, наглядно показывая бесконечное множество форм употребления наркотиков, мотивов и целей, а также состояний психического здоровья. Единственным обязательным условием для объединения людей с такими разнообразными судьбами и целями, и наивысшей ценностью в группе, являются признание и уважение выбора каждого ее члена. Многообразие необходимо, чтобы в группе был представлен большой спектр моделей употребления наркотиков и вариантов изменений. Подобное свидетельство разнообразия опыта и точек зрения помогает разрушить веру в бескомпромиссный подход к употреблению наркотиков (что можно только либо находиться в плену «зависимости», либо «выздоровливать»).

Несмотря на вероятность конкуренции и противоречий между разными точками зрения, я обнаружила, что члены группы ценят мое принятие разнообразия. Когда я спрашивала «выздоровливающих» участников, почему они приходят в группу, где полно активных наркопотребителей, каждый из них отвечал одно и то же: «Я хочу помнить, кто я и откуда пришел. Я хочу сохранять смирение. Я хочу помнить, на что я способен. Я не хочу забывать своих корней». Точно так же активные наркопотребители испытывают вдохновение и гордость, наблюдая за изменениями в жизни других людей, вместо того чтобы стыдиться употребления наркотиков. Они не привыкли видеть, что люди, употребляющие наркотики (они сами или другие), способны успешно справляться с серьезными проблемами. То, что группа, объединяющая большой спектр моделей употребления наркотиков, является терапевтической — не просто теория. Это подтверждается практикой.

СТРУКТУРА ГРУППЫ

Я запускала эту группу, имея в голове ряд идей о ее структуре, основанных на моем понимании потребностей этих сложных клиентов. Прежде всего, это группа свободного посещения. Члены группы могут регулировать интенсивность своего лечения, посещая группу настолько часто, насколько им это необходимо. Я называю это «самодозированием». Формат свободного посещения был первым элементом,

убеждавшим клиентов в том, что они сами принимают решения, и что именно они оценивают свою потребность в лечении. Группа свободного посещения — идеальная методика для снижения вреда: она по определению вовлекает людей, употребляющих наркотики или алкоголь, в добровольное сотрудничество. Я решила проводить встречи трижды в неделю, чтобы как можно больше людей могли посещать их хотя бы раз в неделю, а те, кто мог бы приходить чаще, сделали бы их частью своей жизни.

Я не тестирую на наркотики потенциальных членов группы. Прийти может любой человек. Часто я не встречаюсь с новым участником до его первого посещения группы. На самом деле, возможно, он даже не зарегистрирован в нашем учреждении и никогда прежде не посещал Медицинский центр по делам ветеранов. В комнату, где проходят встречи, можно попасть, не проходя мимо стойки регистрации, поэтому любой человек может присоединиться к группе без общения с сотрудниками центра. По правде говоря, все, что нужно для участия, — это любопытство или смелость, чтобы переступить порог комнаты.

Структура проста: группа встречается по утрам, три раза в неделю, на один час; встречи начинаются и заканчиваются вовремя; встречи провожу я совместно с квалифицированным сотрудником; встречи никогда не отменяются. Последний пункт очень важен. Чем более уязвимы клиенты, тем больше они нуждаются в надежном руководителе группы (или другом человеке, способном помочь), чтобы научиться доверию. Поскольку невозможно предупредить всех членов группы свободного посещения об отмене, доверие будет быстро разрушено, если они придут на встречу, которую отменили без предупреждения. А это, в свою очередь, уничтожит группу.

Каждая встреча начинается с вступительных слов руководителя, которые можно сократить, если на ней нет новых участников: «Добро пожаловать в Группу поддержания трезвости. Мы встречаемся по понедельникам, средам и пятницам с 9:30 до 10:30. Задача группы — собраться вместе и обсудить любые ваши вопросы относительно наркотиков, алкоголя, трезвости или связанных с ними проблем. Вы не должны быть чистыми и трезвыми, чтобы приходить сюда. Просто будьте готовы относиться к этим вопросам серьезно, пока вы здесь. Теперь мы представимся. Затем, во время встречи, когда и если вы сами этого захотите, каждому из вас нужно будет сказать приветствие: как ваши дела, о чем вы думаете. После этого мы обсудим

любую тему, которая будет интересна участникам».

В Группе поддержания трезвости нет правил. Нет никакого другого регламента. За годы работы я поняла, что чем меньше вы регулируете поведение людей с помощью правил, тем меньше это необходимо. Вместо этого группа опирается на нормы (обычаи), сложившиеся в процессе ее существования, клинический опыт и чуткость ее руководителей, а также знания и здравый смысл ее участников.

Процесс приветствия часто занимает всю сессию. Присутствующие берут слово в любом порядке. Если кто-то отказывается произнести приветствие, это принимается без комментариев, если только нет оснований для беспокойства по поводу этого человека (например, несвойственные ему молчаливость или возбуждение). В приветствии люди говорят все, о чем они думают: как они себя чувствуют, о своем недавнем употреблении наркотиков, что им снилось прошлой ночью, о своих планах на выходные, о чем-то, что их разозлило, о том, что им пришло в голову во время приветствия другого участника, и так далее. Эта группа отличается от собраний программы 12 Шагов тем, что в ней много общения. Дискуссии о проблемах кого-либо из присутствующих или на какую-либо всплывшую тему также являются частью обмена приветствиями. Группа отличается от межличностной групповой терапии тем, что взаимодействие между участниками не является ее целью. Она нужна для того, чтобы участники могли заниматься самоисследованием. Здесь важно упомянуть об обычаях группы: участники должны попросить разрешения высказаться, если хотят прокомментировать приветствие другого члена группы. Этот обычай требует уважения и позволяет каждому участнику контролировать объем информации, который он готов услышать. Именно он защищает членов группы от конфликта на почве разницы во мнениях и целях относительно наркотиков и их употребления. Он ограждает участников, развивающих осознанность в своих отношениях с наркотиками, от навязывания определенного образа мыслей. С одной стороны, члены группы ценят неприкосновенность своей возможности высказаться и не быть прерванными, с другой – непринужденность общения.

ГРУППОВОЙ ПРОЦЕСС

«Процессом» я называю то, что происходит в группе как с отдельными ее членами, так и между ними. На каждой сессии Группы поддержания трезвости есть три важных

этапа процесса. Первый: каждый участник получает возможность порассуждать о своих чувствах или мыслях без вмешательства других. Второй: фокус на амбивалентности в отношении продолжения употребления или воздержания. Третий: группу объединяет какое-либо общее чувство или опыт.

Наиболее важная часть процесса заключается в том, что у каждого участника должно быть время сконцентрироваться на себе. Это побуждает его выразить свои мысли, так сказать, думать вслух. Именно процесс выражения своих мыслей в поддерживающей среде, без вмешательства или оценки со стороны, позволяет человеку определить свои желания и четко сформулировать свои решения. Остальные присутствующие, в том числе и руководитель, должны дать человеку на это время и сдерживать свои реакции. На одной из сессий Юджин заявил: «Иногда я не могу понять, о чем думаю, пока не приду сюда и не начну говорить. Тогда я слышу, что я говорю, и могу об этом подумать. Я прихожу сюда не для того, чтобы послушать кого-то другого. Я прихожу, чтобы услышать себя».

Выявление амбивалентности и работа с ней — ключевая задача группы. По сути, в ней и заключается основная цель терапии снижения вреда. Главная задача Группы поддержания трезвости — помочь людям в определении своих двойственных чувств по отношению к своему излюбленному наркотику и свободно рассказать о них группе. Любой человек, который задумывается над тем, чтобы произвести значительные изменения в своем поведении, испытывает смешанные чувства по поводу отказа от старой привычки. Тому есть множество причин. И употребление наркотиков или алкоголя — не исключение. Деструктивный характер употребления часто не в состоянии перевесить ни преимущества излюбленного наркотика, ни чувство потери при отказе от него. В отличие от традиционной (модель болезни) идеи, что отрицание последствий употребления наркотиков — это основной симптом зависимости, более вероятно, что человек осознает их, но ощущает амбивалентность в отношении изменений. Членам группы, которым раньше внушали, что они находятся в отрицании, поскольку сопротивляются воздержанию от употребления, следует объяснить разницу между отрицанием и амбивалентностью.

Научиться выражать свои сомнения так же сложно, как и обнаружить их. Люди склонны соглашаться с другими, особенно в группе. Люди, употребляющие наркотики

и алкоголь, с особой охотой сплачиваются в группы. Они склонны избегать конфликта, хотя со стороны можно подумать об обратном (например, из-за проявлений агрессии в состоянии опьянения). В дополнение к этому, опыт предыдущего лечения, где члены группы были вынуждены следовать догмам и правилам программы, породил привычку соблюдать их лишь поверхностно, пустословить в отношении таких тем, как отрицание, и бояться говорить открыто.

Я часто выявляю и подчеркиваю амбивалентность во время обмена приветствиями. Я спрашиваю человека, который усердно стремится к воздержанию и выздоровлению, существует ли какая-то часть его личности, которая хотела бы продолжать употреблять или сучает по наркотику. Это дает членам группы разрешение на то, чтобы ощутить полноту своих чувств по отношению к своему излюбленному наркотику и осознать: «Не обязательно должно быть все или ничего. Я не должен проходить путь от того момента, в котором нахожусь сейчас, до полной приверженности воздержанию». Со временем группа все спокойнее относится к людям, занимающим разные позиции в бесконечном множестве форм употребления и мотивов к изменениям, предоставляя каждому возможность найти в нем свое место. Когда желание человека продолжить употребление сформулировано, группа начинает помогать ему взять употребление под контроль. Например, человеку, злоупотребляющему алкоголем, помогут снизить количество выпиваемых за день порций спиртного, а зависимого от крэка научат ограничивать сумму доступных ему денег, чтобы снизить потребление наркотика. Группа помогает участникам отслеживать достижение своих собственных целей. Учитывая возможность свободно изучать свои отношения с излюбленным наркотиком, эти цели могут меняться.

После поощрения каждого участника к самоопределению и постановке уникальных целей следующий важный элемент группы, делающий ее привлекательной для участников, заключается в том, что на каждой сессии присутствующие переживают какой-либо объединяющий опыт. На некоторых сессиях это эмоциональное обсуждение критической ситуации в жизни одного из членов, например, смерти ребенка или недавней травмы. В такие моменты члены группы с уважением собираются вокруг этого человека, чтобы выразить сочувствие или поделиться похожим опытом. На других сессиях это смех над какой-либо забавной ситуацией или участником, решившим развлечь присутствующих. На остальных

сессиях внимание группы привлекает какой-нибудь экзистенциальный вопрос, дающий основу для оживленной дискуссии на темы от экономической депривации, разлучения с детьми и ответственности за них до разрушительных последствий длительного употребления наркотиков.

НОРМЫ ГРУППЫ

Благодаря формату свободного посещения группа может встречаться и функционировать таким образом, чтобы удовлетворять потребности каждого ее члена. Но именно нормы группы определяют ее характер и позволяют ей существовать и работать. Нормы группы — это принятые модели поведения или общепонятные традиции и базовые правила, с которыми руководитель группы и ее члены негласно или открыто согласились. Совокупность норм определяет культуру группы. По мере развития группы нормы совершенствуются. Чем меньше в группе правил, и чем больше она полагается на нормы, тем она здоровее. И, хотя эти нормы и правила хранятся и поддерживаются группой в целом, именно руководитель несет ответственность за то, чтобы они стабильно соблюдались и по мере необходимости совершенствовались. В процессе работы группы сформировались определенные нормы, которые иллюстрируют и обеспечивают структуру и принципы Группы поддержания трезвости и делают ее работу возможной.

Инклюзивность

Группа поддержания трезвости инклюзивна. Формат свободного посещения и отсутствие тестирования на ПАВ гарантируют, что любой человек в любое время может присоединиться к группе. Единственный критерий членства в ней — желание быть здесь в данный момент. Наиболее ярким подтверждением инклюзивности группы в самом начале ее существования стал Энтони — бездомный, страдающий шизофренией, зависимый от героина и кокаина. По своему собственному выбору Энтони редко проходил лечение от шизофрении. Обычно он бредил и был легко возбудим, а его речь изобиловала метафорами. Он стал участником группы с самой первой ее сессии. Его главным вкладом было то, что он показал важность инклюзивности. На одной из сессий он рассказывал о том, как лежал на тротуаре, «словно какой-то мусор, а все эти хорошо одетые люди перешагивали через меня, воротя носы и желая, чтобы я убрался с дороги. Затем появились полицейские и

начали надо мной издеваться. Они говорили, что я не имею права даже валяться в канаве». Неизвестно, насколько достоверным было это описание. Энтони, как он однажды страстно заявил, придерживался следующего мнения: «Общество — как цепь, оно крепко лишь настолько, насколько крепко его самое слабое звено. Если мы не будем заботиться о слабых звеньях, то мы обречены».

Терпимое отношение к Энтони, с его невнятной речью, возбужденным состоянием и длинными монологами, было первым сложным испытанием для группы. Если бы мне не удалось осознать роль Энтони в группе, она могла бы распасться. Моей задачей было внимательно слушать все, что он говорил, и не проявлять нетерпение даже в те моменты, когда он занимал большую часть сессии. Я показала группе пример уважительного внимания к ее наиболее психологически неустойчивому члену, а она, позволив мне сделать это, обозначила, что готова к принятию любого человека. Хотя люди были нетерпеливы с Энтони и недоумевали, чем ему может быть полезна группа, они понимали, что к любому из них я отнесусь с тем же уважением, если они окажутся в его ситуации. Это принятие человека, польза группы для которого была непонятна, но который просто хотел быть здесь, стало отличительной чертой Группы поддержания трезвости, и с тех пор тщательно оберегается ее участниками.

Другое событие, также подчеркнувшее важность инклюзивности, произошло на второй сессии. Ким, зависимый от героина бездомный, пришел на встречу, потому что его уговорили это сделать. В последнее время он стал часто бывать в нашем центре, паркуя свои тележки в приемной. Ким никогда раньше не проходил лечения. Он вел себя пассивно и отстраненно (намного позже у него диагностировали депрессию). Во время сессии он заснул, неуклюже облокотив голову на окно. Остальные члены группы вопросительно посмотрели на меня. Вместо того чтобы разбудить его и попросить участвовать в общении, как это произошло бы в стандартной группе лечения наркотической зависимости, я подложила ему под голову подушку. Члены группы были потрясены. Ким стал постоянным участником сессий, пока его не приняли на лечение в реабилитационный центр, где он начал свое трехлетнее воздержание от употребления, после чего получил работу и нашел себе дом. Он всегда с благодарностью отзывается о группе, в которой сделал первый шаг к выздоровлению.

С самого начала существования Группы поддержания трезвости я хотела создать в ней значительно более толерантную атмосферу, чем в других группах и программах для наркозависимых, чтобы работать с наиболее сложными категориями зависимых людей. Поскольку руководителем нашего центра помощи был социальный работник, у меня появилась возможность сформировать очень гибкую группу, в которой отсутствовали барьеры для входа, установленные руководством программы. Мне только пришлось противостоять клиентам, имевшим опыт лечения зависимого поведения, и ориентированным на выздоровление. Они требовали того уровня мотивации к воздержанию, который не подходил всем участникам. Несколько раз в течение первых сессий я столкнулась с разногласиями и неприятием выбора других людей в отношении употребления наркотиков. Поразительно, но потребовалось всего восемь недель, чтобы сомнения и конфронтация превратились в принятие, отзывчивость и любопытство ко взглядам других людей. И неудивительно: люди изголодались по доброжелательному и непредвзятому отношению. Нетерпимость персонала реабилитационных программ и сопротивление выздоровлению были мне привычны, поэтому я предполагала, что мне предстоит долго и серьезно работать над развитием терпимости у клиентов. Это оказалось не так. Явное неприятие членов группы было лишь внешним, напускным, и они были рады оказаться в таком месте, где им не нужно было изображать приверженность каким-либо целям программы реабилитации. Группа помогла мне сформировать культуру принятия, существующую и по сей день.

Свобода выбора

Участники могут приходить и уходить по своему желанию. Они могут посещать встречи настолько часто, насколько захотят. Многие опаздывают или уходят до окончания сессии. Некоторые могут прийти за три минуты до конца встречи и считать, что она была для них полезна. Когда кто-то извиняется за опоздание, я отвечаю: «Лучше поздно, чем никогда». Кроме того, во время сессии люди могут постоянно выходить из комнаты, чтобы сходить за кофе, в туалет или даже покурить. Руководитель группы с таким пестрым составом должен обладать способностью находиться в одном помещении с группой от восьми до четырнадцати человек, обсуждающих крайне волнующие или эмоциональные вопросы. Как сказал один из участников: «Никогда не знаешь, что происходит с другим человеком. Остается лишь

поверить в то, что он знает, что ему нужно, и может об этом позаботиться». Другой участник ответил: «Группа должна быть гибкой, чтобы люди могли легко посещать ее, несмотря ни на что». И, хотя частые передвижения по комнате сильно отвлекают, главная задача руководителя состоит в том, чтобы быть максимально приветливым и либеральным, и как можно меньше вмешиваться в происходящее.

Люди также могут прийти на встречу, но не участвовать в ней. Для того чтобы сформировать четкое понимание о себе и суметь выразить его словами, иногда необходимо помолчать, «изолироваться». Изоляция хорошо известна как фактор риска зависимого поведения. Как это ни парадоксально, она же является необходимым состоянием для выздоровления. Именно поэтому я разрешаю, даже поощряю такой неортодоксальный метод, как посещение встреч без общения, каким бы странным это ни казалось в группе, обычно имеющей интерактивный терапевтический формат. Таким образом, люди, испытывающие страх перед общением или не привыкшие к нему, могут присоединиться к терапии и увидеть разные точки зрения. При этом никто не будет заставлять их делать что-то непривычное. Они могут расслабиться, что позволит им мыслить более гибко и контролировать темп изменений.

Свобода приходить и уходить (или прийти и не участвовать) соответствует моему основному предположению, что люди свободны выбирать, употреблять им наркотики или нет. Аналогичным образом они должны быть свободны посещать лечение, когда сами того захотят. Главным для меня является первый принцип социальной работы и снижения вреда: «Начинать с той точки, в которой клиент сейчас находится». Поскольку посещение Группы поддержания трезвости не требует приверженности определенному поведению или взглядам, прийти сюда так же легко, как зайти за угол и купить «кропаль» крэка. (На самом деле, даже легче, и уж точно дешевле.) Я привыкла относиться к формату свободного посещения Группы поддержания трезвости как к «самодозированию». Точно так же, как люди принимают дозу наркотика, они могут принимать и дозу лечения. Более того, они могут регулировать размер дозы.

Рассказ своей истории

Каждый участник имеет право рассказать свою историю без вмешательства или комментариев со стороны других людей. В отличие от АА, где историям также

придается значение, но считается, что все они, по сути, одинаковы, я считаю, что история каждого человека уникальна. Рассказывая свою историю, человек вступает на путь самопознания. Тот, кто не познает себя и не делится своей историей, имеет мало шансов на исцеление, независимо от того, подразумевает ли оно воздержание от алкоголя и наркотиков или нет. Рассказ о себе — это инструмент, с помощью которого члены группы занимаются исследованием себя.

Артур, который в приведенном мной отрывке из сессии вместо приветствия сказал: «Я не могу ничего рассказать, потому что я еще там», обычно очень красноречиво описывает свою жизнь, состоящую из ежедневного попрошайничества и компульсивного употребления крэк-кокаина. Он очень умелый попрошайка и часто собирает до ста долларов в день, а затем все эти деньги тратит на крэк. Артур живет на улице, страдает шизофренией, которую он периодически лечит, и практически не заботится о себе. Группа слушает его со смесью ужаса и восхищения. Вероятно, он самый компульсивный потребитель крэка из всех, кого они когда-либо встречали. Никто не предлагает ему бросить; все понимают, что он находится в поиске. Наоборот, остальные участники пытаются помочь ему понять, чего же он ищет в крэке. Однако они беспокоятся, что он выглядит истощенным.

Возможно, благодаря этой озабоченности и помощи своего куратора в последнее время он периодически ночует в гостинице, ест и моется. На примере Артура мы видим, насколько важно дать человеку возможность поделиться своим опытом. Ему сложно общаться с людьми: обычно он смотрит в пол, словно никого не слышит, и говорит, только когда подходит его очередь. Но когда наступает его черед, он оживает, становится красноречивым и завладевает нашим вниманием целиком. Он остается в группе потому, что здесь может свободно рассказать свою историю, а мы ведем себя очень деликатно по отношению к нему.

Разрешение на обратную связь

Для того чтобы люди могли свободно рассказывать о себе, не должно быть никаких последствий за любое мнение или привычку к употреблению наркотиков. Временами работа группы заключается в сдерживании негативных или положительных реакций. Самая важная норма группы сформировалась в ответ на противоречие между обеспечением свободы выражения и обузданием реакции других

участников на особенно возбуждающую или шокирующую информацию. Поначалу я часто вмешивалась, чтобы остановить ответные реакции. Многие из присутствовавших были знакомы с программами для наркозависимых, где было принято «срывать с людей маску и высказывать все в лицо» и тому подобное. Другими словами, находиться в группе означало, в том числе, получение обратной связи. Проведя несколько недель в Группе поддержания трезвости, ее члены поняли, что эта группа совершенно другая.

Кен, ветеран войны во Вьетнаме с ПТСР, шизофренией и склонностью к паранойе, присоединился к группе на второй год ее существования. Он сразу стал вмешиваться в словесные перепалки и был очень нетерпим к обратной связи от других людей, даже одобрительной. «Я сам себе хозяин», — часто говорил он, ударяя себя кулаком в грудь. Мне казалось необходимым создать почтительное расстояние между участниками, чтобы не выводить его из равновесия. Возможно, даже именно он и предложил ввести следующее «правило»: каждый, кто хочет прокомментировать рассказ другого человека, должен сначала спросить у него на это разрешения. Благодаря этому получается поддерживать уважительное и тактичное общение. Дополнительное преимущество заключается в том, что говорящий может сам решать, как много он готов взаимодействовать с людьми, развивая в себе уверенность и навык управления межличностным общением. У большинства участников группы были проблемы с отношениями. Кроме того, люди с определенными психическими заболеваниями, особенно шизофренией, очень чувствительны к межличностному взаимодействию. Здесь же они могут регулировать дистанцию и контакты с другими людьми, что позволяет им сделать присутствие в группе максимально комфортным для себя.

Состояние опьянения в группе

Ситуации с присутствием на сессии в состоянии опьянения решаются индивидуально в каждом конкретном случае. Когда член группы приходит на встречу явно нетрезвым, участники группы обсуждают, комфортно ли им будет иметь на сессии человека в подобном состоянии. Каждый присутствующий должен сказать о своем уровне комфорта или дискомфорта. Во всех случаях (за эти пять лет их было шесть) принималось решение допустить нетрезвого участника, если он сможет сидеть (относительно) тихо и слушать других. Разумеется, присутствие человека «под

кайфом» может вызывать раздражение, особенно у тех, кто стремится к воздержанию. Но члены группы настолько высоко ценят инклюзивность, что готовы проявить терпение. «Мы должны признать, что люди приходят сюда, потому что им это необходимо», — такое решение как-то раз вынесла группа.

Альберто был не первым человеком, пришедшим на встречу в состоянии опьянения, но самым значимым. Он находился в группе с момента ее основания и стал старшим членом, к тому же, благодаря уникальной структуре своей личности, выступал в качестве связующего звена между участниками с психическими заболеваниями и остальными. Его идентичность определялась его верой в то, что он «социальный работник, как и Вы [я]. Я помогаю ветеранам, которым Министерство по делам ветеранов помогать не хочет». Никто никогда не подвергал сомнению его веру. Члены группы интуитивно понимали, что его легко унижить.

Альберто всегда настаивал на том, что он воздерживается от употребления. От этого зависели его самоуважение и статус в группе. Несмотря на легкие признаки психоза и рассеянность, он болтал на внешне несвязанные темы, и его невозможно было остановить, пока он не завершит свой рассказ, как правило, когда у группы уже заканчивалось терпение. Однако своим умением понимать людей с манифестным психозом и поражением мозга он оказывал группе неоценимую услугу. Он мог выразить сочувствие любым их рассказам и объяснить смысл остальным участникам. И он всегда оказывался прав. Он стал для группы «переводчиком» и поэтому бесценным активом. В то же время, если верить сотрудникам Медицинского центра по делам ветеранов, он был самым сложным пациентом: из-за регулярных неопределенных жалоб на здоровье его часто отвозили на скорой в отделение неотложной помощи, а проводимое там обследование, в результате которого у него ничего не находили, стоило центру больших денег. Группа давала ему возможность проявить свои сильные стороны, которые искренне ценились другими участниками.

Наконец, Альберто признался членам группы, что употребляет алкоголь. Однажды, после трех лет регулярного посещения, он пришел на встречу пьяным. Он был не только пьян, но и вел себя довольно отвратительно. Мы приняли его и попросили сидеть спокойно. Но он не смог вести себя тихо, поэтому я попросила его уйти, спровоцировав поток ругательств, что было для него несвойственно. На

протяжении года это повторялось трижды. Несколько месяцев назад он начал сообщать нам, что выпил (см. приведенный в начале отрывок из сессии). Затем Альберто начал делиться своими беспокойствами по поводу пристрастия к алкоголю. Ему потребовалось так много времени – три с половиной года, – чтобы поверить, что он достаточно важен и ценен, что его примут, и что группа выслушает его без осуждения, когда ему потребуется помощь.

Все нормы группы, описанные выше, основаны на одном общем принципе — уважении. Я не знаю, что может быть ценнее для другого человека. Я могу испытывать беспокойство по поводу здоровья или благополучия участников группы и иметь представление о том, что им изменить в своих действиях, чтобы улучшить свое положение. Я могу поделиться этим. Но моя работа как терапевта — создать терапевтическую среду, в которой может обнаружиться и развиваться стремление человека к здоровью. Это не предполагает «предписывания» поведения. На встрече группы, где мы обсуждали этот вопрос, было решено, что «этой группой правит уважение».

РУКОВОДСТВО ГРУППОЙ

На той же встрече был поднят вопрос о руководстве. Члены группы согласились с тем, что руководство — ключ к успеху Группы поддержания трезвости, несмотря на ясное ощущение того, что главные в группе — ее члены. Для них самым важным качеством руководителя является желание относиться к каждому участнику с глубоким уважением к его здравому смыслу и независимости. Ниже приведены другие важные задачи, на которые следует обращать внимание, руководя подобной группой.

Будьте надежны

Поддержание структуры группы — задача руководителя. Само собой разумеется, что встречи должны проходить всегда и по расписанию. Ни одна терапевтическая группа не выживет без определенности. Однако стоит подчеркнуть, что такая уязвимая категория, как бездомные люди с двойным диагнозом, из-за пережитой социально-экономической депривации и маргинализации должны оказаться в надежной среде, в которой смогут заниматься развитием своего доверия, чтобы в дальнейшем приступить к терапевтической работе. По этой причине, как я уже писала ранее, встречи никогда не отменяются и всегда начинаются и завершаются вовремя.

Минимизируйте конфликты

Общество, друзья, семья и даже собственные мысли внушают ЛУН негативное отношение к себе и своему поведению. Обычно у них низкая самооценка, а одним из наиболее привычных чувств становится стыд. Это одна из причин, по которой разногласия и конфликты настолько болезненны для них: они разрушают остатки уверенности, необходимой для того, чтобы высказать свое мнение. Даже разница во взглядах может восприниматься как оскорбление или вызов, что пробуждает защитную реакцию в виде гнева. Один из способов, позволяющих не допустить этого, заключается в перефразировании негативных высказываний. Например, если кто-то описывает саморазрушительное или возмутительное поведение, и группа начинает негативно реагировать на это, я сначала спрашиваю, какую пользу человек извлекает из этого поведения. Я говорю: «Конечно же, Вы думаете/хотите... Учитывая Ваш опыт, это вполне обоснованно». Они начинают воспринимать свое поведение и поведение других людей как адаптивные и разумные копинг-стратегии. Указание на логичность выбора человека подкрепляет его сильные стороны. Чем более уверенно люди себя чувствуют, тем больше они способны мыслить и действовать гибко, и, возможно, рассматривать какие-либо другие возможности.

Безусловно, главная обязанность руководителя — обеспечение безопасности. Никто не должен испытывать физических или эмоциональных угроз или насилия. Ни один человек не может творчески работать в опасной среде. Если появляется какой-либо намек на жестокость или агрессию, руководитель должен вмешаться и прекратить это. Все участники должны знать, что руководитель готов пресечь любую угрозу их безопасности. Для тех людей, чья жизнь на улице полна рисков, и они должны быть всегда настороже, особенно важно иметь возможность расслабиться в терапевтической среде.

Доверяйте группе

Специалистам, работающим как в группе, так и индивидуально с людьми, злоупотребляющими наркотиками, свойственны активность и директивность. При индивидуальной работе задача терапевта заключается в том, чтобы направлять клиента в развитии новых моделей поведения, пока он не интернализирует их. При работе в группе терапевты продвигают определенные идеи (такие как борьба с

отрицанием), чтобы вести ее членов к установленной цели — воздержанию от употребления.

Я обнаружила, что, хотя наставления и могут быть полезны, члены группы действительно нуждаются в моем активном участии, только когда чувствуют себя небезопасно. В такие моменты им нужен посредник, чтобы сгладить разногласие или конфликт, перефразировать высказывание, принятое за оскорбление, или смягчить чей-то гнев. Я уверена, что об остальном члены группы способны позаботиться сами. (Часто они могут справиться и с этими деликатными задачами!) Я уверена, что члены группы обычно лучше меня чувствуют настроение и потребности каждого. Я уверена, что они восполнят все пробелы. Если дать им возможность, их разум определит, на чем необходимо сфокусироваться в следующий раз. Например, на одной из сессий присутствовало много участников с шизофренией и депрессией. Они говорили очень мало, и время тянулось бесконечно долго. Я сидела молча, и они начали называть свободные ассоциации ко всему, что говорилось на группе. В ходе этой дискуссии они блуждали между множеством на первый взгляд несвязных тем. В конце встречи у них было ощущение, что это была одна из лучших сессий в их жизни. Они абсолютно точно поделились своими переживаниями на темы, которые никогда бы не всплыли в более контролируемой (или управляемой) ситуации.

Понимайте сопротивление

Сопротивлением в контексте психотерапии называют склонность клиентов сопротивляться терапевтическому процессу, несмотря на намерение работать с терапевтом над решением своих проблем. При правильном понимании и подходе сопротивление становится превосходным источником информации об уязвимости клиента: чему мы больше всего сопротивляемся, того мы больше всего боимся. Это указывает на наиболее травмированные аспекты нашей личности. Понимание источников сопротивления обеспечивает прекрасную возможность для терапевтических изменений. Проще говоря, сопротивление терапии означает сопротивление изменениям или неизвестным, а потому пугающим, чувствам и моделям поведения. С этой точки зрения, сопротивление способствует адаптации: ни один живой организм не выберет неизвестность, если его текущее существование до этого момента обеспечивало выживание, пусть и с низким качеством жизни.

Применительно к людям, употребляющим наркотики и алкоголь, сопротивление называют «сопротивлением лечению». Звучит похоже, но персонал программ лечения зависимого поведения используют это понятие, чтобы подчеркнуть отсутствие мотивации (что часто лишает человека права на лечение). На самом деле, ЛУН сопротивляются изменениям по той же причине, что и все остальные люди: изменение означает неизвестность, в которой выживание, физическое или эмоциональное, не гарантировано. Мы не можем успешно работать с проблемами употребления наркотиков или алкоголя, пока не поймем этого. В противном случае мы просто усиливаем их сопротивление или загоняем его глубоко внутрь, создавая видимость согласия с нашей точкой зрения.

Управляйте контрпереносом

Контрпереносом называют любую реакцию терапевта на клиента. Она может проистекать из личного опыта терапевта или стать откликом на поведение или какую-либо особенность клиента. Это противоположность переноса — восприятия или реакции клиента на терапевта, основанных на предыдущем жизненном опыте. В группе, подобной Группе поддержания трезвости, наиболее вероятны следующие реакции контрпереноса: 1) беспокойство или страх относительно особенно опасных или саморазрушительных форм поведения клиента; 2) разочарование по поводу того, как медленно происходят изменения, повторения цикла рецидивов и того, насколько ненадежными это делает членов группы. (Под рецидивом я понимаю удаление от желаемых изменений, а не только возвращение к активному употреблению после воздержания.)

У меня сложнее всего получалось справиться с реакцией контрпереноса, когда люди не приходили на следующую сессию. Я переживала, что они почувствовали осуждение или отверженность, а я не обратила на это внимания. Или не заметила признаков эмоциональной нестабильности и дала меньшую поддержку, чем человеку было необходимо. Обратите внимание, что я подчеркиваю свою ответственность за присутствие участников на сессиях. Как бы рьяно я ни отстаивала право людей на самостоятельное принятие решений, в том числе относительно «дозировки» лечения, я все равно чувствую груз ответственности за их комфорт во время терапии. Как я уже отмечала, я несу серьезную ответственность за эмоциональную и физическую безопасность людей в группе, но, тем не менее, они вольны выбирать частоту

посещения, основываясь на своих собственных суждениях о том, что лучше для них. Я должна верить, что их решения верны. Моя слабость заключается в том, что я беру на себя слишком много ответственности за решения других людей.

И, как бы трудно это ни было, руководитель должен смириться с вероятностью того, что, употребляя наркотики или алкоголь, члены группы могут себя убить. Даже учитывая эти опасения, мы не можем становиться чрезмерно категоричными, а тем более начинать их контролировать, иначе мы рискуем убить в них желание посещать лечение в принципе. Чем сильнее мы стремимся лечить людей с расстройствами, которые входят в группу риска, тем важнее нам контролировать свои собственные чувства по отношению к их поведению, давая им возможность беспристрастно обдумывать свои поступки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Методики, применяемые в Группе поддержания трезвости, органически развивались на протяжении нескольких лет в ответ на потребности ее членов. Я начинала эту группу, основываясь на предположениях, ставших результатом многолетней работы с подобными клиентами, и на принципах снижения вреда: люди вольны выбирать, употреблять им наркотики или нет; каждый человек сам знает, что ему необходимо. Моя работа заключается в том, чтобы помочь человеку найти или уточнить эти моменты для себя, и этому наилучшим образом способствует такое взаимодействие, которое позволяет клиенту четко оценивать свои возможности. Прелесть группового формата лечения в том, что он стимулирует людей к размышлениям, способствует развитию гибкости и обеспечивает поддержку других членов группы.

Сами члены группы являются экспертами. В отличие от индивидуального взаимодействия специалиста и клиента, где один оказывает помощь, а другой ее получает, члены группы выполняют обе функции, что позволяет им проявить свой здравый смысл и сильные стороны.

За годы существования группы ее члены многократно напоминали мне об этих принципах. Я должна была оставаться открытой для критики и обратной связи, чтобы поддерживать ту среду, которая им необходима. Думаю, члены группы всегда могли свободно выразить свое недовольство, если чувствовали, что я недостаточно к ним

восприимчива. Эта часть процесса не всегда мне нравилась, но я уверена, что в первую очередь именно она способствовала процветанию группы.

В руководстве подобной группой следует умело поддерживать равновесие между простотой и здравым смыслом, с одной стороны, а с другой — глубоким пониманием того, как сдерживать и трансформировать потенциальный хаос в случайной группе сложных людей, часто оказывающихся в критических ситуациях. Для этого следует прочно опираться на свои философские взгляды и клинический опыт и быть готовой к новому взаимодействию с группой на каждой сессии. Другими словами, требуется глубокое теоретическое и практическое понимание выполняемой нами работы и людей, которым мы стремимся помочь, и в то же время – сохранение определенной свободы, чтобы процесс лечения превратился в совместное творчество терапевта и каждого нового члена группы.

Комментарий

История Литтл показывает, как подход снижения вреда принес пользу группе людей с двойным диагнозом, которые не могли получить помощь в других местах из-за своего нежелания прекратить употребление. Начав с максимально инклюзивного условия для членства в группе, «признание и уважение выбора каждого ее члена», она показала, как группа смогла помочь людям с разнообразными психическими заболеваниями и целями относительно употребления ПАВ. Одни достигали полной трезвости благодаря АА, другие — умеренности в употреблении наркотиков, третьи провели в группе несколько лет, прежде чем почувствовали себя достаточно безопасно, чтобы хотя бы начать работать над своей зависимостью. В противоположность традиционной точке зрения об обязательной трезвости участников групп, Литтл обосновывает необходимость, а затем показывает ценность присутствия в группе людей с разными целями.

Ее рассказ иллюстрирует то, что мы уже видели в других историях в этой книге: многим людям требуется время для работы над личными проблемами и развития доверительных терапевтических отношений, в данном случае, отношений с группой, прежде чем они смогут приступить к работе над проблемой с наркотиками. Группы снижения вреда принимают людей на том этапе, на котором они находятся, уважают их потребность двигаться со своей скоростью, и позволяют их работе над собой

продолжаться, а не препятствуют ей, как это делают группы, ориентированные на воздержание, исключая пациентов, прогрессирующих недостаточно быстро.

Мы также увидели, что, как и при индивидуальной терапии, развитие группы происходило в сотрудничестве с ее членами. Структура и нормы соответствовали их конкретным потребностям и предпочтениям. Следовательно, группы снижения вреда для других категорий клиентов могут приобрести другую структуру и нормы, более соответствующие их потребностям. Например, в группе снижения вреда, которую я проводил для клиентов с менее серьезными личными проблемами и бóльшим доверием и целеустремленностью, ожидалось, что участники будут приходить каждую неделю для поддержания непрерывности процесса. Ключом к организации подобных групп является то, что структура развивается в сотрудничестве с клиентами — членами группы.

Список сокращений

АА – сообщество «Анонимные Алкоголики»

АН – сообщество «Анонимные Наркоманы»

ВДА – взрослые дети алкоголиков

ЛУН – люди, употребляющие наркотики

ОКР – обсессивно-компульсивное расстройство

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

ТС – терапевтическое сообщество

Список литературы

Глава 1

- Carey, K.B. and Carey, M.P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 205- 209.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelman, E. and O'Hare, P. (Eds.) (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London; Whurr Publishers.
- Khantzian, E.J., Halliday, K.S. and McAuliffe, W.E. (1990). *Addiction and the Vulnerable Self*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. and Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. and Tapert, S.F. (1993). Harm reduction: Reducing the risks of addictive behaviors. In J.S. Baer, G.A. Marlatt and R.J. McMahon (Eds.). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues* (pp. 243-273). Newbury Park, CA: Sage.
- Peele, S. and Brodsky, A. (1992). *The Truth about Addiction and Recovery*. New York: Fireside.
- Rothschild, D. (1995). Working with addicts in private practice: Overcoming initial resistance. In A. Washton (Ed.). *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook* (pp. 192-203). New York: Guilford Press.
- Rotgers, F. (1998). Using harm reduction in treating problem drinkers. In L. Van DeCreek (Ed.). *Innovations in Clinical Practice*, 16. Odessa, FL: Professional Resource Exchange.
- Woodward, A., Epstein, J., Goerer, J., Melnick, D., Thoreson, R. and Wilson, D. (1997). The Drug Abuse Treatment Gap: Recent Estimates. *Health Care Financing Review*, 18(3).
- Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use*. New York: Jason Aronson Inc.

Глава 2

- Eisler, K.R. (1958). Remarks on some variations in Psychoanalytical technique. *International Journal of Psycho-Analysis*: 39: 222-229.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: The Hogarth Press.
- Levinson, V. and Straussner, S.L.A. (1978). Social workers as "enablers" in the treatment of alcoholics. *Social Casework*, 59: 14-20.
- Mitchell, S.A. and Black, M.J. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York: Basic Books.

Глава 3

- Alcoholics Anonymous (1976). *Alcoholics Anonymous*. 3rd ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Alcoholics Anonymous (n.d., presumably 1990). *Comments on AA's triennial surveys*. New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual* (4th ed.).

Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Babor, T.F., Hofmann, M., DelBoca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S., and Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599-608.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bok-Lim, C.K. (1996). Korean families. In M. McGoldrick, J. Giordano, and J.K. Pearce (Eds.). *Ethnicity and Family Therapy*. 2nd ed. (pp. 281-294). New York: Guilford Press.
- Booth, P.G., Dale, B. and Ansari, J. (1984). Problem drinkers' goal choice and treatment outcome: A preliminary study. *Addictive Behaviors*, 9: 357-364.
- Booth, P.G., Dale, B., Slade, P.D., and Dewey, M.E. (1992). A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 594-600.
- Burns, D.D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: Plume.
- Burwell, L. (1995). *Handbook of Psychiatric Drugs*. Fountain Valley, CA: Current Clinical Strategies Publishing.
- Caddy, G.R., Addington, H.J., and Perkins, D. (1978). Individualized behavior therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 16: 345-362.
- Carey, K.B., and Carey, M.P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21: 205- 209.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic mechanisms in alcoholism. *Science*, 236: 410-416.
- Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Agrawal, S., and Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18: 347-353.
- Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcoholic addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 23: 94- 104.
- Ditman, K.S., Crawford, G.C., Forgy, E.W., Moskowitz, H. and MacAndrew, C. (1967). A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. *American Journal of Psychiatry*, 124(2): 64-67.
- Foy, D.W., Nunn, L.B., and Rychtarik, R.G. (1984). Broad-spectrum treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 218-230.
- Glatt, M.M. (1995). Comments on Sobell and Sobell's editorial "Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?" Controlled drinking after a third of a century. *Addiction*, 90: 1157-1160.
- Glover, Edward G. (1928). The Aetiology of Alcoholics in Proceedings of the Royal Society of Medicine, vol. 27, pp. 1351- 1355.
- Graber, R.A., and Miller, W.R. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2: 20-33.
- Heather, N., and Robertson, I. (1983). *Controlled Drinking*. Rev. ed. Cambridge: Cambridge University Press.

- Heather, N. (1995). Brief intervention strategies. In R.K. Hester and W.R. Miller (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2nd ed. (pp. 105-122). Boston: Allyn and Bacon.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelman, E., and O'Hare, P. (Eds.). (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., Taylor, J.R., Carey, K., Miller, R.H., Combs-Orme, T., and Farmer, A. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312: 1678-1682.
- Hester, R.K. and Miller, W.R. (Eds.) (1995). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcoholic Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Janicak, P.G., Davis, J.M., Preskorn, S.H., and Ayd, F.J. (1993). *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Jellinek, Emil M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7: 1-88.
- Kernberg, O. (1998). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Keso, L., and Salaspuro, M. (1990). Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized critical trial of Hazelden-type traditional treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 14: 584-589.
- Khantzian, E.J. (1975). Self-selection and progressions in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 10: 19-22.
- Khantzian, E.J. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11): 1259-1264.
- Khantzian, E.J. (1995). Alcoholics Anonymous—cult or corrective: A case study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12: 157-165.
- Khantzian, E.J., and Mack, J.E. (1994). How AA works and why it is important for clinicians to understand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 77-92.
- Kishline, A. (1994). *Moderate Drinking: The Moderation Management Guide for People Who Want to Reduce Their Drinking*. New York: Three Rivers Press.
- Lazarus, A.A., and Lazarus, C.N. (1991). *Multi Modal Life History Inventory*. Champaign, IL: Research Press.
- Marlatt, G.A., and Tapert, S.F. (1993). *Harm Reduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviors*. In J .S. Baer, G.A. Marlatt, and R.J. McMahon (Eds.). *Addictive Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues* (pp. 243-273). Newbury Park, CA: Sage.
- Marlatt, G. A., and Gordon, J . R. (Eds.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt and J.R. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention*. New York: Guilford.
- Miller, W.R., and Marlatt, G.A. (1984). *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Monti, P.M., Abrams, D.B., Kadden, R.M., and Cooney, N. (1989). *Treating Alcohol Dependence*. New York: Guilford.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Colby, S.M., and Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. In R. K. Hester and W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2nd ed. (pp. 221-241). Boston: Allyn and Bacon.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). (On-Line) Available: <http://silk.nih.gov/silk/niaaal/database/abdepl.txt>.
- Nordstrom, G., and Berglund, M. (1987). Aging and recovery from alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 151: 382- 388.
- Nordstrom, G., and Berglund, M. (1987). A prospective study of successful long-term adjustment in alcohol dependence: Social drinking versus abstinence. *Journal of Studies on Alcohol* 48: 95-103.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., and West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217: 169-175.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach* New York: Norton.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 7-29.
- Raistrick, D., Dunbar, G., and Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78: 89-95.
- Roizen, R. (1987). The great controlled drinking controversy. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 5 (pp. 246- 279). New York: Plenum.
- Rosenberg, H., and Davis, L.-A. (1994). Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 55: 167-172.
- Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D., and Hodge, J. E. (1992). A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 441-446.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113: 129-139.
- Rotgers, R. (1998). Using harm reduction in treating problem drinkers. In L. Van DeCreek (Ed.), *Innovations in Clinical Practice* (p. 16). Odessa Fla: Professional Resource Exchange.
- Rotgers, F. (1996). Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice. In F. Rotgers, D. S. Keller, and J. Morgenstern (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique* (pp. 174-201). New York: Guilford Press.

- Rothschild, D. (1995). Working with addicts in private practice: Overcoming initial resistance. In A. Washton (Ed.). *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook* (pp. 192-203). New York: Guilford Press.
- Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599-608.
- Rychtarik, R. G., Foy, D. W., Scott, T., Lokey, L., and Prue, D. M. (1987). Five-six year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 106-108.
- Sanchez-Craig, M. (1993). *Saying When: How to Quit Drinking or Cut Down*. 2nd ed. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., and MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 390-403.
- Sanchez-Craig, M., and Lei, H. (1986). Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81: 505- 512.
- Seltzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127: 1653-1658.
- Sobell, M. B., and Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90: 1149-1153.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I., and Skinner, W. (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behavior Therapy*, 23: 43-52.
- Sobell, M. B., and Sobell, L. C. (1973). Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome. *Behavior Research and Therapy*, 11: 599-618.
- Sobell, M. B., and Sobell, L. C. (1976). Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behavior Research and Therapy*, 14: 195- 215.
- Sobell, L. C., and Sobell, M. B. (1992). Time line follow back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Z. Litten and J. P. Allen (Eds.). *Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biochemical Methods* (pp. 41-72). Totowa, NJ : Humana Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999). The treatment episode data set (TEDS): 1992-1997 national admissions to substance abuse treatment services. Rockville, MD: SAMHSA.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4: 9-24.
- United States Department of Health and Human Services. (1997). Ninth special report to the U.S. congress on alcohol and health. National Institute of Health No. 97-4107.
- Wallace, B. C. (Ed.). (1992). *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*.

New York: Brunner/Mazel.

Young, J. E., Beck, A.T., and Weinberger, A. (1993). Depression. In D. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 2nd ed. (pp. 240-277). New York: Guilford Press.

Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema- Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional ResourceExchange.

Глава 4

Marlatt, G.A. (Ed.). (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behaviors*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Peele, S., Bufe, C. and Brodsky, A. (2000). *Resisting 12 - Step Coercion: How to ~~Fit~~ Forced Participation in AA, NA. or 12 - ~~Step~~ Treatment*. Tucson, AZ : See Sharp Press.

Prochaska, J . O. and DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In L. M. Vernon, R. M. Eisler, and P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavioral Modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.

Tatarsky. A. and Washton, A. (1987). Intensive Outpatient Treatment. In B.C. Wallace (Ed.) (1992), *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.

Wallace, B. C. (Ed.). (1992). *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.

Глава 5

Levin, Jerome D. and Weiss, Ronna H. (Eds.). (1994). *The Dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.

Levinson, V. and Straussner, S. L. A. (1978). Social workers as “enablers” in the treatment of alcoholics. *Social Casework*, 59: 14-20.

Levinson, V. (1996). The alcoholic’s self- destructiveness and the therapist’s role in mobilizing survival energies. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(3): 23-35.

Spotnitz, Hyman (1985). *Modern Psychoanalysts of the Schizophrenic Patient*. New York: Human Sciences Press, Inc.

Unger, R. (1978). Sustaining transference in the treatment of alcoholism. *Modern Psychoanalysis*, 3(2): 155-172.

Глава 6

Khantzian, E. J., Halliday, K. S., and McAuliffe, W.E. (1990). *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*. New York: Guilford Press.

Khantzian, E. J., and Mack, J . E. (1989). Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. In M. Galanter (Ed.). *Recent Developments In Alcoholism Vol. 7* (pp. 67-89). New York: Plenum.

Krystal. Henry (1977). *Self and Object Representations in Alcoholism and other Drug*

Dependence: Implications for Therapy in Psychodynamics of Drug Dependence. Research Monograph 12, pp. 88-100. National Institute of Drug Abuse.

Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* New York: Guilford Press.

Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.

Глава 7

Freud, S. (1919). The Uncanny. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol. 17 (pp. 219-252). London: The Hogarth Press.

Khantzian, E. J., and Mack, J. E. (1989). Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism.* Vol. 7 (pp. 67-89). New York: Plenum.

Глава 8

Alexander, B. K. (1987). The disease and adaptive models of addiction: A framework evaluation. *Journal of Drug Issues,* 17(1): 47-66.

Fenichel, Otto. (1945). Dynamics of addiction. In *The Psychoanalytic Theory of Neurosis,* pp.375-380. New York: W.W. Norton and Company, Inc.

Freud, S. (1896). Further Remarks on Neuropsychoses of Defense. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud,* V-III, p. 170, pp. 162-185. London: The Hogarth Press.

Horn, J. L., Wanberg, K. W., and Foster, F. M. (1987). *Guide to the Alcohol Use Inventory.* Minneapolis: National Computer Systems.

Krystal, Henry (1977). *Self and Object Representations in Alcoholism. and Other Drug Dependence: Implications for Therapy in Psychodynamics of Drug Dependence.* Research Monograph 12, pp. 88-100. National Institute of Drug Abuse.

Morganstern, J. and Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy,* 30(2), pp. 194-206.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., and Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist,* 47: 1102-1114.

Sullivan, H. S. (1953). *Conceptions of Modern Psychiatry.* New York: W. W. Norton and Company.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Process and the Facilitating Environment.* New York: International Universities Press.

Глава 9

Wallace, B. C. (1996). *Adult Children of Dysfunctional Families: Prevention, Intervention, and Treatment for Community Mental Health Promotion.* Westport, Conn.: Praeger.

Wallace, B. C. (1995). Women and minorities in treatment. In A. M. Washton (Ed.), *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook.* New York: Guilford Press.

Wallace, B. C. (1993). Cross-cultural counseling with the chemically dependent: Preparing for service delivery within our culture of violence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(3): 9-20.

Wallace, B. C. (1992). The therapeutic community as a treatment modality and the role of the professional consultant: Spotlight on Damon House. In B. C. Wallace (Ed.). *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.

Глава 10

Yalom, Irvin D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4th ed. New York: Basic Books.