

И.В. Андреева-Чадаева, И.Н. Ефимова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: СООТНЕСЕНИЕ СО СТРУКТУРОЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ МОТИВАЦИЙ, ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО АНАЛИЗА

На основании практического опыта работы описываются особенности мотивации (дефициты на уровне 2-й и 3-й фундаментальных мотиваций), характерные для пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. Обсуждаются проблемы зависимых пациентов в ремиссии и предлагаются возможности включения средств экзистенциального анализа в программу реабилитации лиц с химической зависимостью в условиях стационара и при амбулаторном лечении. Рассматриваются типичные для психолога, работающего с зависимыми пациентами, трудности, и показаны возможности ЭА для их решения.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ, фундаментальные мотивации, воля, внутреннее согласие, фундаментальная ценность, самоценность.

От авторов

Прежде чем перейти непосредственно к содержанию, хотелось бы сказать несколько слов о том, что подтолкнуло каждую из нас к написанию этой статьи. Это про персональное...

Ирина Андреева-Чадаева: В начале работы в реабилитационном центре (РЦ) я не думала об использовании экзистенциального анализа (ЭА) в дополнение к 12-шаговой программе. Но, несмотря на тщательную разработанность и апробированность в условиях РЦ программы лечения зависимых от ПАВ¹ и опыт 12-шаговой

¹ Мы используем словосочетание «зависимые от ПАВ», а не «зависимые от алкоголя» или «зависимые от наркотика», так как, во-первых, чистая зависимость от одного вида наркотика в реабилитации практически не встречается и часто идет в сопровождении с

программы, в психологической работе с этими пациентами все время чего-то не хватало, требовались иные, более глубинные ресурсы. Я стала включать ЭА в работу с пациентами. Стало вырисовываться, насколько этот метод хорош для лечения людей с зависимостью от ПАВ в сочетании с программой «12 шагов». Диалог, Встреча, внутреннее согласие, персональность, воля — эти важные для экзистенциально-аналитического терапевта понятия в работе с зависимыми от ПАВ зазвучали каким-то особенным образом. Зазвучали, запели, превратились в мощные аккорды в развитии персональности людей, страдающих от зависимости.

Здесь стоит оговориться, что способ индивидуальной психотерапевтической работы, который предлагает ЭА для отказа от зависимостей (алкоголизм, курение, сексоголизм и т.п.), когда за счет переживания внутреннего персонального несогласия укрепляется мотивация пациента к отказу, подходит и к лечению полисубстантной зависимости, однако с определенными оговорками. Этот метод требует достаточного количества времени для сессий, хорошего терапевтического альянса между терапевтом и пациентом, определенной мотивации пациента к выздоровлению и т.д.. У пациента с зависимостью от ПАВ мало возможности пережидать и переживать тягу, особенно если рядом много соблазнов. Сама структура химической зависимости (тяга к веществу в первый месяц ремиссии является сильной, а постабстинентный синдром — крайне тяжелым) мешает пациенту на первых порах адекватно воспринимать психологическую работу, которая рассматривается им как досадная помеха употреблению. Химически зависимые пациенты чаще, чем при других видах зависимости, срываются и прекращают психотерапию.

В первые месяцы реабилитации более всего необходим феноменологический подход, чтобы за психодинамикой увидеть и понять *Person*, потому что персональный диалог — это единственно возможный язык в работе с химически зависимыми, способный пробудить их. Прежде чем пациент с зависимостью

зависимостью от алкоголя или других химических веществ. Наркотическая зависимость, как правило, оказывает большее влияние на личность зависимого от ПАВ, то есть болезнь развивается по «наркотическому» типу. Во-вторых, в 12-шаговой программе работы с химически зависимыми людьми вещества не разделяются между собой. Любой вид наркотика или алкоголя суть вещество, оказывающее активное воздействие на психику и организм человека, что крайне пагубно отражается на здоровье.

от ПАВ заговорит со мной на персональном языке, как правило, проходит несколько месяцев сопротивления. Необходимо работать с мотивацией на лечение и отрицанием (как психической защитой), так как такие пациенты на начальном этапе глухи и не вступают в диалог.

Мой опыт и знания, полученные в работе с химически зависимыми, убеждают в необходимости разностороннего подхода к такому сложному био-психо-социо-духовному заболеванию, как зависимость от психоактивных веществ. Нельзя вылечить пациента, делая «вшивки» и «кодировки» — он срывается. Не получится «держат его за душу», призывать к совести или винить — пациент срывается. Бессмысленно также работать с его семьей, не трогая его самого, — пациент срывается. Подход требуется комплексный — чтобы лечить и биологическую составляющую болезни (работая с тягой и помогая пациенту с ней справиться), и социальную (создавая предпосылки для смены окружения пациента), и психологическую (работая с личностными дефицитами пациента), и духовную (пробуждая его личность).

Моя цель — дать представление читателю, почему программа «12 шагов», группы Анонимных Наркоманов и ЭА должны действовать комплексно, в случае лечения химической зависимости в реабилитационных центрах.

Ирина Ефимова: Мы хотели посмотреть феноменологически, что характерно для химически зависимых пациентов, проходящих реабилитационную программу. Анализ того, как эти пациенты проходят шаги структурированных методов ЭА (ПЭА, ПП, процесса печали, обработки вины и т.д.), вскрыл важные подводные течения их психодинамики. Мифы о зависимых пациентах развеивались. Оказалось, что жесткие методы обхождения с сопротивлением не самые эффективные. Зависимые уже в начальной стадии ремиссии способны откликнуться на персональное обращение, движимы ценностями и дорожат глубокими эмоциональными переживаниями больше, чем кайфом. Мы увидели, исходя из практического опыта, что внутренняя пустота может быть заполнена только из собственного персонального источника, иначе многие годы трезвости только замаскируют провал, но не станут надежной опорой для хорошей жизни.

Моя цель — сделать более рефлексивным сочетание различных методик и поделиться результатами нашего осмысления того, что может помочь вернуть свободу выбора кому-то из пациентов.

В данной статье мы хотели бы ограничиться анализом результатов конкретной работы психолога в реабилитационном центре, чтобы рассмотреть особенности личности зависимых от наркотических веществ и то, как экзистенциальный анализ (ЭА) может быть встроен в психологическую работу с ними в структуре существующих программ реабилитации для углубления решимости вести трезвую жизнь и профилактики срывов. Задача сравнения существующих подходов к терапии зависимостей нами не ставилась, это тема для отдельной статьи. Далее остановимся кратко на том, как современный ЭА понимает проблему зависимости.

1. Причины и динамика зависимости с точки зрения ЭА

С точки зрения экзистенциального анализа зависимость представляет собой «попытку компенсировать недостаточную экзистенциальную исполненность» (Längle, 1997. S. 149). ЭА видит первопричину формирования зависимости во внутренней пустоте, которая при неблагоприятных внешних условиях (отсутствие ценностей и смысловых взаимосвязей) может стать патогенной. В этом случае использование эрзацев (ПАВ или определённых стереотипов поведения) обещает смягчение или компенсацию приносящей страдание пустоты, и человек при потере смысловых взаимосвязей закичивается в зависимом поведении, которое пронизано направленностью на то, чтобы достать наркотик и испытать приносимые им переживания (Längle, Probst, 1997).

Поэтому для успешной реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ необходима терапия основной причины возникновения болезни — «неисполненности *Person* в ее переживаниях, установках, действиях» (Längle, 1997. S. 150). Психотерапия индивидуальной готовности к зависимости обязательно должна сочетаться с медицинским, социально-психиатрическим, социально-трудовым и педагогическим вмешательством, что является задачами программ социально-реабилитационных центров. Целью экзистенциально-аналитической работы является развитие *Person* и ее принципиальных способностей, позволяющих ориен-

тироваться во взаимосвязях смысла и ценностей. «Подвести человека к **аутентичной экзистенции** рассматривается в качестве наилучшей защиты от зависимости» (*Там же*. S. 149). (Это уровень 3-го фундаментального условия экзистенции.)

В соответствии со структурным подходом в экзистенциальном анализе почву для возникновения зависимости создает неспособность прожить одно или несколько из фундаментальных условий исполненной экзистенции. Особый вес имеет дефицит бытия живым, эмоциональности, отношений (2-е фундаментальное условие экзистенции) и, как следствие, неспособность ответить на **смысловое требование** данной ситуации (4-е фундаментальное условие экзистенции). В то же время базисом зависимости является аперсональное поведение (3-е фундаментальное условие экзистенции), которое способствует эскалации проблем и уводит человека все дальше от исполненности. В результате порочный круг патологии замыкается и зависимость получает власть над поведением.

Динамическая модель зависимости рассматривает процессы выбора. ЭА видит *Person* как центральную, обходящуюся с дефицитами и внешними данностями инстанцию. Поэтому динамика зависимости связывается со способностью человека принимать ответственные персональные решения.

Представители Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов используют модель личности зависимого человека, включающую две части — больную и здоровую (*Анонимные Наркоманы* [Электронный ресурс]). С точки зрения экзистенциального анализа духовное измерение человека представляет собой ту здоровую часть, которая не может заболеть (*Франкл*, 1990), а причиной зависимости является болезнь воли, в которой динамика тяги заглушает голос духовной сущности человека. Чтобы понять динамику выборов зависимого, в том числе процессы срыва, ЭА рассматривает динамический процесс воли — борьбу тяги и внутреннего согласия (*Längle, Probst*, 1997). Основанием для отказа от употребления служит стабильная ориентация на персональное, а не на нуждаемость. Однако болезнь такова, что риск срыва сохраняется всегда. Поэтому борьба выздоравливающего химически зависимого человека за жизнь и ее качество продолжается день за днем, и крайне важно задействовать все возможные ресурсы для помощи ему в этом.

Процесс психотерапии зависимости с точки зрения ЭА должен быть направлен на создание предпосылок для укрепления персональной доли в мотивации пациента. Акт принятия решения предполагает несколько этапов, в которых задействованы уровни всех четырех фундаментальных мотиваций.

2. Особенности личности пациента с зависимостью от ПАВ

Как показывает практика, невозможность для зависимого принять решение в пользу трезвости и реализовать его может быть связана с характерными личностными дефицитами.

В программе «12 шагов» после принятия болезни переход к ремиссии обеспечивается соблюдением ряда правил (не пить, не колоться и пр.), которые являются границами, проводимыми извне. Но чтобы ощущать свою жизнь полноценной, кроме ограничений необходимо обнаружение собственного — того, что мне созвучно и что я хочу делать, реализовывать. Пациенты с зависимостью от ПАВ, как правило, живут в установке желания или планов на будущее и мало внимания уделяют полноценному проживанию собственного в настоящем: им трудно распознавать собственное и обходиться с ним, а также с тем, что они недостаточно обращаются к темам 3-й ФМ в процессе реабилитации.

Кроме дефицита самооценности для химически зависимых людей, в том числе и в ремиссии, характерны проблемы на уровне 2-й ФМ: они строят отношения, часто ориентируясь на внешние, бросающиеся в глаза особенности, на контрастные аффекты, легко попадают на манипуляции, если с ними устанавливают «особые» отношения (создаются секреты, подчеркивается исключительность и т.п.). С увеличением срока ремиссии они меняют взгляд на отношения: переходят от презрения к зависти к тем, кто строит и проживает эмоциональную близость, но часто им самим это искусство еще не доступно. То есть можно сказать, что проблема близости в ремиссии постепенно трансформируется, но не исчезает.

Таким образом, основные трудности реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ в рамках структурного подхода ЭА могут быть отнесены, в первую очередь, к уровню 3-й и 2-й фундаментальных мотиваций. Кроме этих специфических для за-

висимости дефицитов пациенты могут иметь индивидуальные личностные особенности, которые влияют на их поведение и процесс ремиссии.

Пройдя курс реабилитации, многие пациенты получают образование, становятся специалистами — психологами или консультантами, идут работать в реабилитационные центры, применяя свой опыт на практике. Однако причиной возвращения в РЦ может быть дефицит в одной из ФМ, а не призвание.

При дефиците 1-й ФМ зависимые от ПАВ стремятся быть защищенными, им трудно смотреть в лицо реальности, где мир изменчив и часто требует немедленного ответа на возникающие проблемы, они тревожатся и реагируют на любые, даже незначительные для здоровых людей стрессоры. Реабилитация дает им опору, правила структурируют, а привычные стены дома, в которых проходила реабилитация, обеспечивают защищенность. Поэтому тревожные зависимые часто возвращаются в РЦ волонтерами или становятся на год-два консультантами, пока не обретут определенную устойчивость в новой трезвой жизни.

Пациенты с зависимостью от ПАВ с дефицитами во 2-й ФМ испытывают трудности в общении, проживают свою жизнь, как холодную, лишенную ценностей. Они часто жалуются на то, что за пределами реабилитации отношения с окружающими обеднены и лишены глубины и прозрачности, характерной для РЦ. Желание разобраться в своих чувствах, восполнить дефицит общения и найти новые ценности в жизни приводит к тому, что они надолго остаются в стенах РЦ в качестве специалистов, подменяя тем самым профессиональный мотив личным.

Химически зависимые пациенты с дефицитами в 3-й ФМ подвержены сильным колебаниям самооценки. Часто они стремятся освободиться из «оков» реабилитации как можно быстрее, убеждая себя, что уже могут справиться с болезнью самостоятельно. После выписки, желая проверить себя на прочность, они нарушают ограничения, что приводит к срыву и летальному исходу. В стенах РЦ в качестве волонтеров или сотрудников их можно встретить очень редко, чаще — в службе, занимающейся доставкой действующих зависимых в реабилитацию. Так они получают возможность сравнения себя, своего пути выздоровления с абстинентами-реабилитантами первого месяца, что, разумеется,

повышает их самооценку. Одновременно с этим они постоянно подвергаются опасности, видя вещества, людей, которые употребляют, тем самым провоцируют себя на тягу и срыв.

Если рассмотреть в структуре ФМ *прогноз ремиссии* после выхода химически зависимого пациента из стационара, важно отметить, во-первых, что наиболее вероятен срыв пациентов с проблемами 3-й ФМ. И во-вторых, что форма участия в жизни РЦ зависит от типа личности, а само продолжение участия служит для зависимых дополнительной опорой, сочетающей в себе элементы всех четырех ФМ (структура и защищенность, отношения, четкие личностные границы, смыслы и перспективы). Кроме того, опорой на уровне 3-й ФМ выступают этические правила, принятые в помогающих профессиях. Однако и этих условий бывает не всегда достаточно, чтобы пациент с зависимостью от ПАВ в необходимой степени окреп персонально и восполнил свои психологические дефициты.

Включение методов ЭА в процесс реабилитации позволяет сделать его более интенсивным и улучшить прогноз в ремиссии. Далее на примере работы реабилитационного центра мы конкретно рассмотрим, что может предложить экзистенциальный анализ в дополнение к уже существующим методам лечения.

3. Применение ЭА в рамках комплексной программы реабилитации химически зависимых пациентов

Рассматриваемая комплексная программа лечения зависимости от психоактивных веществ строится по принципу Миннесотской модели лечения зависимостей, которая, в отличие от групп самопомощи АА и АН, включает более профессиональный подход к решению проблемы. Основные принципы «12 шагов» в Миннесотской модели объединены с достижениями психологии, психиатрии, социологии и других наук.

Первые шаги программы осуществляются в стационаре, а затем поддержание ремиссии происходит амбулаторно, с обязательным посещением групп сообщества Анонимных Наркоманов.

С пациентами весь срок реабилитации ведется индивидуальная психологическая работа, в которой динамика заданий подбирается с учетом стажа употребления, вещества, психологических особенностей и возможностей пациента.

Важную роль в реабилитации играют консультанты — такие же выздоравливающие химически зависимые люди, но с бóльшим опытом выздоровления по программе. Их опыт употребления и выздоровления, прожитые трудности в освоении программы и желание приносить пользу помогают выздоравливающим пациентам на начальных этапах лечения. Пациенты видят живой пример того, что выздоровление возможно, что есть наркоманы, которые живут без наркотиков уже несколько лет, и живут полноценной жизнью, без кайфа. В мире действующих наркоманов таких людей нет. Искренность отношений, полноценная профессиональная помощь консультантов пациентам в освоении навыков по преодолению тяги, разбору шагов программы, осознанию чувств и пр. помогает пациентам ощутить надежду на выздоровление и для себя тоже.

Данная программа лечения зависимости от психоактивных веществ и азартных игр в условиях частной клиники дает высокий результат — 71,2% зависимых первый год после выписки из стационара обходятся без срывов (по результатам статистики за 8 лет).

В таблице приведены *этапы процесса реабилитации* в соотношении с четырьмя ФМ.

Рассмотрим специфику каждого этапа и возможности ЭА для решения поставленных задач более подробно.

Первый этап реабилитации

В первые пару месяцев после поступления в стационар тяга к наркотику очень сильна и отношения пациента с психологом напряженные. Пациент стремится уйти из клиники любым путем, он не доверяет никому и обесценивает происходящее:

— *Лечат тут не так, не тем, не те...*

— *Я все понял. Я могу не употреблять сам...*

Задача психолога — быть в контакте с пациентом и работать на его удержание. Уговоры, просьбы или споры неэффективны — важно, чтобы пациент с зависимостью от ПАВ прочувствовал, что любое употребление заканчивается негативом, что он опустился на дно, что его близкие страдают, что его жизнь полна потерь — по здоровью, семейных, финансовых и пр. Психолог стремится понять ценности пациента и как можно вывести его из состояния сопротивления лечению и помочь начать двигаться в сторону

Возможности применения ЭА в процессе реабилитации пациента с зависимостью от ПАВ в РЦ и амбулаторной программе

Этап выздоровления, задачи этапа, соответствие в связи с ФМ	Отношение пациента к психологу	Задачи психолога	ЭА для пациента	Трудности психолога	ЭА для психолога
1. Признание своей болезни и необходимости помощи (пробуждение эмоциональной оценки потерь из-за употребления; внутреннее согласие (ВС) на лечение) <i>1-я ФМ — принять данность, себя-большого</i>	Не доверяет, отвергает, саботирует	1. Выстраивать контакт с пациентом 2. Работать на его удержание 3. Помогать осознать потери	- Создание предпосылок для принятия болезни (защита, пространство, опора) - Структурный подход (ФМ) - ППП - Кризисная интервенция - информ. блок (ВС, воля)	- Сохранить проф. позицию при схватке с болезнью - Видеть зачатки ценностей и воли пациента - Сохранять структуру лечения и границы	Предотвращение растраты себя Ориентация на ВС
2. Исследование проблем и дефектов характера, которые привели к употреблению, для перехода к новым способам, учитывающим ценности отношений <i>2-я ФМ — устанавливать новые отношения с людьми и жизнью</i>	Двойственное: — здоровое: доверяет, опирается, идет за помощью — большое: боится, подчиняется	1. Поддерживать в здоровом и обозначать больное; 2. Помогать увидеть свои дефекты характера 3. Помогать решать психологические проблемы	- Формирование позитивной фундаментальной ценности (ФЦ) - Различие эмоций и аффектов, формирование интегрированной эмоции - Опыт близости и отношений - Персональный процесс печали по утраченным ценностям	- Сверхвложения в пациента приводят к риску слияния с ним - Удерживаться от контроля, давать ему совершать ошибки и получать свой опыт	Избегать материнского контрпереноса Внимание к своим эмоциям

3. Принятие ответственности и ограничений в связи с болезнью для поддержания ремиссии 3-я ФМ — кто я, где мое, зачем мне границы	Опирается, уважает, принимает позицию Другого, проживает доверие	1. Быть примером уважения к ценностям Другого 2. Работать с процессом трансформации пациента по его запросу 3. Помогать формировать ограничения (4 ФМ)	● Развитие функций «Я» для укрепления СЦ и развития внутреннего диалога ● ПП и ПЭА как способ проведения границ на основании обнаружения собственного и занятой позиции ● Обхождение с виной, прощение, раскаяние	● Работать с переносами для обнаружения своих «слепых пятен» ● Не впадать в иллюзии (доведение до слов, а не поступкам может приводить к разочарованию и ранности психолога)	Феноmeno-логическая позиция Избегать нарциссического величия Персональные присутствие и видеть персональное пациента
4. Амбулаторный — хорошая жизнь без употребления с опорой на добровольно принятые ограничения 4-я ФМ — смысл, контекст, действовать	Уважает, обращается за помощью	Содействовать: 1. Восстановлению системы границ при возможных нарушениях 2. Системе поддержки анонимных выздоравливающих	● Экзистенциальный поворот ● Беседа о смысле, ● Метод нахождения смысла (МНС), ● Метод укрепления воли, ● ПЭА	● Верить в него, но удерживаться от контроля и самобомбы (рецидив пациента может ранивать очарованного близостью психолога, возлагавшего надежды на его выздоровление)	Помогать находить ценности для пациента в будущем, ориентироваться на них, а не на «сохранение чистоты»

выздоровления. Это — этап принятия пациентом собственной зависимости и осознания необходимости помощи, а также собственных потерь от употребления ПАВ — 1-я ФМ (*принять данность, себя-больного*).

Многие психологи «тараном» пробивают сопротивление пациента, но возможен и другой путь: если феноменологический взгляд позволит психологу понять пациента, вчувствоваться в него, может произойти Встреча, которая оказывает глубокое воздействие на пациента и безмерно ценится им (что еще раз подтверждает огромный дефицит на уровне 3-й ФМ). Это позволяет установить контакт и начать диалог.

Пример из практики

О. находится в клинике около двух недель — это самое начало лечения — лютая тяга к героину, никого не слышит, в разговоре только вежливость, внутрь ничего не пропускает. Зову я О. на сессию, а он сидит — без эмоций, ничего ему не надо, белки от тяги белые, в окно на забор смотрит. А я его ужасно боюсь. Героиновый наркоман с 10-летним стажем! Что ему сказать?

И тут я вспомнила про феноменологию... Я подумала, что феноменология с ним сейчас — это молчать, а не говорить... Слушать его молчание.

Я говорю ему: «Тебе есть о чем молчать, я готова быть с тобой в этом вместе... давай сидеть и молчать».

Ну, мы и молчим.

Вдруг у меня ощущения пошли какие-то... не мои, а вроде его... и уже общее поле появилось, что ли... сама не пойму... Меня подбрасывает как будто, и я ему говорю, нежно так, с пониманием: «Конечно, с собой еще хуже, если даже с другим человеком сказать нечего... А себя вообще внутри нет, как будто... пустота...»

Причем говорю и знаю, что так и есть, просто отразила то, что почувствовала от него. Он отшатывается и говорит: «Откуда ты узнала?!» — и начинает сильно материться... Он очень испугался в тот момент.

А я что-то про феноменологию в тот момент поняла, что она — не просто «повторить за клиентом его слова», не просто эмпатия.

Потом он мне сказал, что в этот момент он вдруг меня увидел, как будто в первый раз. Это была Встреча.

В начале реабилитации контакт с собой как с *Person* у пациентов затруднен и использование ориентации на внутреннее согласие в качестве средства достижения отказа от употребления, как

при «легких» зависимостях, невозможно. Однако даже прикосновение к этой теме может быть продуктивно.

Пример из практики

Ч. вообще лечиться не хотел, что я только ни делала.

Я с ним с помощью вопросов про внутреннее согласие как-то разговаривала. Вопросы четырех ФМ применительно к его болезни звучали примерно так: нравится ли мне жить с зависимостью? могу ли я быть собой, если я наркоман? и так далее. Он был глубоко впечатлен.

Вопросы-то простые — но он их себе никогда не задавал. Он, по-моему, впервые увидел, что не согласен с такой своей наркоманской жизнью. А до этого он мне все время доказывал, что ему «в кайф все». Он это сам увидел и замолчал. Сказал, что я ему задаю нескромные вопросы, не присущие женщине.

Результат — задумавшийся пошел.

Как экзистенциальные психотерапевты мы увидели вызов: разработать специальную методику работы на первом этапе реабилитации для пациентов с зависимостью от ПАВ, учитывающую степень угрозы употребления для жизни, острейшую реакцию на отъем вещества и проблему мотивации к выздоровлению у данных пациентов. В скобках отметим, что экзистенциально-аналитическая модель терапии зависимости ориентирована в большей степени на лечение алкогольной зависимости и сфокусирована на индивидуальной психотерапевтической работе. При наркозависимости необходим комплексный медико-социопсихологический подход к реабилитации. Но очень важно сделать его персональным с первых шагов, это увеличит эффективность помощи.

Если мы рассмотрим отказ пациента признавать свою болезнь как его не-мочь-быть с этим фактом, то вместо «проламывания» защит задачами психолога будет являться создание/укрепление предпосылок 1-й ФМ (защита, пространство и опора), которые позволят пациенту выдержать реальность и принять ее. Начать диалог и посеять семена сотрудничества, уважая позицию пациента, позволяет применение метода «Нахождение персональной позиции» (ПП).

Если не бояться первоначальной агрессии пациента, то можно присоединиться к нему и сказать: «Все понятно, это не входило в твои планы, ты злишься сейчас, но ведь ты попал сюда, потому что

было нехорошо, что-то пошло не так, и в результате употребления у тебя уже потери появились большие, и здоровье не то».

Благодаря такому обращению в пациенте что-то включается, и он начинает потихоньку слышать, что ему предлагают.

Для использования ПП на этом этапе работы характерно, что нет необходимости исследовать, как сформировалась позиция пациента, но подробно рассматривается, как зависимость влияет на его ценности. Если поставить цель понять, где жизнь пациента нехороша и чего он в глубине души хочет, можно «найти дырку в заборе» сопротивления и мотивировать к сотрудничеству. Очень важен принцип, который используется на последнем шаге метода: попробовать новое поведение пациенту предлагается каждый раз только на один раз, один день (а потом еще на день и еще...).

Поскольку на первом этапе пациент должен принять решение в пользу здоровой жизни, важным является вопрос, как понимается здоровье. Оно не должно сводиться к отказу от негативного, поэтому в качестве информационного блока важное место имеют лекции по теме внутреннего согласия как необходимого условия хорошей жизни. Вторая тема, которая также соответствует проблематике начального этапа реабилитации, — это то, как происходит принятие решений. Этот процесс из психодинамически-спонтанного должен стать персональноосознанным. Поэтому для пациентов важно получить информацию и опыт прохождения шагов принятия волевого решения («арка к Свободе») (Längle, 2000). Обнаружить те звенья, где персональное уступает силе тяги, чтобы в дальнейшем более эффективно противостоять ей.

Второй этап реабилитации

Когда пациент начинает видеть последствия «жизни под наркотиком», его отношение к лечению меняется и начинается следующий этап, который описывается как **этап исследования собственных проблем, дефицитов и особенностей характера, которые привели к употреблению**. Главный акцент здесь следует делать на ценности отношений с другими людьми — 2-я ФМ (*устанавливать новые отношения с людьми и жизнью*).

На этом этапе чаще всего спонтанно пациенты возвращаются к углубленному проживанию чувств в связи с конфликтами с семьей и близкими, неприятием себя и своих поступков в употреблении.

— Я был неуправляем под воздействием и творил такое, на что сейчас не могу смотреть...

— Я хотел выйти к дилеру, а бабуля меня не пускала, стояла на пороге, ну, я ее и оттолкнул. Сильно. Она плакала, но мне было все равно, я просто ушел...

Под этим кроются чувства стыда, злости и вины, страхи, потеря опоры и защищенности, горечь потерь. Пациентам нужна помощь, чтобы начать говорить на языке чувств и найти ответ на основной запрос на втором этапе выздоровления — как с этим быть, как учиться жить по-новому. Психолог в этот период уже вызывает симпатию, его профессиональная помощь принимается с благодарностью и открытостью.

Опыт показывает, что на этом этапе пациенты с жадностью впитывают любую информацию по темам 2-й ФМ. Они ощущают ценность отношений, но нуждаются в инструментарии для реализации этой ценности в собственной жизни.

В ходе выполнения заданий по осознанию своих потерь пациентам необходимо сопровождение в прохождении процесса печали, который имеет у химически зависимых людей характерные блокады. Вначале они не осознают невозвратность потерь. Чтобы возникло осознание факта, что здоровье, отношения, семью и т.п. не вернуть, и появились чувства, необходима довольно жесткая конфронтация.

Следующее препятствие заключается в том, что сочувствие к себе у них заблокировано, они не обращаются к себе. Совершая поступки, разрушающие их собственные ценности, зависимые теряют самоуважение, ненавидят себя. Чтобы не сталкиваться с виной, они застревают в слезливости и презрительной жалости к себе, но сами себя не утешают и не прощают. Чтобы спонтанно появилось сочувствие к себе, им нужно очень много времени.

Чтобы разблокировать процесс печали, необходимо обработать вину и обиду на себя. Совершая шаги, компенсирующие их вину, действуя по-новому, пациенты начинают испытывать самоуважение, и тогда зарождается принятие себя. И только тогда становятся возможными построение отношений с ценностями и поворот к новым горизонтам, к тому, что жизнь продолжается.

С точки зрения ЭА важнейшей темой в рамках 2-й ФМ для зависимых является формирование позитивной фундаментальной

ценности и фундаментального отношения к жизни как основы выздоровления (эта задача в рамках 12-шаговой программы ставится значительно позже). Для индукции Фундаментальной Ценности необходимы предпосылки 2-й ФМ (близость, время, отношения), и создание их должно стать темой лекций и практической активности пациентов. Следует не забывать, что они сейчас не только лечатся, но и живут! Хороший результат на этом этапе дает «вдыхание ценностей».

Пример из практики

Пациент К. жалуется, что у него ничего не получается, не чувствует себя, не понимает, что такое жизнь, чувства. Я предлагаю ему пойти гулять, и мы разговариваем за пределами помещения.

Осенью и зимой пациенты сгребают листья или снег, и, чтобы еще больше почувствовать себя живым, я предлагаю К. поваляться в листьях или упасть лицом в сугроб, лежать, считать до 10, потом еще растереть лицо, затылок снегом, почувствовать горящими щеками солнце и то, как ему сейчас. Нравятся ли ему эти переживания? У К. светлеют глаза, он начинает слышать, как поют птицы, видеть, как светит солнце. Я тоже чувствую в нем больше жизни.

Очень помогают физические нагрузки: подметать, копать землю, собирать яблоки и сливы в саду, чистить дорожки. Для другого типа пациентов ценность жизни начинает ощущаться через отношения. Мы с ними много вспоминаем дорогих людей, хорошие моменты в общении, радость встреч.

Часто обновленное переживание жизни приводит к пониманию, что уже многие годы это чувство было утеряно, тогда мы исследуем, как угасла фундаментальная ценность.

Третий этап реабилитации

Ближе к выписке, когда пациент уже физически и нравственно окреп, перед ним встает вопрос «границ» — принятия добровольных ограничений для предотвращения рецидива заболевания. Он понимает, что принять на себя обязательства — не делать *этого*, не ходить *туда*, не говорить с *тем*, не брать в руки *это* — важно для его последующей жизни. Часть ограничений связана с разрешением сложных этических вопросов:

— *Как возместить ущерб подруге, которую подсадил на наркотик?*

— *А если кому-то из близких станет плохо и надо будет сделать ему укол, как мне поступить?*

Последний пример про укол — один из труднейших вопросов при проведении границ. Для зависимого это мучительная дилемма: как я поступлю, теряя важного близкого, — я себя предам или нет? я себя забуду? я буду жертвовать своим здоровьем?

Пациент мучительно решает эти задачи. Часто психологу приходится бороться с требованиями пациента сказать «правильный ответ». Мало просто сообщить ему готовое решение, необходимо, чтобы оно родилось в его душе через нахождение персональной позиции. В этот момент хорошо помогает ПЭА.

Пример из практики

Л., выполнявшая задание по прописыванию границ, пришла на сеанс с чувством вины перед сестрой за употребление и свое вранье. Она не знала, что с этим можно делать, была очень расстроена.

История ее такова: несколько лет она работала в фирме сестры, для этого получила специальное образование, пользовалась уважением. Когда начала употреблять, стала прогуливать работу, подводить сестру. Свои огрехи объясняла тем, что плохо себя чувствовала, устала и т.п. Сестра ей долго верила и, когда узнала о ее наркомании, пережила шок и ужас. Видеть лицо сестры в этот момент было невыносимо. Вспоминая сейчас эту ситуацию, Л. чувствует вину и пустоту, ей хочется постоянно что-то делать, чтобы про это не думать, убежать от всего этого. Выражение лица сестры в момент, когда та узнала об употреблении, сделало понятным для Л., что она жила неправильно, ей тридцать лет, а она ничего еще не сделала, что отношения разрушены. Л. стало страшно, что она снова начнет употреблять и как будто опять не будет ничего понимать после того, как поняла сейчас столько важного про свою жизнь.

На шаге «Понимание» на вопросы психолога Л. отвечает, что понимает свои чувства и чувства сестры, ее шок от того, что близкий человек, которому доверяешь, тебе лжет.

Далее следует диалог, который наиболее характерен и важен для данного этапа реабилитации.

Психолог: Есть ли в этой ситуации что-то, что ты не понимаешь?

Л.: Да, я не понимаю, как я могла тогда употреблять, словно для меня не оставалось ничего важного. Кроме того, что я была зависимой, нет никаких логических объяснений.

В этом ответе скрыта ловушка, которая может позволить пациентке уйти в отрицание болезни: что нет болезни, а есть только слабая воля. Чтобы этого избежать, необходимо настойчивое пояснение причин.

П.: Почему ты начала употреблять?

Л.: Это освобождало.

П.: От чего?

Л.: От правил, от того, что я должна была делать. Я многое не успевала, с наркотиками было легче. Главное — это освобождало от напряжения, от скачки.

Чувствуется, что в понимании есть существенный пробел, пациентка повторяет, что не понимает, как она могла употреблять (словно у нее, больной химической зависимостью, есть выбор — испытывать тягу к веществу или нет). И она снова попадает в ловушку отрицания болезни. Мысль, что она не больна, а просто слабовольна, возникает вновь и вновь.

Л.: Я не понимаю, почему не бросала, почему надо было ждать, пока не попаду в РЦ. Почему я не бросила, когда увидела шок на лице сестры? У меня нет силы воли.

Здесь психолог возвращается к ПЭА 0 и проясняет ситуацию, прежде чем дальше двигаться в понимании.

П.: А что ты сделала в тот момент, когда увидела, что сестра в шоке?

Л.: Пошла употреблять.

П.: Почему?

Л.: Это то, чего хотелось. Очень быстро стало все равно, так что проще было пойти и...

П.: То есть ты тогда убежала?

Л.: Да.

П.: А от чего ты убежала?

Л.: От разочарования, от того, что было больно видеть, что произошло то, что я и предполагала.

П.: И поэтому ты пошла употреблять?

Л.: Ага, употреблять легко...

П.: И больше ты про это не думала?

Л.: В РЦ думала, до этого тоже периодически было стыдно. Я сестру подставляла, и, когда я ей это как-то объясняла, что закрутилась, не успела, я знала, что она понимает, почему на самом деле что-то произошло.

П.: То есть было стыдно, но ты все равно продолжала употреблять?

Л.: Или вся уходила в работу, мне легче, когда я *чем-то* занята.

П.: То есть ситуация такова: ты употребляла и врала сестре, ты знала, каково ей будет, если правда откроется, но ты продолжала употреблять или убегать в какую-то активность, было стыдно. Прекратить не могла, потому что проще было заменить все наркотиком. Сейчас ты чувствуешь вину...

Л.: И я не понимаю, зачем я так делала. Нет, я, конечно, знаю, но все равно не понимаю, почему употребляла!

П.: Что именно ты не понимаешь? Когда ты употребляла, у тебя снималось напряжение, ты не беспокоилась, что что-то не успела, вина не мучила. Этого недостаточно?

Л.: Вроде как достаточно и вроде как понятно, почему так, но просто как-то больно поверить, что сестра настолько не важна, а важен наркотик. И не только сестра, муж не важен, я сама себе не важна...

П.: Это действительно так? Насколько не важна? Если сейчас к себе прислушаешься, это так?

Л.: Нет, сейчас это уже не так (*пациентка уже несколько месяцев в реабилитации, и наркотика нет рядом*), а тогда это было так.

П.: То есть когда ты трезвая, тебе дороги близкие и ты можешь понимать, какой вред нанесла им и отношениям.

Л.: Да.

П.: Когда употребляла, все становилось по-другому. Тогда важен кайф, а близкие не важны?

Л.: Ну, они важны, но они настолько сильно проигрывают наркотику, что не важны.

П.: Картина сейчас складывается?

Л.: Сейчас лучше.

П.: Получше, но остается еще что-то, что не понятно?

Пациентка глубоко задумывается.

Л.: Непонятно, как будет дальше.

Пациентка спонтанно переходит к шагу «Совесть».

П.: Как ты хотела бы, чтобы было дальше? Если ты обратишься к себе, в глубине души, как для тебя было бы правильно?

Л.: Правильно было бы выйти и не употреблять.

П.: Что было бы правильно в связи с виной перед сестрой?

Л.: Хотелось бы, чтобы сестра простила.

П.: Хотелось бы, но что для тебя важно?

Л.: Другая жизнь на первом месте. Ну, прям совсем другая, я не знаю даже какая, может быть, даже без этой работы. Где не надо врать, выкручиваться. По-честному.

П.: И тогда что важно, что ты видишь сейчас как задачу, чтобы жизнь была такой?

Л.: Сказать сестре, что мне жаль, что так сделала.

П.: Как тебе быть в тех ситуациях, где ты врала и выкручивалась? Ведь они еще будут...

Л.: Что значит «будут»?! Если буду употреблять, то будут...

П.: Ситуации, где ты с чем-то не справлялась...

Л.: Ну, скорее могла проспать и не прийти на работу, потому что всю ночь употребляла. Хотелось бы сестре не врать...

П.: Для этого — не употреблять?

Л.: Да.

На этом этапе пациентка еще не могла для себя понять, чем ей заниматься. Она знала только привычный образ жизни, но не хотела туда возвращаться. Она оказалась на перепутье: ясно, что надо уходить, но непонятно, куда и чем заниматься.

В следующих беседах рассматривались ее жизненные ценности, разные, не только работа, и стало складываться понимание, что для нее интересно вкладываться и помогать другим. И на работу к сестре она пошла именно из желания ей помочь, сама сфера бизнеса была ей неинтересна. Теперь, имея перед глазами жизнь РЦ, она стала примерять на себя роль профессионального помощника. На время нахождения в стационаре она нашла для себя хорошим помогать другим пациентам (ПЭА 3) и с большим удовлетворением выполняла это решение.

В принципе, на этом этапе и без экзистенциального анализа психолог с пациентом проходит похожий путь, но ПЭА помогает вести диалог более структурированно, не петлять и преодолеть «подводные камни» психодинамики зависимого пациента. Как видно из примера, наиболее развернутой является тема «Непонимание» в ПЭА 2. На этом этапе пациент должен встроить факт болезни в картину ситуации, тогда действительно складывается пазл понимания и происходит спонтанный переход к поиску персональной позиции (шаг «Совесть»).

Границы при выписке — не заслон, не препятствие, но опора в новой жизни, снимающая напряжение. С помощью ограничений пациент учится брать ответственность за свою жизнь. Как правило, это самый сложный этап для пациента. Психолог тут — яркий пример здорового взаимодействия с людьми, опора, создающая

для пациента предпосылки для самооценности и формирования «Я». Зависимые от ПАВ трудно распознают Собственное, это связано с их особенностями ориентироваться на внешние воздействия и не прислушиваться к себе. Они «улетают» в фантазии о будущем после выписки, строят грандиозные планы, не учитывая проблемы в настоящем и даже обесценивая их. Важно отметить, что задачей пациента является и планирование тех позитивных активностей, которым он уделит время, но большинство пациентов относятся к этому с пренебрежением и тема Собственного не получает должного развития.

Четвертый (амбулаторный) этап реабилитации

Весь период реабилитации постепенно готовит пациента к этому важному заключительному этапу, чтобы он смог **обеспечить собственную безопасность и сохранить чистоту/трезвость**, выписавшись из клиники. Но при этом акцент приходится на **принятие ответственности и ограничений в связи с болезнью**, а не на то, кто я на самом деле, — 3-я ФМ (*кто я и зачем мне границы*). Только самооценность и Собственное действительно могут мотивировать соблюдать ограничения. А то, будет ли пациент нарушать ограничения или, наоборот, блюсти, — влияет на результат: срыв или восстановление здоровой трезвой жизни.

Все вышесказанное показывает необходимость на данном этапе развития самооценности пациента (работа с предпосылками 3-й ФМ), пробуждение его персональности с помощью ПЭА; важную роль при построении границ могут играть методы обхождения с виной, прощения и раскаяния, предлагаемые ЭА.

Как можно заметить, первые три мотивации перетекают одна в другую и соответствуют последовательным этапам лечения в реабилитации. При этом 4-я ФМ (смысл, контекст, действовать) проявляется в реабилитационном процессе на уровне действий в течение всего периода выздоровления: программа «12 шагов» позиционирует — не рассуждай, а действуй! Но особого места темам этой мотивации в программе не уделяется, так как временная перспектива, будущее, не является темой работы в стационаре. Основной упор работы с 4-й ФМ приходится на амбулаторный этап лечения пациента, где тот учится **хорошей жизни без употребления с опорой на добровольно принятые ограничения**.

В момент выписки пациент движим только желанием жить без употребления. Но вопрос «Для чего жить?» принципиально остается открытым. На этом этапе инструментарий ЭА, связанный с проблемами экзистенциального смысла, представляется необходимым. Также в качестве средств решения ситуационных проблем важную роль могут играть метод нахождения персональной позиции (ПП) и метод укрепления воли.

Говоря об амбулаторном этапе реабилитации, следует учитывать особую группу пациентов — тех, кто решил продолжить сотрудничество с РЦ в качестве консультантов. Целесообразно организовать для них специальные программы (возможно, в групповой форме) по самопознанию для интенсификации процессов индукции фундаментальной ценности и упрочения самооценности.

Не меньшего внимания требует работающий в РЦ психологом зависимый от ПАВ в длительной ремиссии. Как мы писали выше, многие химически зависимые в ремиссии получают образование в помогающих профессиях и затем работают в различных реабилитационных центрах и клиниках и весьма успешно справляются с сопротивлением реабилитантов. Ведь у них есть огромный плюс, который помогает им, — собственный опыт отказа от вещества и принятие болезни, что помогает мотивировать на лечение жестко, без реверансов и скидок, но и оказывать глубокую поддержку пациенту в начальной ремиссии.

Однако иногда случается, что болезнь даже при длительной ремиссии провоцирует таких специалистов на отыгрывание одной из ролей больной части (по Карпману: Спасатель — Жертва — Преследователь (*Karpman*, 1968) со своим пациентом, что значительно усложняет его динамику. Супервизия и личная терапия помогают такому специалисту справляться с проблемами. Однако в данном случае само осознание проблем и необходимость обратиться за помощью к супервизору может быть болезненным и провоцировать специалиста с зависимостью на срыв.

При наличии исходной нуждаемости на уровне 2-й и 3-й ФМ патология может углубляться, если зависимый от ПАВ не разовьет способность к диалогу с собой и другими, даже если у человека есть дополнительная опора в профессиональной сфере. Поскольку формально признаваемые этические нормы, не подкрепленные собственной совестью, не способны регулировать его поведение.

Внешние опоры в виде групп сообщества Анонимных Наркоманов и системы профессиональных отношений не могут восполнить глубокие личностные дефициты. Поэтому без психотерапии на основе восстановления способности к диалогу с самим собой и другими риск срыва сохраняется даже при длительной ремиссии.

С другой стороны, любой психолог, вступающий во взаимодействие с зависимыми, должен иметь хорошо сформированную самооценку для того, чтобы постоянно находиться в экзистенциальной позиции. Именно средства ЭА могли бы эффективно дополнить другие системы помощи зависимым и специалистам, проводящим эту трудную работу.

4. Ресурсы ЭА, необходимые психологу, сопровождающему пациента с зависимостью от ПАВ

Общая специфика трудностей в работе с зависимыми в реабилитации определяется очень высокой интенсивностью терапевтического процесса, что приводит к гораздо большей, чем при других диагнозах, близости психолога и пациента. Так возникает риск контрпереносов, ударов по профессиональной самооценке психолога и душевных ран в отношениях с зависимыми пациентами. Поэтому психологу важно быть внимательным к собственным чувствам и предотвращать растрату себя, параллельно работая над укреплением собственных ценностей и ориентации на внутреннее согласие и иметь постоянное сопровождение со стороны супервизора для того, чтобы оставаться в диалоге с пациентом.

В таблице представлен перечень трудностей для профессионала, характерных для каждого этапа реабилитации, и та помощь, которую может оказать ЭА, чтобы справиться с ними.

На первом этапе реабилитации основную проблему для специалиста представляет сильная, ярко проявляющаяся патологическая психодинамика пациента. Она спонтанно вызывает отвержение, поэтому для создания терапевтического контакта необходимо разглядеть за ней персональное и обращаться к нему в диалоге с пациентом.

Также важно не поддаваться на провокации и манипуляции пациента. Обе задачи требуют от психолога очень хорошего контакта со своей персональностью и твердой экзистенциальной позиции. Только благодаря персональной профессиональной по-

зиции специалист может избежать саморастраты в борьбе с отрицанием и обесцениванием со стороны пациента на первом этапе реабилитации.

На втором этапе реабилитации, когда главная задача пациента — установление новых отношений с собственной жизнью и другими людьми, когда возникает тема близости, появляется еще одна опасность для психолога. Если на первом этапе он слишком много сил отдал борьбе за признание пациентом своей зависимости, терапевтические отношения с пациентом, успех терапии могут стать для психолога сверхценными и привести к возникновению материнских контрпереносов. Возникающая в отношениях близость также может легко приводить к эмоциональному слиянию, к переносам и контрпереносам. Психологу важно удержаться в возникших отношениях на дистанции, позволяющей пациенту совершать ошибки и одерживать победы, приобретая свой собственный опыт обхождения с жизнью. Для этого необходимо самодистанцирование и крайне внимательное отношение профессионала к своим чувствам.

На третьем этапе реабилитации, когда пациент принял решение в пользу выздоровления и возникает тема ответственности за свою жизнь, для психолога важно не впасть в иллюзии по поводу успехов пациента.

Переносы пациента актуализируют скрытые непроработанные темы у психолога, что создает дополнительные трудности для Встречи и требует от психолога большого внимания к собственному состоянию.

Психологу необходимо не только вносить персональное в отношения, но и быть крайне внимательным к своим интуитивным чувствованиям, доверять им и конфронтировать с патологией пациента. Основой этого служит феноменологическая позиция открытости.

Также психологу важно вместе с формированием у пациента ответственности за его жизнь и будущее не связывать свою самооценку и профессиональную самооценку с успехами и поражениями пациента. В этом большую роль играет одна из персональных функций «Я» — способность к справедливой оценке вовне и к себе самому. Так как по правилам клиники для психолога работа с пациентом заканчивается в момент его выписки из РЦ, психо-

логу, чтобы суметь завершить терапевтические отношения, необходимы мужество и способность видеть потенциал пациента, который поможет ему справиться с предстоящими трудностями.

На четвертом этапе реабилитации, который проходит уже вне РЦ, пациенты продолжают терапию с другим психологом, и его работа также связана с рядом опасностей. Главная трудность для психолога заключается в том, чтобы точно расставить акценты в работе с химически зависимым пациентом. Психологу важно помогать пациенту находить собственные ценности в будущем, а не просто стремиться к «чистоте» или возмещению ущерба как к самоцели. Также важно уходить от гиперконтроля, попыток насильственно привести пациента к выздоровлению, трезво оценивать и не абсолютизировать свой вклад в удержание пациента в ремиссии. Для понимания жизненных контекстов и ценностей клиента, его ответственности и усилий по формированию собственной экзистенции психологу необходимы феноменологическая позиция и хорошая сформированность всех функций «Я» (предпосылки 3-й ФМ).

Из сказанного становится очевидным, что экзистенциальный анализ, который развивает тему самооценности настолько глубоко, как ни одно другое направление, обладает огромным потенциалом для повышения качества работы реабилитационного психолога.

Заключение

Несмотря на разнообразие подходов к терапии зависимостей, доля пациентов-наркозависимых, удерживающихся в устойчивой ремиссии, мала.

Абсолютной истиной является то, что, если зависимый не захочет встать на путь выздоровления и не будет активен в этом процессе, никто не сможет его заставить или сделать это за него. Но это не означает, во-первых, что прийти к решению и пройти этот путь он должен в одиночку, и, во-вторых, что понять его и помочь ему могут только те, кто уже имеет аналогичный опыт страдания и исцеления.

Теория и методы ЭА позволяют привнести в процесс терапии зависимости новое измерение, так как в экзистенциальном анализе разработана теория воли и имеется собственный подход к этиологии и патогенезу зависимости, а также великолепный ин-

струментарий для понимания другого, индукции фундаментальной ценности, развития самооценности, обнаружения жизненных перспектив, что является острейшими потребностями химически зависимого пациента. Экзистенциальный анализ с первой встречи вносит в поле терапии *Person* терапевта, духовное измерение и максимальную глубину понимания проблемы.

Что необходимо еще? Решить, исходя из экзистенциально-аналитической антропологии и феноменологического подхода, проблему сопротивления в начале реабилитации, научить терапевтов пониманию процесса тяги и жесткости языка зависимых людей, чтобы психолог мог начать диалог и был способен находиться рядом с зашкаливающими аффектами пациентов. Если при этом терапевты будут аутентичны и выдержат агрессию и манипуляции, порождаемые болезнью, то у пациентов появится шанс не только удерживаться в «чистоте», но и прожить собственную, наполненную жизнь, ради которой они смогут противостоять тяге.

Очень хочется надеяться, что наша статья не только послужит материалом для терапевтов реабилитационных центров, но и внесет свою лепту в разработку такой экзистенциально-аналитической программы реабилитации пациентов с зависимостью от психоактивных веществ.

Литература

Анонимные Алкоголики. Alcoholics Anonymous World Services, New York: 2011.

Анонимные Наркоманы (большая книга) [Электронный ресурс] // URL: http://novoerozhdenie.ru/anonimnye_narkomany

Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.

Karpman S.B. Fairy tales and script drama analysis // Transactional Analysis Bulletin. 1968. Vol. 7. № 26.

Längle A. Die Willensstärkungsmethode (WSM) // Existenzanalyse. 2000. Bd. 17. № 1. S. 4—16.

Längle A. Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. Wien: Facultas (Auch als Tagungsbericht der GLE), 1997. S. 149—169.

Längle A., Probst Ch. Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht. Wien: Facultas (Auch als Tagungsbericht der GLE), 1997. S. 71—90.

