

В данном практическом пособии приводится подробное описание аддиктивного процесса всех наиболее распространенных видов эмоциональных зависимостей. Даются точные определения используемых терминов. Предлагается эффективная модель оказания психологической помощи эмоциональным аддиктам. Для более глубокого понимания приводятся примеры из практики. Данное практическое пособие необходимо иметь под рукой каждому практикующему психологу, работающему с аддиктами.

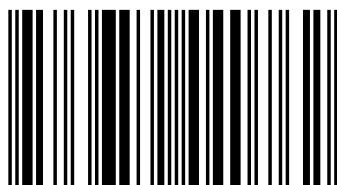


Артем Тараянц

Психологическая помощь при эмоциональных зависимостях



Артем Валерьевич Тараянц - клинический психолог, сертифицированный специалист по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии, руководитель и ведущий авторской программы повышения квалификации психологов "Психокоррекция с применением гипносуггестивных техник". Соавтор официального пособия по профилактике химических зависимостей МНПЦ наркологии ДЗ.



978-3-659-44076-2

 **LAMBERT**
Academic Publishing

Артем Тараянц

Психологическая помощь при эмоциональных зависимостях

Артем Тараянц

**Психологическая помощь при
эмоциональных зависимостях**

LAP LAMBERT Academic Publishing

Impressum / Выходные данные

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Библиографическая информация, изданная Немецкой Национальной Библиотекой. Немецкая Национальная Библиотека включает данную публикацию в Немецкий Книжный Каталог; с подробными библиографическими данными можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://dnb.d-nb.de>.

Любые названия марок и брендов, упомянутые в этой книге, принадлежат торговой марке, бренду или запатентованы и являются брендами соответствующих правообладателей. Использование названий брендов, названий товаров, торговых марок, описаний товаров, общих имён, и т.д. даже без точного упоминания в этой работе не является основанием того, что данные названия можно считать незарегистрированными под каким-либо брендом и не защищены законом о брендах и их можно использовать всем без ограничений.

Coverbild / Изображение на обложке предоставлено: www.ingimage.com

Verlag / Издатель:

LAP LAMBERT Academic Publishing

ist ein Imprint der / является торговой маркой

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Heinrich-Böcking-Str. 6-8, 66121 Saarbrücken, Deutschland / Германия

Email / электронная почта: info@lap-publishing.com

Herstellung: siehe letzte Seite /

Напечатано: см. последнюю страницу

ISBN: 978-3-659-44076-2

Copyright / АВТОРСКОЕ ПРАВО © 2015 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Все права защищены. Saarbrücken 2015

Содержание:

Об авторе.....	2
Понятие эмоциональной зависимости.....	3
Предпосылки для формирования эмоциональной зависимости.....	5
Виды эмоциональных зависимостей.....	8
Модель оказания психологической помощи при эмоциональных аддикциях....	31
Запросы эмоционально зависимых при обращении к психологу.....	35
Актуальные психотерапевтические техники.....	43

Об авторе

Артем Валерьевич Тараянц – клинический психолог, сертифицированный специалист по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии, автор практических пособий для практикующих психологов.

Родился в 1981 году в Москве в семье химически зависимых родителей. В возрасте около 10-ти лет начал курить и баловаться с алкоголем, что в последствии переросло в табачную зависимость, подростковый алкоголизм и мульти наркоманию. В 17 лет пережил около смертный опыт, связанный с передозировкой сильнодействующего наркотического психотропного препарата, после чего решает изменить жизнь.

Самостоятельно отказывается от употребления наркотиков, и начинает увлекаться практической психологией. К 22- ум годам, полностью отказывается от употребления алкоголя и курения без посторонней помощи.

К 26 годам, заканчивает психологический факультет педагогического университета, и получает дополнительную специальность по клинической психологии в ИПиКП и становится сертифицированным специалистом по Эриксоновскому гипнозу и Эриксоновской терапии.

В 2007 году начинает частную практику, работая гипнологом в психотерапевтической клинике.

В 2008 году становится заместителем директора психологического клуба «Санскрит».

В 2010 году переходит на работу в Наркологический Клинический Диспансер №5.

В 2011年开始 проводить учебные мероприятия по повышению квалификации для практикующих специалистов.

В 2012 году, в сотрудничестве с несколькими образовательными учреждениями, начинает регулярно проводить обучение по авторской программе «Психокоррекция с применением гипносуггестивных техник» в Москве и в регионах РФ.

В 2013 становится соавтором официального практического пособия МНПЦ наркологии по профилактике химических зависимостей.

Понятие эмоциональной зависимости.

Чтобы разобраться в том, что представляет собой эмоциональная зависимость, необходимо точное понимание основных понятий используемых для описания этой проблемы.

Аддикция.

Термином аддикция обозначается субъективно ощущаемая человеком навязчивая потребность к определенному виду деятельности, в рамках которого возникает психический эффект, который позволяет человеку войти в расширенное состояние сознания, позволяющее ему на время отстраниться от актуальной реальности, расслабить внутренне психологическое напряжение, и изменить внутреннее состояние психологического дискомфорта.

Аддикт – человек, у которого развивается аддиктивный процесс.

Термин аддикция - равнозначен термину зависимость.

Аддиктивное поведение – зависимое поведение.

Аддиктивный процесс – процесс патологического развития зависимости.

Аддиктивный агент.

Это какой-либо материальный или нематериальный объект, выполняющий роль стимула, пускового крючка для вхождения в расширенное состояние сознания, и активизации аддиктивного процесса.

В процессе развития зависимости аддиктивный агент может быть изменен.

Фиксация.

Это процесс, при котором личность делает сознательный, либо бессознательный выбор аддиктивного агента.

Нехимическая зависимость.

Это аддикция, при которой роль агента не выполняет какое-либо психоактивное химическое вещество (ПАВ).

Аддиктивная личность.

Это личность, для которой аддиктивное поведение является основным способом регуляции своего психического состояния.

Под **эмоциональной зависимостью**, в настоящей работе мы будем понимать такие наиболее часто встречающиеся виды нехимических зависимостей, как:

- Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
- Любовная аддикция.
- Сексуальные аддикции.
- Работоголизм.
- Спортивные аддикции (аддикция упражнений).
- Аддикция отношений.
- Аддикция к трате денег (покупкам).
- Религиозная аддикция.

И аналоги выше перечисленных аддикций, связанные с использованием интернета.

- Пищевые аддикции

В некоторых источниках к аддикциям относят такие психические расстройства, как:

- Пиромания
- Клептомания
- Нимфомания
- Религиозный фанатизм

Поскольку мания возникает при таких расстройствах психики, при которых обойтись без медикаментозного сопровождения психотерапии уже не представляется возможным, психологическое сопровождение лечения пациентов с манией, требует понимание основ психиатрии и психофармакологии.

Такое сопровождение должно проходить, либо под руководством лечащего врача, либо самим лечащим врачом-психотерапевтом в учреждении медицинского характера. Поэтому в настоящем руководстве аддикции связанные с манией рассматриваться не будут. Исключением является патологический гемблинг, и сексуальные аддикции в силу распространенности этих видов аддикций среди обращающихся за психологической помощью людей.

Предпосылки для формирования эмоциональной зависимости.

Предпосылки к развитию аддикций в целом можно разделить на три уровня:

1. Биологический

К биологическому уровню можно отнести генетическую наследственность, к употреблению психоактивных веществ (чаще всего алкоголя). Так же, сюда можно отнести последствия патологии беременности в первые 2-3 года жизни, и индивидуальные особенности нервной деятельности (правополушарная асимметрия).

Сюда относятся те биологические факторы, которые негативно влияют на способность человека адаптироваться к социуму, на его способность справляться с собственными аффективными процессами и на его стремление к расширенным состояниям сознания.

2. Социальный

Негативный пример взрослых. В РФ аддикция, как способ произвольного регулирования собственного психического состояния практикуется большим количеством населения. Можно сказать, что проблема аддиктивного поведения – это национальная проблема в России. На профилактических тренингах в подростковой среде, часто можно столкнуться с тем, что в ответ на аргументы тренера в сторону здорового образа жизни, подростки приводят контраргументы, которые слышали из уст собственных родителей. Кроме того, современная российская общественная культура воспекает аддиктивное поведение, как поведение нормальное. Пьянство, даже многолетнее, в общественном сознании россиянина - не считается алкоголизмом, фанатичное увлечение спортом, даже в ущерб здоровью - считается здоровым образом жизни, трудовголизм - считается хорошим качеством в мужчине, аддикты отношений и любовные аддикты – считаются душевными и милыми людьми, и т.д. В общественном сознании нет четкого понимания патологической стороны аддикции и нет стремления узнать её, чтобы защитить будущие поколения от ошибок.

Кроме того, социальная нестабильность, как на уровне одной семьи, так и на уровне государства, является благодатной почвой для развития аддиктивных форм поведения. Любые социальные факторы, вызывающие устойчивый психологический дискомфорт – являются предпосылками к развитию аддиктивных форм поведения в подростковой среде.

3. Психологический

К психологическому уровню можно отнести любые психогенные факторы, которые являются причиной для устойчивого ощущения психологического дискомфорта.

Сюда можно отнести последствия острых стрессовых ситуаций, последствия хронических стрессов, таких как:

- 1) Разрыв значимых интимных отношений

- 2) Хроническое горе
- 3) Развод родителей
- 4) Хронические конфликты в школе со сверстниками и преподавателями
- 5) Конфликты с близкими друзьями и подругами
- 6) Травма изгоя
- 7) Сопереживание подростком проблем в семье близких людей
- 8) Переживание физического уродства и т.д.

Так же к психологическому уровню относится неразвитая эмоционально - волевая сфера.

Эмоционально – волевая сфера – это система внутренней регуляции деятельности индивида, направленной на удовлетворение доминирующих потребностей.

У человека существует система доминирующих потребностей, гармоничное удовлетворение которых приводит его к устойчивому ощущению субъективно переживаемого счастья, другими словами, так называемого, психологического комфорта. Относительно каждой потребности существует объект, потенциально способный её удовлетворить. При фактическом обнаружении такого объекта, или при получении информации о его существовании, возникает мотивация к деятельности. Относительно мотивации формируется цель деятельности, относительно цели формируется система задач, необходимых для решения для достижения цели, относительно системы задач формируется алгоритм фактических действий, относительно алгоритма фактических действий формируется представление о ресурсе, необходимом для совершения этих действий, относительно представления о фактически присутствующем ресурсе формируется прогноз результата. Далее совершается действие, в ходе выполнения которого основным индикатором эффективности деятельности относительно результата, является эмоция и когнитивный ряд, связанный с ней. Когда результат достигнут, срабатывает система оценки результата, где основным индикатором результата является так же эмоция и когнитивный ряд, связанный с ней.

В случае, если вышеописанная система гармонично развита, личность является успешной в своих начинаниях. Субъективное ощущение дискомфорта приводит к осознанию мотива деятельности и сообщает о неэффективности выбранной стратегии деятельности. Далее идет смена стратегии на более эффективную, с анализом недочетов предыдущего опыта и учетом ошибок. Таким образом, эффективность деятельности постепенно растет, что увеличивает шансы индивида на удовлетворение системы доминирующих потребностей. Субъективное чувство психологического дискомфорта приводит к действию, его изменяющему и не тяготит личность.

В случае если эмоционально-волевая система неразвита, то это приводит к хронизации субъективного чувства психологического дискомфорта, снижает способность личности адаптироваться в социуме и приводит к поиску индивида альтернативных способов регулирования собственного эмоционального состояния, которым и является аддикция.

Развиваясь, аддикция вмешивается в функционирование всей эмоционально-волевой сферы, подавляет систему доминирующих потребностей и починает себе вышеописанный механизм целеполагания, который со временем переходит на обслуживание аддиктивного процесса.

Кроме того, ряд авторов (Личко, 1977; Лысенко, Ревенок, 1988; Морозов, Боголепов, 1984; Смулевич, 1983; Гулямов, 1988; Пятницкая, 1994, и др.) отмечают, что аддиктивное поведение наиболее часто формируется у лиц с аномалиями характера (акцентуации, психопатии), при чем из существующих классификаций наиболее выделяются в этом плане некоторые из них, такие как: неустойчивые, эпилептоидные и конформные (по мнению А. Е. Личко, 1977), либо гипертимные, эпилептоидные, истероидные и неустойчивые (Егоров, 2003)

Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).

Для диагностирования патологического влечения к азартным играм в руководстве по аддиктологии приводятся следующие данные:

Руководство по аддиктологии/ Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

Актуальность вопроса патологической зависимости от игры, по мнению многих ученых, обусловлена по крайней мере тремя причинами. 1. Серьезные социальные и финансовые трудности у патологических игроков: 23% игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке (Ciarrocchi, 2002). 2. Распространенность противоправных действий: до 60% среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения (Thompson, Gazel, Rickman, 1996; Lesieur, Anderson, Rosenthal, 1995). 3. Высокий суицидальный риск: от 13 до 40% патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли (Franketal., 1991; Kausch, 2003; Petry, Kiluk, 2002; Thompsonetal., 1996).

Отечественные авторы Ц. П. Короленко и Т. А. Донских (1990) также выделяют ряд характерных признаков, свойственным азартным игрокам. К ним относятся;

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре, преобладание и воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к ней. Такие состояния по ряду признаков напоминают картины абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, расстройством концентрации внимания.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.
6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при

малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) гемблинг возобновляется.

В МКБ-10 патологическая зависимость от азартных игр рассматривается в разделе F60-F69 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» и относится к рубрике «Расстройства привычек и влечений» (F63) наряду с пироманией, клептоманией и трихотиломанией. Заболевания, включенные в рубрику «Расстройства привычек и влечений» в МКБ-10 объединены в одну группу лишь на основании их значительного описательного сходства, а не потому, что они имеют другие важные признаки.

Патологическое влечение к азартным играм (F63.0) в МКБ-10 квалифицируется как «постоянно повторяющееся участие в азартной игре, что продолжается и углубляется, несмотря на социальные последствия, такие как обнищание, нарушение внутрисемейных взаимоотношений и руинирование личной жизни».

Для диагностики патологического влечения к азартным играм состояние человека должно отвечать следующим критериям: 1) повторные (два и более) эпизоды азартных игр на протяжении не менее года; 2) эти эпизоды возобновляются, несмотря на отсутствие материальной выгоды, субъективное страдание и нарушение социальной и профессиональной адаптации; 3) невозможность контролировать интенсивное влечение к игре, прервать ее волевым усилием; 4) постоянная фиксация мыслей и представлений на азартной игре и всем, что с ней связано (Попов, Вид, 1997).

Более широко диагностические признаки патологического влечения к игре представлены в американской классификации психических расстройств (DSM-IV, 1994). Диагноз патологического гемблинга ставится при наличии пяти и более пунктов из раздела «А» в сочетании с пунктом раздела «Б».

Раздел «А».

1. *Поглощенность гемблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.*

2. *Продолжение игры при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.*

3. *Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть реже или совсем прекратить.*

4. *Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры,*

5. *Обращение к игре связано с желанием уйти от проблем или снять проявления депрессии (чувство вины, тревоги, ощущение беспомощности).*

6. *Возвращение к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).*

7. *Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.*

8. Наличие криминальных действий, таких как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.

9. Аддикт (зависимый) ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.

10. В ситуации отсутствия денег из-за гемблинга перекладывает решение проблем на других людей.

Раздел «Б».

Игровое поведение не связано с маниакальным эпизодом.

Многочисленные исследования (Lorenz, Yaffee, 1986; Bergh, Kuhlhorn, 1994, Cunningham-Williamsetal., 1998, Ibanezetal., 2001, Maccallum, Blaszczyński, 2002 и др.) подтверждают наличие у большинства патологических гемблеров предшествующих психических расстройств, либо ПАВ зависимостей. Этот факт нельзя не учитывать в процессе оказания психологической помощи гемблерам и их родственникам. Основной задачей консультанта в этом случае является профилактика анозогнозии, то есть донесение до гемблера и до его родственников информации о возможной многоуровневой системе проблемы и о необходимости комплексного подхода к её решению.

Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007.—768 с.

Наиболее популярным способом лечения зависимости от игры в США является участие в группах взаимопомощи Анонимных Игроков (Gamblers Anonymous) (Petry, Armentano, 1999). Однако эффективность этого метода невысока. Примерно 70-90% посетителей групп ГА выбывают на первых этапах участия в терапии, и лишь 10% становятся активными членами, из них только у 10% наблюдается ремиссия в течение года и более (Brown, 1985; Lester, 1980). Более высокие результаты — до 55% (Russo, Taber, McCormick, 1984) — достигаются благодаря применению комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в ГА.

Среди множества методов психотерапии преимущественно используется поведенческая терапия — терапия отвращения, имажинальная десенсибилизация (McConaghy, Armstrong, Blaszczyński et al., 1983; Blaszczyński, McConaghy, Frankova, 1991), реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов (Bufold, Ladouceur, Sylvain, 1994; Sylvain, Ladouceur, Boisvert, 1997). Психодинамические подходы к терапии основаны на личностных особенностях зависимых, связанных с низкой силой эго в сочетании с нарциссизмом (Miller, 1986).

В области фармакотерапии зависимости от игры К. Декарриа с коллегами (DeCaria. et al., 1996) указывает на эффективность ингибиторов обратного захвата серотонина и кло-мипрамина. Имеются данные об эффективности карбамазепина, налтрексона (Haller, Hinterhuber, 1994; Kim, 1998). В результате плацебо-контролируемого исследования показана эффективность кло-мипрамина в редукции обсессивно-компульсивных симптоматики у больных патологическим

гемблингом (Frenkel, DeCariaetal., 1992), флувоксамина (Hollander, DeCaria, Marietal., 1998).

Двойное слепое плацебо-контролируемое 16-недельное исследование эффективно стипароксетина при патологическом гемблинге было проведено Дж. Грантом с коллегами (Grantetal., 2003). Результаты исследования показали более высокую эффективность пароксетина, по сравнению с плацебо (у 59 против 49%), однако эти различия не достигали достоверного уровня. В. Д. Менделевич (2003) сообщает об эффективности пароксетина при терапии сочетанной аддиктивной патологии гемблинга и наркозависимости.

Зависимость от игры часто коморбидна биполярному расстройству (Winokuretal., 1969), в связи с этим возможно назначение препаратов лития (Moskowitz, 1980). Данные о равной эффективности (более чем в 60% случаев) лития и вальпроата при патологическом гемблинге, полученные в ходе первого контролируемого исследования, сообщает С. Паллантис с коллегами (Pallantietal., 2002).

Вместе с тем большинство исследований по фармакотерапии зависимости от игры основано на немногочисленных выборках, как правило, не включает контрольных групп, мало изучен уровень плацебо-эффекта.

Любовная аддикция.

Любовная аддикция – это термин, обозначающий модель поведения одного из партнеров в близких отношениях. Изначально, любовная аддикция относилась исключительно к женщинам, но в дальнейшем оказалось, что и мужчины склонны к формированию этой формы аддиктивного поведения.

Основной предпосылкой для развития любовной аддикции является травматический опыт детско-родительских отношений, в результате которого у ребенка формируется некая субличность, так называемое, травматическое «Я». Опыт негативных переживаний контакта с кем-то из родителей, либо лиц заменяющих родителей, который содержит в себе негативное представление о себе, негативное представление об окружающем мире, и негативное представление об объекте, с которым осуществляется контакт. Переживание, сопровождающее этот опыт, расценивается психикой ребенка как невыносимое, оно содержит информацию, угрожающую его жизни. Такой опыт ребенок переживает в семьях возбудимых психопатов и акцентуантов, в семьях, где есть ПАВ зависимые родители, и в семьях, жизнь которых сопровождается бесконечными острыми и хроническими конфликтами между членами семьи. В восприятии ребенка, родители и их отношение к нему – являются жизненно важными факторами. Именно в родителях ребенок видит гарантии собственного существования. Они кормят его, они защитят его от угроз мира и т.д. Поэтому, когда ребенок наблюдает у кого-то из родителей бесконтрольную, внезапную, интенсивную, негативную, либо менее интенсивную, но устойчивую, негативную и систематически возникающую эмоцию, направленную на него, его психика воспринимает ситуацию, как безвыходную

и угрожающую жизни и оказывается неспособной прожить в полной мере переживания связанные с этим опытом и принять когнитивную оценку ситуации. Поэтому этот опыт вытесняется в бессознательное. В дальнейшем, как и любое вытесненное, этот опыт присутствует в неизменном виде в психике человека, и незримо влияет на его поведение.

В основе своей, вытеснение травматического опыта и формирование субличности – это защитный процесс психики, который защищает психику от актуального травматического опыта, способного разрушить еще не сформированную личность. В потенциале своем, этот механизм должен помочь сформировавшейся в будущем личности адаптироваться к окружающей среде. Чтобы понять глубже этот механизм необходимо более детально разобраться в понятиях личность и субличность.

У психически здорового человека, **личность** – это некая целостная структура, которая содержит в себе систему доминирующих потребностей (СДП), обусловленную физиологией, систему мотивов для деятельности ориентированной на удовлетворение (СДП), систему поведенческих паттернов сформированных по принципу условного и безусловного рефлекса, и систему методов прогнозирования и оценки результата деятельности.

У будущего невротика, в результате вытеснения, в момент проживания травматического опыта в детстве, либо через некоторое время после него, в результате одноразового, либо систематического воздействия какого-либо стрессора, угрожающего разрушением формирующейся личности, создается, так называемая, субличность.

Это автономная структура, внутри целостной структуры личности, которая имеет фиксированную на момент травматического опыта систему представлений о мире, о своей личности, и об отношениях со стрессовым агентом.

Субличность, в целостном виде, остается недоступной для сознания, при этом, сознанию частично остаются доступны эмоции и чувства фиксированные с субличности, но несмотря на то, что природа этих чувств и эмоций остается недоступной для осознания, они незримо влияют на поведение человека.

Поскольку для сохранения стабильности всей системы личности, формируется комплекс психологических защит, задача которых не допустить актуализации травматического опыта фиксированного в субличности.

При этом, поскольку психика тратит на поддержание такой стабильности огромное количество ресурса и энергии, необходимого для жизни, она все время стремится качественно изменить ситуацию.

И поэтому, постоянно, незаметно для сознания, тестирует реальность в расчете на то, что сформируются обстоятельства, в которых будет возможно интегрировать автономную субличность, в целостную структуру личности.

Это тестирование происходит с помощью моделирования аналогичных по структуре, но отличных по значимости отношений с новым объектом, который исполняет роль изначального агента стрессора, послужившего причиной формирования субличности.

Когда реальность складывается так, что интеграция субличности становится возможной спонтанно, происходит субъективно ощущаемый и объективно заметный скачек в развитии личности.

Это происходит, поскольку высвобождается огромное количество психической энергии, которая до этого тратилась на сохранение субличности в нетронутым виде, а теперь тратится на удовлетворение СДП.

И проявляется этот скачек, в позитивном изменении качества жизни человека, в его субъективном ощущении собственного счастья и удовлетворения от жизни, которое возникает как естественное следствие того, что КПД деятельности ориентированной на удовлетворение СДП увеличивается.

В случае с любовной зависимостью, ситуацией, в которой личность может совершить вышеописанный скачек в развитии и интегрировать вытесненный травматический опыт в целостную структуру личности, является разрыв аддиктивных отношений. Поскольку сами отношения в любовной аддикции являются лишь способом убежать от травматического «Я» в виртуально созданное в восприятии иллюзорное «Я». Это не значит, что клиента с любовной аддикцией нужно всегда вести к мысли о разрыве еще существующих отношений. Но психолог консультант должен всегда помнить об этом, работая с любовным аддиктом переживающим кризис спонтанно произошедшего разрыва отношений с объектом. Основной задачей психологической помощи, в этом случае будет помощь в осознании себя способным к полноценной жизни вне зависимых объектных отношений. Конечно, решение этой задачи подразумевает несколько этапов работы, о которых будет подробно написано в соответствующей части.

Можно выделить два наиболее часто встречающихся способа формирования иллюзорного «Я», которое является неким психологическим временным убежищем для любовного аддикта:

- 1) Объект аддиктивных отношений выставляется аддиктом в заведомо негативном свете.

Бесконечно нуждающейся, слабой, или даже ничтожной личностью, о которой необходимо постоянно заботиться, которой необходимо что-то показать своими поступками, которую нужно чему-то научить, чтобы она что-то поняла и стала лучше.

В этом случае, на фоне ничтожной личности, аддикт видит себя в роли спасателя, учителя, почти святого человека, безвозмездно дарующего свою любовь и заботу и готового ради проблем другого отдать часть своей жизни, а может быть и всю жизнь. Этот виртуальный образ искусственно возвышает самооценку аддикта, приносит нарциссическое удовольствие и не дает ей упасть в травматическое «Я»

Партнером аддикта ситуация очень часто используется в своих целях, потому что ему легко в этом случае игнорировать ответственность за свои проступки и делегировать её аддикту. Кроме того, любое, даже брошенное вскользь обещание исправиться, сразу воспринимается аддиктом, как

стимульный кролик беговыми собаками на собачьих бегах, который все время несется у них перед носом и заставляет бежать дальше.

2) Объект аддитивных отношений представляется аддиктом в заведомо позитивном свете.

Не понимающий собственной доброты и благородства, либо не умеющий правильно выразить в поступках и поведении человек, грубость и негатив которого являются лишь внешними качествами, которые меркнут перед его глубочайшем внутренним миром, полным добра и света.

В этом случае, аддикт сливается в симбиозе с образом объекта, стирая границы между ним и собственным «Я». Аддикту кажется, что он питается от объекта, учится от него какой-то глубокой мудрости, или внутренней силе, которую он проявляет несмотря на то, что внешне поступки его могут быть либо ничем не выдающимися, либо (что более часто) носят принципиально обратный, негативный характер.

Такая ситуация так же часто используется партнером в своих целях. Слабовольный, малодушный мужчина, который само утверждает за счет унижения, измен, физического насилия и морального давления на свою партнершу, может представляться в глазах женщины любовного аддикта сильным, мужественным и волевым человеком, хозяином своей жизни.

Либо полигамная в сексуальном поведении женщина, постоянно меняющая партнеров, использующая мужское сексуальное внимание в меркантильных целях, которая постоянно врет во время измен о том, что находится у подруги, в магазине, в библиотеке и т.д. может представляться любовному аддикту чистойшей, благороднейшей, почти святой женщиной, с которой необходимо обращаться как с принцессой и потакать её милым прихотям и детским шалостям.

Отношения любовного аддикта и партнера очень часто связаны какими-то утопическими планами и мечтами о совместном светлом будущем, к которому они якобы стремятся. Но при этом, оба прекрасно понимают, что вероятность воплощения этих планов ничтожная, либо нулевая.

Сексуальные аддикции.

Сексуальные аддикции представлены в МКБ-10 в следующем виде.

F65 — Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)

F65.0 — Фетишизм

Фетишизм — использование в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения неодушевленного предмета. Указывается, что многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, например предметы одежды или обуви. Другие фетиши могут характеризоваться особым материалом — резина, пластик или кожа. Также указывается, что значимость фетишей для индивида может варьироваться: иногда они служат просто для повышения сексуального возбуждения,

достигаемого нормативным образом. В этих случаях, например, на партнера надевается какая-нибудь особая одежда.

F65.1—Фетишистский трансвестизм

Фетишистский трансвестизм — это надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

Указывается, что это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма. Основанием для их разграничения служит то, что при фетишистском трансвестизме переодевание или использование предметов нацелено на преобразование собственной внешности с приданием ей черт, свойственных противоположному полу. Отмечается, что обычно надевается более одного предмета, часто — полный комплект одежды с дополнением ее париком и косметикой, при этом достигается ощущение принадлежности к другому полу. Другое состояние, от которого необходимо отличать фетишистский трансвестизм, — это транссексуальный трансвестизм. Здесь необходимо помнить, что фетишистский трансвестизм имеет четкую связь с сексуальным возбуждением, а после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения обычно возникает сильное желание снять «ту» одежду. Указывается также на сообщения о фетишистском трансвестизме как о ранней фазе транссексуализма, и предполагается, что в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

F65.2 — Эксгибиционизм

Эксгибиционизм — периодическая или постоянная склонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Как правило, хотя и не всегда, во время демонстрации возникает половое возбуждение, часто сопровождающееся мастурбацией. Указывается также, что эта склонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без подобного поведения.

F65.21 — Эксгибиционизм, садистический тип. Больной получает максимальное удовлетворение, видя страх (испуг) жертвы.

F65.22 — Эксгибиционизм, мазохистический тип. Больной максимальное удовлетворение получает при агрессивной реакции жертвы.

F65.9 — Эксгибиционизм неуточненный.

F65.3 — Вуайеризм

Вуайеризм — периодическая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», например, раздеванием. Отмечается, что это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы, без желания обнаружить собственное присутствие и вступить в связь с лицом, за которым ведется наблюдение.

F65.4 — Педофилия

Педофилия — постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Указывается, что может существовать предпочтение определенного пола

(девочки или мальчики), а могут быть привлекательны одновременно дети обоего пола.

Отмечается, что педофилия редко выявляется у женщин. Указывается, что социально осуждаемые контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста, особенно однополыми, тем не менее не обязательно — проявления педофилии. Точно так же однократное действие, в особенности если его субъект — сам юношеского возраста, не свидетельствует о постоянной и доминирующей наклонности, необходимой для постановки диагноза. Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом по меньшей мере 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с используемым объектом. Наряду с этим оговаривается, что данная диагностическая категория включает тех мужчин, которые, несмотря на предпочтение взрослых сексуальных партнеров, в силу постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются в качестве замены к педофильному объекту. Также диагноз «педофилия» может быть установлен в отношении мужчин, сексуально посягающих на собственных детей препубертатного возраста, в тех случаях, когда они обнаруживают домогательство к другим детям.

F65.5 — Садомазохизм

Садомазохизм — предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установление зависимости. Если индивидuum предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции (является реципиентом) — это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником — садизм. Отмечено, что часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистической, так и от мазохистской активности.

Упомянуто, что слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормальной сексуальной активности. В связи с этим дается указание использовать эту категорию лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность — основной источник сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения. Однако указывается на трудности отграничения сексуального садизма от проявлений в сексуальных ситуациях жестокости или гнева, не связанных с половым чувством. Поэтому диагноз может устанавливаться только там, где насилие необходимо для эротического возбуждения.

F65.6 — Множественные расстройства сексуального предпочтения

Данная категория предназначена для диагностики тех случаев, когда у человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преобладания какого-либо из них. Предлагается перечислять различные типы предпочтения и их относительное значение. Среди наиболее частых указано на сочетание фетишизма, трансвестизма и садомазохизма.

F65.8 — Другие расстройства сексуального предпочтения

Данная категория применяется для диагностики множества других видов нарушения сексуального предпочтения и сексуальной активности, встречающихся относительно редко. В качестве примеров перечисляются непристойные телефонные звонки (телефонная скатофилия), прикосновение к

людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофилия), сдавление кровеносных сосудов или удушение для усиления полового возбуждения (аутоасфиксифилия), предпочтение партнеров с какими-либо особыми анатомическими дефектами, например с ампутированной конечностью (апотемнофилия), некрофилия.

Менделевич В.Д., Руководство по аддиктологии

В настоящее время существует два варианта описания картины сексуальной аддикции :

Медицинский – описывается клиническая картина развития психопатологии сексуальной аддикции. Терапия становится актуальной после установления диагноза.

Психосоциальный – аддиктивный процесс описывается с момента фиксации аддиктивного агента. Психотерапевтическое вмешательство возможно на любом этапе.

Медицинский подход имеет ряд существенных недостатков. Как правило, вышеописанные диагнозы ставятся больным уже после совершенных ими правонарушений, к тому времени, когда аддиктивный процесс развивается уже много лет и полностью подавляет эмоционально волевую сферу больного. При чем, установление диагноза совершенно не значит для больного ничего хорошего, поскольку методы терапии парафилий на сегодня мало разработаны и не считаются эффективными. Наиболее передовые методы терапии парафилий в медицине сегодня связаны с применением гормональных препаратов и препаратов, подавляющих половое влечение.

Кроме того, в основном руководстве по частной сексопатологии в числе противопоказаний к сексологическому лечению называются психические заболевания, алкоголизм, ядерные психопатии, интеллектуальная недостаточность, а также «безволие и пассивность» больных (Голанд, 1983). Это исключает из числа пациентов сексопатолога большинство лиц страдающих парафилиям. Получается, что лица с парафилиями, в лучшем случае, становятся пациентами обычного психиатра не имеющего специального образования по сексопатологии, а в худшем случае, за свои правонарушения они просто попадают в места лишения свободы и отбывают назначенный срок без какого-либо лечения.

Психосоциальный подход позволяет описывать процесс развития сексуальной аддикции еще на ранних этапах, и открывает возможность психотерапевтического вмешательства задолго до того уровня расстройства поведения, когда аддикты идут на правонарушения.

В психосоциальном подходе исследуется индивидуальный опыт развития отношения к сексуальному объекту, опыт формирования сексуального поведения индивида.

Развитие отношения к предпочитаемому сексуальному объекту можно разделить на три этапа:

1. Платонический

2. Эротический
3. Сексуальный

Важным в исследовании платонического этапа является опыт первой влюбленности. Как правило, он происходит ближе к концу препубертатного периода 10-12 лет. Интерес представляет любая информация, запомнившаяся пациенту об этом опыте. Фантазии об объекте, фактические контакты, опыт общения. Как может описать аддикт свое отношение к объекту, каким ему представляется отношение объекта к нему, как этот опыт повлиял на самооценку аддикта.

Эротический этап развития отношения к объекту - это, как правило, опыт пубертатного периода. Совместное времяпрепровождение с представителями противоположного пола, игры, танцы, прикосновения, поглаживания, поцелуи, ухаживания и т.д. Важной является информация о том, как аддикт выражал свое эротическое влечение к противоположному полу, было ли это гармонично, в условиях взаимного согласия и взаимного удовольствия, например, во время медленного танца, или в процессе подростковых отношений после взаимно выраженной симпатии. Либо ему приходилось получать этот опыт с применением насилия или унижения объекта, в результате подростковых издевательств мальчиков подростков над девочками, либо используя свое влияние на младших родственников и знакомых и т.д. Либо сам аддикт был объектом насильственных действий эротического характера со стороны сверстников или старших.

Сексуальный этап касается опыта первой эякуляции у мальчиков, опыт мастурбации у мальчиков и девочек, фантазии и переживания связанные с этим опытом, эротические сны. Опыт первого полового контакта, переживания связанные с этим опытом. Динамика половой жизни, развитие отношений с сексуальными партнерами. Сексуальные отношения в родительской семье.

Формирование аддиктивного процесса часто можно наблюдать в случае дисгармоничного развития отношения к предпочитаемому сексуальному объекту. В результате негативного опыта переживаний в процессе формирования отношения к предпочитаемому сексуальному объекту у будущего аддикта формируется негативное представление о себе, как о сексуальном субъекте.

Свои сексуальные переживания он расценивает как недопустимые для реализации в реальной жизни. Но сексуальные переживания от этого никуда не уходят, а наоборот увеличиваются. Негативная когнитивная оценка собственных переживаний способствует формированию искаженных представлений о том, в каких условиях это переживания могут быть удовлетворены. Мальчик, которого порицали и унижали сверстники за мастурбацию, на ночь привязывает руку к ноге, чтобы проконтролировать свое стремление к мастурбации перед сном. В итоге, в будущем, процесс сексуального удовлетворения у этого мальчика прочно ассоциируется с насилием и мучением, которое он должен пережить. Девочка подросток, которая пережила опыт неугодных ей прикосновений от знакомого родителей,

внушает себе запрет на повторные прикосновения к её груди и ягодицам. И когда в будущем она сталкивается с естественным желанием эротической ласки, она натывается на внутренний барьер. В её представлении, она рисует картину, в которой представляет себя падшей женщиной, совершенно развратной похотливой особы, которая позволяет ласкать себя множеству мужчин.

Искаженные фантазии будущего аддикта об обстоятельствах возможного сексуального раскрепощения и о себе в этих обстоятельствах сильно беспокоят его, приводят в состояние устойчивого психологического дискомфорта. Будущий аддикт не может поделиться ими с близкими и со своим партнером, поскольку ему кажется, что эти фантазии могут шокировать окружающих и создать ложное представление о нем, отпугнуть от него. Природу этих фантазий и их искаженную суть будущий аддикт не осознает по причине того, что переживания связанные с опытом, в результате которого появились барьеры для естественной и спонтанной реализации сексуального желания, давно вытеснены в бессознательное, а воспоминания о самом опыте исказились либо забыты полностью.

В результате, возникает фиксация на аддиктивном агенте, способном убрать на время ощущение психологического дискомфорта и сексуальное напряжение, после чего начинается аддиктивный процесс.

Со временем, сексуальные переживания выходят на первый план у аддикта, сексуальная разрядка становится смыслом его жизни.

В развитии сексуальных аддикций выделяют цикл, состоящий из нескольких стадий (Carnes, 1984).

(1). Сверхзанятость. В этой стадии аддикт периодически пребывает в особом состоянии «транса», при котором содержанием его психической деятельности являются мысли и чувства, связанные с сексом. Состояние характеризуется навязчивым поиском сексуальной стимуляции. Аддикт посвящает этим мыслям все большее количество времени, часто размышляя о сексе. Впоследствии мысли приобретают навязчивый характер и возникают практически постоянно (на работе, в транспорте, во время приема пищи, разговора и др.).

(2). Ритуализация. Включает в себя поведение, заполненное определёнными стереотипно повторяющимися ритуалами, связанными с сексуальными реализациями. Всякий ритуал предполагает наличие фиксированной последовательности переживаний, представлений и действий сексуального содержания. Каждое звено связывается фрагментом цепочки, разорвать которую очень трудно. Ритуал создает новую структуризацию времени, интенсифицирует сверхзанятость, «упорядочивает» активность, стимулирует дальнейшее развитие аддикций.

Первые две стадии аддиктивного цикла сверхзанятость и ритуализация не всегда распознаваемы, так как на этих этапах аддикт достаточно успешно старается в глазах окружающих сохранить имидж нормального человека.

(3). Компulsive (насильственное) сексуальное поведение. В этой стадии аддикты не способны контролировать или блокировать своё сексуальное

поведение, даже если их аддиктивная активность сопряжена с реальной угрозой для жизни, здоровья и карьеры. Речь идет о неудержимом влечении к реализации сексуального поведения. В стадии компульсии действия аддикта всегда оставляют за собой какой-то след. И хотя на этой стадии психологической и социальной катастрофы может и не быть, наличие последствий сексуальной реализации постепенно разрушает защитный социальный имидж аддикта.

Совокупность вышеперечисленных стадий закольцована в аддиктивный цикл, который имеет тенденцию к повторениям.

Работоголизм (трудоголизм).

Работоголизм (трудоголизм) – явление довольно распространенное в современной жизни, но, тем не менее, трудоголиков обращающихся за психологической помощью не так много. Связано это в основном с тем, что трудоголизм считается социально приемлемой аддикцией. В российских семьях трудоголиков часто можно встретить понимающую и поощряющую позицию супругов на первых этапах развития аддиктивного процесса.

При этом, в процессе развития аддиктивного процесса, в семьях трудоголиков часто наступает разлад и развод.

Сложность заключается в том, что на первых этапах работоголизм трудно отличить от нормального, естественного социального стремления реализоваться в карьере. В современном мире во многих отраслях просто необходимо много работать, иногда в ущерб семье и своей личной свободе, чтобы добиться чего-то существенного, каких-то карьерных высот. Но, тем не менее, отличие работоголика от обычного усердного трудяги все-таки есть.

Работоголик, ориентирован на самом процессе работы, в отличие от трудяги, который ориентирован на результат. Работоголик бежит от психологического дискомфорта в семье и в социальных отношениях в работоголизм, а трудяга использует результат работы как средство борьбы с причинами дискомфорта.

Для трудяги, работа - всего лишь средство для налаживания нормальной в его представлении жизни. Для работоголика, работа – сама жизнь, а повседневные, семейные, бытовые вопросы являются мелкими, мерзкими и не привлекающими внимания.

Трудяга способен к установлению близких интимных отношений с партнером и детьми, а в отношениях трудоголика к близким людям всегда присутствует отстраненность, формализм и инфантильный эгоизм.

К числу современных исследователей работоголизма относится Gross (1994)

Gross выделяет признаки, на основании которых можно диагностировать наличие проблемы трудоголизма.

(1). Анализ содержания сознания работоголика показывает, что он не может думать ни о чем другом, кроме работы. Где бы он ни находился и что бы

он ни делал, его мысли прямо или косвенно связаны только с производственными проблемами. Он пребывает в состоянии постоянного осмысления рабочего цикла, в котором нет места другим мыслям и соображениям, а если таковые и возникают, то они носят поверхностный и кратковременный характер.

(2). Работоголик старается подчинить всю деятельность зависимых от него людей достижению цели, которую он/она себе выбирает. Работоголик не умеет ждать. Он испытывает крайнюю раздражительность в случаях несвоевременного исполнения другими какого-то задания. Все виды деятельности, непосредственно не связанные с работой, например, заботы о доме, походы в супермаркеты и пр., вызывают раздражение.

(3). Не умея и не желая ждать других, работоголик заставляет ждать себя, не обнаруживая в этом ничего особенного и зазорного. Его самодисциплина, касающаяся функционирования в непроизводственной сфере, носит весьма своеобразный характер. От других он требует значительно большей дисциплины, чем от себя. Постоянно подчеркивая важность того, что он делает, работоголик преувеличивает значение своей деятельности, что оправдывает его невовлечение в другие активности.

(4). Анализ длительного периода жизни таких людей выявляет общую деструктивность. Самодеструктивное поведение выражается часто также в интенсивном курении и злоупотреблении алкоголем. Таким людям, как правило, свойственно микстовое сочетание химических и нехимических аддикций. Неумеренное курение как в рабочее, так и вне рабочее время, отражает их попытки купировать дискомфорт и тревожность, возникающие от пребывания наедине с самим собой. Признаки такого поведения позволяют предположить наличие синдрома «внепроизводственной тревожности» как признака отнятия аддиктивного агента - работы.

Так же, Gross выделяет в работоголизме следующие стадии:

(1). Вступительная, начальная стадия, которая носит сравнительно «безвредный» характер. На этой стадии те, кто впоследствии становятся работоголиками, стараются скрывать свою деятельность, связанную с работой. Это стремление может быть связано с их нежеланием показаться чересчур серьезными, ведущими образ жизни, резко отличающийся от более свободного стиля жизни их коллег, знакомых и сверстников. Чтобы не выглядеть белой вороной, они пытаются создавать впечатление свободного времяпрепровождения, не связанного с работой. В действительности же, в свободное время они читают в основном специальную литературу, их воображение функционирует только в производственном направлении. Так, например, перед засыпанием они отмечают наличие у себя мыслей, связанных непосредственно с работой и при этом говорят, что это позволяет им отвлекаться от неприятных переживаний. Размышления о планах на предстоящий день избавляет их от чувства неполноценности, поскольку большинство работоголиков плохо относится к себе. Так постепенно происходит втягивание в этот аддиктивный процесс.

В первой стадии у человека может наступить истощение, связанное с ещё несформировавшейся привычкой много работать. Могут регистрироваться легкие депрессивные «дистимические» колебания настроения и нарушения концентрации внимания. Gross отмечает, что начальная стадия, связанная с нарушением концентрации внимания, напоминает состояние пациента, который злоупотребляет транквилизаторами. Работоголики рассеяны, но эта рассеянность связана с поглощённостью их внимания работой. На этой стадии еще возможны периоды отдыха и временное освобождение от вышеперечисленных признаков. Пока развивающийся аддиктивный процесс контролируется, у человека присутствует критическая оценка чрезмерной производственной занятости и мысль о необходимости заняться чем-то другим. На первой стадии смена деятельности еще возможна.

(2). Критическая или психосоматическая стадия. Злоупотребление работой в этой фазе носит характер неконтролируемого навязчивого влечения.

«Возникает аналог с симптомом потери контроля при алкоголизме, который характеризуется тем, что после первого глотка алкоголя возникает невозможность остановиться. Работоголик испытывает такие же трудности с прекращением работы. Он трудится до полного психического и физического истощения» (Короленко, Дмитриева, 1999).

Работа настолько поглощает, что все то, что отвлекает от нее, вызывает реакцию протеста, агрессии и возмущения. Перерывы возможны лишь на короткое время. Вне работы возникает ощущение неудовлетворенности собой. Попытки контролировать ситуацию в плане сокращения рабочего времени, как правило, безуспешны. Постепенно появляются все новые и новые формы «заделий». Прежний ритм, прежние функции, в выполнении которых достигается определенное мастерство, перестают приносить удовлетворение. На этой стадии возникают усталость, истощение, сниженное настроение, проблемы с артериальным давлением, психосоматические расстройства, которые приводят к вынужденному прекращению работы на какое-то время. Отрыв от работы сопровождается симптомами отнятия.

(3). Хроническая стадия характеризуется постоянной и практически непрерывной работой в нерабочее, часто ночное время, работой в выходные и праздничные дни. Появляются постоянные проблемы со сном, сопровождающиеся употреблением транквилизаторов и снотворных средств. Попытки реализации невыполнимых требований приводят к нарастанию напряжения и раздражительности. Деструктивность такого стиля жизни способствует возникновению серьезных сердечно-сосудистых проблем, язвенных процессов, нервных срывов различного характера, депрессий, состояний страха, головных болей, нарушения кратковременной памяти, зависимости от принимаемых препаратов.

(4). Конечная стадия работоголизма квалифицируется Gross как синдром выжигания.

Психологическое тестирование обнаруживает у работоголиков нарушение восприятия, замедленность вработывания, значительно выраженное

нарушение концентрации внимания, у них наблюдаются депрессии, суицидные попытки и завершённые суициды.

Синдром выжигания напоминает картину выраженной «неврастении» или неврастенического невроза с повышенной утомляемостью, усталостью, нарушением сна, концентрации внимания, рассеянностью, раздражительностью, эмоциональной импульсивностью, сниженным фоном настроения.

(Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. Психосоциальная аддиктология)

Аддикция отношений.

В основе аддиктивного процесса в аддикции отношений лежит предпочтение будущего аддикта такой психологической защите, как проективная идентификация. В попытке убежать от травматического «Я» сформированного в детстве будущий аддикт создает значимые для него отношения с человеком или группой людей объединенных общей системой ценностей (социальных, религиозных и т.д.) Преставление о собственном «Я» будущий аддикт получает, идентифицируя себя с проективной интерпретацией его «Я» значимым человеком или людьми. Другими словами, будущие аддикты отношений отождествляют себя с представлением о них, о котором они узнают, вступая в отношения с людьми. Если отождествляясь с этим ложным представлением о себе, у будущего аддикта получается отвлечься от чувства внутреннего дискомфорта, причина которого тревога и страх незащищенности собственного истинного травматического «Я», то происходит фиксация аддиктивного агента и начинается развитие аддиктивного процесса.

Отношения, сформированные таким образом являются эго, центрированными относительно объекта отношений, которым является либо какой-то конкретный человек, либо лидеры значимой группы, которые в представлении аддикта являются хранителями или основными носителями системы ценностей группы. Поскольку интериоризированное от объекта проективное «Я» является ложным и неустойчивым, аддикт отношений постоянно требует все новых и новых подтверждений для сохранения ложного «Я» и таким образом попадает в постоянную зависимость от объекта отношений. Как правило, аддиктивный агент это чувствует и произвольно, либо неосознанно вступает с аддиктом в психологическую игру. В этой игре аддикт все больше и больше обслуживает эгоистичные мотивы объекта, ради получения очередного ложного «Я» с которым он себя может отождествить. Чем дольше развивается аддиктивный процесс, тем сложнее аддикту отказаться от существующей системы отношений и от преставления значимости объекта для нормального существования аддикта.

Аддикты отношений часто становятся супругами химически зависимых (алкоголиков, наркоманов и т.д.)

Кроме того, аддикция отношений с группой широко используется в реабилитации химически зависимых. Отказываясь от употребления

психоактивных веществ, больные становятся аддиктами отношений с группой, в системе ценностей которой базовым принципом является отказ от употребления психоактивных веществ. Поскольку остальные ценности и устои в реабилитационных группах являются социально приемлемыми, получается, что больные меняют аддикцию угрожающую их жизни и разрушающую их социум, на социально приемлемую аддикцию.

Спортивные аддикции (аддикция упражнений).

В основе спортивной аддикции стремление справиться с психологическим дискомфортом через работу с телом. Спортивный аддикт не представляет себя вне сложившейся системы упражнений и тренировок.

Спортивные аддикты практически не обращаются за психологической помощью, кроме случаев, когда спортивная аддикция переходит в химическую зависимость. Возможно, поэтому спортивная аддикция считается социально приемлемой.

Человек в определенной степени отождествляет представление о себе и представление о собственном теле. В телесно – ориентированной психологии есть даже такое понятие - телесное «Я». Так вот, будущий спортивный аддикт в какой-то момент обнаруживает, что с помощью упражнений он легко может убежать от чувства психологического дискомфорта, вызванного ощущением уязвимости и незащищенности собственного «Я». Спортивные аддикты отмечают, что испытывают физическое и психологическое удовольствие от выполнения упражнений. Начиная выполнять упражнение, они входят в определенное трансовое состояние, в котором окружающие звуки перестают их волновать, в котором тело как будто действует механически, а в воображении рисуются картины собственных побед (достижение определенного результата в спорте). В этих картинах аддикт видит себя в несколько улучшенном виде. Он чемпион, он победил в марафоне, он входит на пьедестал за медалью, он выступает перед публикой и т.д. Картины могут быть разными. Спортивный аддикт отождествляет себя с этими картинами на время выполнения упражнений, и это является его психологическим убежищем. Проблематика заключается в том, что если он в реальности не приближается к намеченным результатам и реализации своих фантазий, то чувство психологического дискомфорта возвращается. Сознание все ближе и ближе подходит к мысли о том, что «Я», воображаемое в спортивных фантазиях, является виртуальным, и поэтому у аддикта возникает необходимость постоянно поддерживать подпитывать эту иллюзию какими-то практическими результатами спорта. И таким образом, формируется зависимость спортивного аддикта не только от процесса выполнения упражнений, но и от определенного результата. Иначе, если не будет результата, чувство психологического дискомфорта вернется. Ради этого результата спортивные аддикты могут применять стероидные препараты и другие фармакологические средства, помогающие к этим результатам прийти, аддиктивное поведение может распространиться на все

сферы жизни и подавить их лишь бы скорее прийти к результату. Риск травм и потеря здоровья не останавливает спортивного аддикта, и именно в этом опасность спортивной аддикции. Кроме того, во многих случаях, в определенный момент, аддикт уже не может поддерживать спортивный аддиктивный процесс по независящим от него причинам (травма, закрытие клуба и т.д.) и оказывается вынужден сменить аддиктивного агента. В этом причина распространенности алкоголизма среди бывших спортсменов.

Интернет - аддикция.

Изначально термин использовался для обозначения непреодолимого желания пользоваться интернетом. (Goldberg (1996) характеризует интернет - зависимость как «оказывающую пагубное воздействие на бытовую, учебную, социальную и психологическую сферы деятельности»). Сегодня так же используется понятие «патологическое использование компьютера» (PCU - pathologicalcomputeruse), этот термин используется, когда имеет место поглощение информации из интернета существенно большей, чем необходимо для профессиональных, бытовых и социальных нужд. Существуют интернет – аналоги некоторых приведенных выше аддикций:

- **Интернет-гемблеры**

В основном, это игроки сетевых игр типа Warcraft. В этих интернет играх виртуально создается реальность, в которой существуют целые сообщества, кланы игроков, которые ничего не знают друг о друге, кроме интернет образа и имени используемого персонажа, эти сообщества в рамках игры совершают виртуальные войны, создают виртуальные государства. Между участниками могут создаваться виртуальные семьи, виртуальная дружба и т.д. Аддикт все больше и больше отождествляет себя со своим персонажем, и испытывает зависимость от игры.

- **Интернет-трудоголики**

Интернет трудоголиками являются в основном люди обслуживающие интернет ресурсы, сайты, форумы и т.д.

- **Интернет-сексоголики**

Люди, использующие порно продукцию из интернета для полового возбуждения и дальнейшей мастурбации. Попадая в зависимость, человек начинает фантазировать во время просмотра порнофильма, представляя себя участником событий происходящих на экране, либо каких-то других событий с персонажами порнофильма. При развитии аддиктивного процесса, у человека постепенно пропадает интерес к реальным потенциальным половым партнерам, либо он ищет схожести реальных людей с персонажами порнофильмов и пытается частично воплотить в реальности сцены фантазий. При этом, после произведенных попыток человек перестает быть интересен аддикту, интимная близость и искренние отношения его не интересуют.

- **Интернет-аддикты отношений**

Часами общаются в чатах, бесконечно проверяют электронную почту и т.д.

Из интернет аддиктов наиболее часто за психологической помощью обращаются родители молодых интернет - гемблеров, либо жены взрослых интернет – гемблеров. Ситуация осложняется тем, что родители после беседы или цикла бесед с психологом, как правило, осознают в какой-то мере степень своей ответственности за втягивание ребенка в интернет-аддикцию, и неспособные принять её они продолжают до последнего отрицать глубину и масштаб проблемы. На первых этапах, родителям бывает удобной интернет - аддикция ребенка, он сидит дома, всегда на виду и т.д. Родители сами покупают ребенку компьютер и дают деньги на оплату сетевых игр. Родители начинают бить тревогу уже тогда, когда у подростка начинаются первые аффективные вспышки, возникающие в результате синдрома отмены, а к психологу обращаются зачастую уже после психозов, во время которых подростки могут быть неуправляемыми и опасными, могут крушить мебель в квартире и совершать физическое насилие над родными. При этом, родители, как правило, хотят быстрой и эффективной помощи со стороны, с минимальным личным участием.

На сегодня, психологическая помощь, которую можно оказать в таких случаях – это комплексная психодиагностика эмоционально волевой сферы и личности ребенка, цикл профилактических бесед, включающих в себя общую информацию об интернет-аддикции, о её негативном влиянии на личность и эмоционально – волевою сферу ребенка, и рекомендации относительно развития эмоционально-волевой сферы ребенка и мер по профилактики аддиктивного поведения в семье.

В случаях с взрослыми интернет-гемблерами практически всегда мы имеем дело с аддиктами, изменившими другой аддиктивный агент на интернет аналог. Другими словами, взрослые интернет-гемблеры – это в подавляющем большинстве случаев – бывшие алкоголики, трудоголики, любовные аддикты или аддикты отношений. За психологической помощью чаще всего обращаются не они, а их родные. Как правило, жены интернет-гемблеров, которые из-за своей аддикции перестали выполнять свои функции в семье. При чем, поскольку терапевтической мотивации самих интернет-гемблеров в этом случае практически нет, очень часто дело заканчивается разводом и тогда психолог уже работает не с интернет-аддиктом, а с его родственниками переживающими развод.

Список потерь самих интернет аддиктов, кому времени как они начинают задумываться о посещении реабилитационных групп взаимопомощи Анонимных Игроков или тематических психотерапевтических групп, кроме семьи насчитывает, к сожалению, еще много пунктов.

В настоящее время, несмотря на то, что запрос общества и интерес специалистов к интернет- аддикциям довольно большой, эффективных широко применяемых программ психотерапии и реабилитации интернет аддикций нет.

Религиозная аддикция.

Понятие религиозная аддикция чаще всего используется для описания синдрома зависимости от тоталитарных сект, при этом, среди специалистов описывающих этот феномен бытует мнение о разделении синдрома зависимости от тоталитарных сект от аналогичных по своей структуре и содержанию поведенческих синдромов у представителей традиционных конфессий. Так же можно наблюдать что, несмотря на фактическую идентичность синдрома, к религиозным аддикциям не относят зависимость ПАВ аддиктов (наркоманов, алкоголиков) от популярных реабилитационных программ, сформированных по принципу «12 шагов», и реабилитационных программ различных религиозных конфессий.

При таком пристрастном подходе весьма сложно разобраться, что к чему. Для понимания сути религиозного аддиктивного процесса необходима как минимум религиозная толерантность, а в лучшем случае, религиозная беспристрастность.

В программах 12-ти шагов и программах традиционных конфессий по реабилитации алкоголиков и наркоманов религиозная аддикция и аддикция отношений является заменой для аддикций химических, аддикта целенаправленно втягивают в новый аддиктивный процесс с целью прервать прежний, в основе которого употребление химического вещества. И в этом есть большой медицинский и социальный смысл. Медицинский смысл в том, что аддикт прекращает употребление химического вещества разрушающего его здоровье, и являющееся причиной его преждевременной смерти. Социальный смысл в том, что религиозный аддикт и аддикт отношений, в отличие от хронического алкоголика или наркомана, может быть полноценной социальной единицей. Может создать семью и обеспечить материально приемлемую жизнь собственных детей.

На наш взгляд, открытая позиция и объективный взгляд на функцию, и значимость альтернативной аддикции в реабилитационных программах необходим. Поскольку иначе, материально заинтересованными лицами распространяется ложное представление о чудодейственности и божественности причин эффекта продолжительных ремиссий. Это является причиной довольно распространенного негативного отношения к религиозным реабилитационным компаниям в медицинском сообществе, что в свою очередь, еще больше усугубляет ситуацию, потому что дает основание лидерам реабилитационных сообществ, для противопоставления себя медицине и психологии.

В основе религиозной аддикции является, естественный для человека, процесс вхождения человеком в определенное трансовое состояние, во время, так называемой молитвы, или просьбы, или какого-то другого обращения ориентированного на эгоистические потребности обращающегося к воображаемому божественному источнику, якобы обладающему абсолютной властью над материальным миром, и потенциально способному удовлетворить просьбу вопрошающего.

Будущий религиозный аддикт, как правило, испытывает сильный психологический дискомфорт. Находится в состоянии психологического кризиса, который может быть вызван совершенно разными причинами.

Далее он реагирует либо на рекламу какого-либо религиозного сообщества, либо вступает в прямой контакт с представителями той или иной конфессии, или секты, или реабилитационной программы. В ходе первых контактов, членами религиозного сообщества дается интерпретация причин существующего у будущего религиозного аддикта психологического дискомфорта, эта интерпретация, часто содержит информацию о лишь косвенной ответственности самого будущего аддикта за его нынешнее состояние, а самому состоянию приписывается какой-то глубокий духовный смысл. Далее, будущему аддикту обещается полное избавление от психологического дискомфорта, в случае, если он исправит свое поведение и свои мысли на такие, которые в данном религиозном сообществе считаются духовно чистыми и помогающими человеку раскрыть божественный источник и получить из него удовлетворение всех своих нужд. В результате, будущий аддикт принимает идею о посредничестве религиозных лидеров или авторов учения с божественным источником. Далее, в результате контакта с группой, будущий религиозный аддикт вступает в динамический процесс группы и становится частью системы в основе которой аддикция отношений между членами группы, и постепенно справляется с чувством психологического дискомфорта, приобретая ресурс в трансовых психотехниках, которые традиционно используются для «установления более тесного контакта с божеством» и называются либо общими молитвами, либо медитациями, либо служениями. И перенимает позитивный настрой через проективную идентификацию с членами группы. Далее он впадает в религиозную зависимость от лидеров группы, которые в его представлении являются посредниками между ним и божественным источником и имеют сверхзначимость, они как будто бы могут прекратить связь с божественным источником, если найдут достаточно расхождений между мыслями и поведением аддикта и их требованиями и требованиями учения. Далее, эти лидеры диктуют всем участникам группы нормы поведения, которые являются необходимым условием получения «света», «сил от божественного ресурса» или говоря языком психологии – психологического ресурса и позитивного жизненного настроения.

В процессе развития аддиктивного процесса значимость лидеров доходит до того, что ведомые их требованиями религиозные аддикты способны расстаться со своим имуществом, здоровьем и даже жизнью, ради осуществления поведенческих актов, доказывающих их право на получение «божественного света».

В последнее время получили распространение сообщества, сформированные по похожему принципу, что и религиозные секты, но отличающиеся от них. В основе этих сообществ лежит не аддикция отношений, или религиозная аддикция, а финансовая взаимозависимость участников друг от друга и своеобразная система представлений об «успешной личности»,

которой участник может стать, если станет богатым внутри предложенной системы финансовых отношений между людьми. Отождествляя себя с этим образом «успешной личности», человек попадает в зависимость от сообщества, внутри которого этот образ может реализоваться в жизни. Пока участники находятся внутри этого сообщества, они говорят о себе как о лидерах, хозяевах своей жизни и т.д. Но когда, после нескольких месяцев или лет человеку удастся вернуть вложенные изначально деньги, и фактически оказывается, что участие в этой организации не приводит человека к успеху, а приводит к потерям даже существующего уровня достатка и социального успеха, участники делают попытки выйти из предложенной системы отношений.

Суть этих отношений заключается в том, что человек приходя в эту организацию, вносит в качестве членского взноса определенную сумму, с которой часть идет на дальнейшую организацию встреч с участниками, оплату услуг выступающих на сцене агитаторов, а остальная часть распределяется между теми, кто сагитировал этого человека на приход в сообщество, теми, кто сагитировал их, и теми, кто сагитировал их и т.д. Таким образом, получается, что каждый участник тем больше заработает, чем больше приведет в эту организацию участников, и чем больше те, кого он привел, приведут в свою очередь еще участников. Деятельность сообщества заключается в организации встреч, на которых участникам приводятся примеры «успешных личностей», «лидеров», «хозяев своей жизни» и т.д., ставших оными внутри предложенной системы финансовых отношений между людьми.

Эти сообщества являются закрытыми, поэтому информация о них довольно противоречива. Известно, что участники слушают специальную музыку, которая дает мотивирующий эффект за счет того, что с помощью наложения звука на ударники, слушателю сообщается скрытая команда «делай деньги». Так же, со слов некоторых бывших участников, на встречах дают пить какой-то специальный напиток, и есть какие-то специальные пирожные.

Последний факт довольно сомнительный, вероятнее всего идет мистификация простого чаепития, с целью снять с себя частично ответственность за принятое ранее бывшим участником решение, вернуть изначально потерянные при первом вложении деньги, за счет обмана и втягивания в сообщество авантюристов новых участников.

Пищевые аддикции.

Считается, что в основе пищевых аддикций лежат психические расстройства, обозначенные в МКБ -10, как расстройства приема пищи.

F50. Расстройства приёма пищи

F50.0 Нервная анорексия

F50.1 Атипичная нервная анорексия

F50.2 Нервная булимия

F50.3 Атипичная нервная булимия

F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами

F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами

F50.8 Другие расстройства приема пищи

F50.9 Расстройство приема пищи неуточнённое

Терапия вышеуказанных расстройств – это сложный процесс, в котором участвует целая команда специалистов: психолог, психиатр, эндокринолог, диетолог.

Существуют различные гипотезы причин развития вышеуказанных расстройств: генетическая, биологическая, психологическая, социальная. Одна из них - психологическая, раскрывает возможность оказания психологической помощи пищевым аддиктам на начальных этапах заболевания.

Согласно психологической теории, в основе пищевых аддикций, все тоже неразвитое, детское, травматическое «Я», неразвитая эмоционально-волевая сфера личности, и неспособность справляться с чувством психологического дискомфорта вызванного острыми и хроническими стрессорами.

При аддиктивном голодании, возникает фиксация на потере веса, аддикт стремится изменить образ тела и тем самым изменить свое внутреннее состояние. В своем воображении аддикт рисует виртуальный образ, которому стремится приблизиться. С этим виртуальным образом, в восприятии аддикта связано представление о состоянии психологического комфорта, который он будет испытывать, если его тело будет соответствовать этому образу. Но сколько бы ни худел аддикт, состояние психологического дискомфорта исчезает лишь на время, и снова возвращается потом. Потеря веса является фактическим подтверждением изменения образа тела, и в восприятии аддикта, является доказательством приближения к идеальной форме. Поэтому голодающий аддикт становится заложником голодания, и в последствии у него развивается нервная анорексия. Есть теория, согласно которой голодающий аддикт стремится замедлить развитие и вернуть тело в детское состояние.

При аддиктивном переедании, фиксация происходит на самой еде. Аддикт заедает психологический дискомфорт. Еда уже используется не для утоления голода, а как способ расслабиться, и уйти от дискомфортных психологических переживаний. Если воздействие стрессора, который является причиной дискомфорта, продолжается долго, или это хронический стрессор, или из-за низкой стресс устойчивости аддикт часто испытывает дистресс, то переедание приводит к развитию ожирения, и нервной булимии.

Модель оказания психологической помощи при эмоциональных аддикциях.

Несмотря на то, что деструктивный потенциал для личности, здоровья и социального положения при различных видах аддикции разный, и развитие аддиктивного процесса довольно сильно отличается временными характеристиками и т.д. Во всех видах аддиктивных процессов есть довольно много аналогий.

Стадии развития аддикций:

1) На первой стадии аддикция выполняет свою защитную функцию, или если точнее, функцию психологического убежища. Индивид уходит от устойчивого чувства психологического дискомфорта, с помощью аддиктивного агента. Аддикту кажется, что аддиктивный агент помогает ему справиться со многими проблемами. Аддикту нравится жизнь внутри аддиктивного процесса. Он уверен, что у него все под контролем и ему не нужна помощь. Даже аддикты с психологическим, психиатрическим и наркологическим образованием не задумываются на тему вероятного деструктивного развития аддиктивного процесса. При этом толерантность к аддиктивному агенту растет, и аддикту требуется все более интенсивный контакт с аддиктивным агентом. Формируется непреодолимое влечение к взаимодействию с аддиктивным агентом.

На этой стадии, аддикты практически не обращаются за психологической помощью. Непреодолимое влечение к аддиктивному агенту нисколько не тяготит аддикта. Попытки настойчиво предложить или навязать психологическую помощь заканчиваются формированием негативного отношения к психологам и психотерапевтам.

2) На второй стадии, интенсивность контакта с аддиктивным агентом достигает пика своих возможностей. У аддикта начинают проявляться симптомы психических расстройств различной степени тяжести. У аддикта возникает ощущение, что ситуация выходит из под контроля. Его начинают тяготить возникающие симптомы, он начинает задумываться на тему возможной профессиональной помощи.

Именно на этой стадии аддикты чаще всего обращаются за психологической помощью. Но, мотивация аддиктов касается именно избавления от появившихся симптомов психических расстройств. Основная мотивационная идея – это идея о том, что избавившись от симптомов, можно будет вернуть ощущение контроля над ситуацией.

Еще одна мотивационная идея, которая идет рядом с предыдущей – это идея об установлении контроля над аддиктивным агентом, например, гемблер хочет взять под контроль игру. Аддикту кажется, что аддиктивный агент как будто бы живет своей жизнью, это почти одушевленный предмет в глазах аддикта. А когда носителем

аддиктивного агента является живой человек, например, при аддикции отношений, или любовной аддикции, эта иллюзия закрепляется еще больше и аддикт хочет взять под контроль конкретного человека.

Без психотерапевтического, либо медикаментозного вмешательства, на второй стадии начинает развиваться психопатология аддиктивного процесса. Аддикция подчиняет себе эмоционально волевую сферу человека, подавляется система доминирующих потребностей, начинается происходить процесс личностной и социальной деградации, происходит субъективно ощущаемое ухудшение здоровья. Аддикта зачастую начинает тяготить непреодолимое влечение к аддиктивному агенту.

3) На третьей стадии толерантность к аддиктивному агенту снижается. Достаточно небольших доз, сравнительно со второй стадией. Организм уже не может нормально функционировать без контакта с аддиктивным агентом. Аддиктивный процесс подчиняет себе все сферы жизни аддикта. Психические расстройства переходят в хроническую стадию, усиливается деградация личности и социальная деградация. Жизнь аддикта стремительно разрушается.

На этой стадии аддикты часто готовы пассивно принимать помощь, но в вероятность существенных изменений не верят, они чувствуют, что деградируют и готовы смириться с этим. Уровень жизненных притязаний существенно снижается, степень ответственности за свою жизнь и здоровье минимальная. Аддикция становится для них каким-то самостоятельным процессом, неподвластным их воле и желаниям. Непреодолимое влечение к аддиктивному агенту перестает тяготить и воспринимается как неотъемлемая часть жизни.

Первое, что нужно усвоить специалисту при оказании психологической помощи аддиктам – это то, что пока аддикт сам не обратился за помощью, никакая полезная работа с ним практически не возможна.

Второе – если аддикт обратился за психологической помощью, то это еще не значит, что он собирается перестать быть аддиктом.

Третье – психологическая помощь должна быть ориентирована на фактический запрос аддикта, а не на теоретические идеи преодоления аддикции и развития аддиктивной личности описанные в учебниках.

Предлагаемая модель многократно применялась на практике и показала свою эффективность.

Согласно этой модели, психологическая помощь аддикту делится на три этапа:

1) Сбор информации.

На этом этапе основными инструментами психолога являются – эмпатическое слушание и наводящие вопросы.

Задачи этого этапа – выяснить мотивацию прихода аддикта на прием, и сформировать как можно более глубокую и раскрытую картину развития аддиктивного процесса. При этом, наводящие вопросы должны быть сформулированы так, чтобы аддикт представлял информацию сам, а не отвечал по принципу «да» / «нет» / «может быть». Психолога интересует все. Как произошла фиксация? Как развивался аддиктивный процесс? Какое время он выполнял свою защитную функцию без сбоев? Когда начались проблемы? Как он эти проблемы интерпретирует? и т.д. Важно собрать как можно больше пазлов общей картины формирования и развития аддиктивного процесса. Важно сформировать представление о том, как отражается картина аддиктивного процесса в глазах самого аддикта. Как он интерпретирует начальный этап развития аддикции, как интерпретирует историю развития, и как относится к своей нынешней ситуации.

Когда картина в восприятии психолога сформирована, необходимо до всех остальных мероприятий выяснить мотивацию аддикта. Чего он хочет получить от прихода к психологу, на что рассчитывает, чем психолог может ему помочь по его мнению?

2) Мотивационный этап.

Основными задачами мотивационного этапа являются коррекция анозогнозии аддикта, формулирование психотерапевтического запроса, и заключение психотерапевтического контракта.

На основании материала полученного на предыдущем этапе, психолог должен выстроить картину развития всего аддиктивного процесса, начиная даже не с момента фиксации агента, а с предпосылок для развития аддикции.

Предпосылки часто можно найти в семейной истории аддикта. Психолог должен максимально доступно, используя слова и термины, полученные от самого аддикта на предыдущем этапе, раскрыть всю картину развития патологического процесса своему клиенту.

Когда картина изложена, психолог должен получить обратную связь от аддикта, по поводу услышанного материала. Все ли правильно понято, со всем ли согласен аддикт. Если у клиента возникли какие-то дополнительные вопросы по поводу услышанного, их надо разъяснить. Если возникли какие-то противоречия в восприятии аддикта, их надо развеять.

Далее, когда аддикт согласен с картиной развития процесса, его снова необходимо спросить по поводу его мотивации. Изменилась ли она, либо она осталась прежней? Если изменилась, то что именно хочет теперь аддикт от психотерапевтического взаимодействия с психологом, далее принимаем озвученную мотивацию как психотерапевтический запрос.

В случае, если мотивация не изменилась необходимо проговорить причинно-следственную связь между симптомами и основной проблемой. Если аддикт настаивает на изначально озвученной мотивации, то принимаем её как психотерапевтический запрос.

Следует отметить, что несмотря на все проговоры и на то, что аддикт на данном этапе может изменить запрос с работы с симптомом на работу с корневой проблемой, в психотерапевтическом процессе аддикт может изменить

свое мнение и вернуться к идее работы с симптомом. Это происходит потому что изначальная смена запроса может быть лишь формальной, озвученной чтобы не показаться психологу глупым или каким-то еще. В этом случае, принимаем истинный запрос, не настаивая на повторном утверждении формально озвученного.

Этот подход будет хорошей основой для возвращения аддикта в психотерапию после повторного возвращения симптомов через какое-то время.

Далее, когда психотерапевтический запрос сформулирован, необходимо обсудить правила психотерапевтического взаимодействия. Насколько часто аддикт будет посещать прием, в какое время, готов ли аддикт выполнять домашние задания, что будет в случае, если аддикт не сможет прийти по какой-то причине и т.д.

3) Психотерапевтический.

Основными **задачами** психотерапевтического этапа являются:

- 1) Коррекция актуального состояния (работа с симптомом)
- 2) Обучение аддикта альтернативным техникам вхождения в измененное состояние сознания.
- 3) Обучение аддикта техникам произвольной регуляции эмоционального состояния.
- 4) Развитие эмоционально-волевой сферы.

Для решения задач психотерапевтического этапа необходимо профессиональное владение психологом каким-либо психотерапевтическим методом. В настоящем пособии будут предложены варианты психотехник, которые показали свою практическую эффективность в работе с аддиктами, но ни этих примеров, никакого-либо другого набора прописанных где-либо психотехник не будет достаточно для проведения эффективной психокоррекционной программы. Владение психотерапевтическим методом подразумевает прохождение продолжительной учебной программы, с обязательным этапом личной психотерапии и с дальнейшей регулярной супервизией.

В случае, если психолог не владеет профессионально каким-либо методом психотерапии, он должен вооружиться рекомендациями. К кому и куда направить аддикта, на какую психотерапевтическую группу, либо к какому специалисту. Точное выполнение первых двух этапов – это уже большая работа по оказанию психологической помощи аддикту и об этом надо всегда помнить.

Запросы эмоционально зависимых при обращении к психологу.

Случай из практики медицинского психолога (сексуальная аддикция).

На приеме у медицинского психолога женщина 38 лет. Изначальные жалобы на боли в теле, которые, со слов врача, испытывает на нервной почве. Предполагаемую причину нервного напряжения назвать затрудняется, говорит, наверное это какое-то хроническое заболевание, а врачи не могут поставить диагноз и поэтому говорят, что все дело в нервах.

В качестве исходного психотерапевтического запроса был принят запрос на обучение психотехникам работы с болью.

После цикла психокоррекционных мероприятий, женщина рассказала, что её психотерапевтический запрос изменился. Что боль её больше не беспокоит, что она успешно с ней справляется. Теперь на приеме она хочет обсудить с психологом свой первый сексуальный опыт, который она запомнила, как изнасилование. Со слов пациентки, она испытывает негативное переживание, связанное с этим опытом и это переживание не дает ей чувствовать себя свободно и расковано в постели с партнером. Запрос был сформулирован, как коррекция травматического переживания, связанного с первым сексуальным опытом. После цикла психокоррекционных мероприятий, ориентированных на реализацию этого запроса, пациентка сказала, что запрос её изменился вновь, и что она больше не тяготится воспоминаниями о первом сексуальном опыте. Теперь на приеме она хочет обсудить то, что давно её мучает, а именно сексуальные фантазии, которые она не может раскрыть своему партнеру, поскольку они могут его отпугнуть от неё. Это фантазии, в которых у этой женщины мазохистская роль, в которых она вступает в половую связь с несколькими мужчинами сразу. При этом, в фантазиях нет её нынешнего партнера. Женщина рассказала, что партнера своего на очень любит и что не хочет рассказывать ему о своей проблеме. Но эта проблема её сильно тяготит. Она уже имела опыт половых отношений в мазохистской роли, отношения в которых у неё такой опыт был никогда не длились долго. Она быстро теряла интерес к партнеру и отношения заканчивались по обоюдному согласию. Кроме этого, она сказала, что реализация фантазий на практике никогда не приносила ей желаемого удовлетворения. Что она, на самом деле, не хочет быть в пассивной позиции, что не хочет агрессии и насилия в постели, что она хочет свободы для своих сексуальных желаний, хочет быть активной в постели и хочет, чтобы партнер был нежен и чувствителен к ней. С её слов, в нынешних половых отношениях с партнером она этого не получает. Но не по вине партнера, а потому что как только начинается половой контакт, она полностью сосредотачивается на ощущениях партнера и даже оргазм получает (не симулирует) больше для него, чем для себя. Чтобы он не подумал, что секс её не удовлетворяет. В качестве запроса женщина озвучила желание перестать

фантазировать на сексуальные темы. После начала работы по предложенной в данном методическом пособии модели, раскрылась следующая аддиктивная картина.

Предпосылки.

Женищина была поздним ребенком, мать родила её в 32 года. Росла в неполной семье, с матерью и бабушкой. Отец умер, когда женищина была еще младенцем. Сколько себя помнит, не видела, чтобы у матери были отношения с кем-то из мужчин. На темы близких отношений с мальчиками с матерью никогда не говорила.

Из детства запомнился один случай. Как-то по дороге из школы домой, она увидела в кустах мужчину в плаще, который сначала пристально на неё смотрел, а когда она подошла поближе, раскрыл плащ и оказался под ним совершенно голый. Вид гениталий шокировал и сильно испугал девочку, они казались огромными и омерзительными. Придя домой, девочка рассказала о случившемся маме, которая в следующий раз пошла по этой дороге уже с ней. Мужчина снова стоял в тех же кустах и снова раскрыл свой плащ, на что мама девочки тут же отреагировала сильным криком и бранью на мужчину. Девочка сначала испугалась, а потом успокоилась, потому что мужчина убежал.

Женищина не помнит, чтобы в школе у неё была влюбленность, первая платоническая любовь, которую она вспомнила, была уже в зрелом возрасте и так и осталась неузнанной, существующей лишь в её внутреннем мире.

В школе пациентка не вступала произвольно в телесный контакт с мальчиками, то есть не танцевала, не обнималась, не позволяла никому провожать её домой. Тем не менее, мальчики проявляли к ней интерес, и оказывали признаки внимания, она принимала это внимание пассивно и никогда не поддерживала контакта.

Первый сексуальный контакт был травматическим опытом. Молодой человек, с которым встречалась пациентка неожиданно для неё, будучи у неё в гостях настойчиво потянул пациентку в её комнату. Далее он против воли пациентки, несмотря на её противодействие, частично раздел её и вступил с ней в половой контакт. Женищине было стыдно перед матерью, она не хотела, чтобы мать услышала то, что происходит в комнате, потому что боялась её реакции, поэтому она фактически позволила молодому человеку совершить с ней половой акт против её воли. После этого случая, отношения с молодым человеком прекратились. Долгое время после этого случая у женищины не было половых контактов.

Аддиктивный процесс.

Женищина не может вспомнить времени, когда у неё начались фантазии на сексуальные темы. Половая активность долгое время сводилась к редким и однотипным актам мастурбации в ванной комнате и в своей кровати, целью которых было снятие сексуального напряжения, которое поднималось в

результате фантазирования на сексуальные темы. Скачки давления и регулярные головные боли были постоянными спутниками жизни, но женщина никогда не связывала эти симптомы с сексуальной сферой жизни.

Через несколько лет после первого полового акта начались редкие половые контакты в отношениях с одним молодым человеком, отношения длились в течении двух лет, но после того, как женщина забеременела, они прекратились потому что мужчина не хотел ребенка и не хотел создавать семью. Через некоторое время после рождения ребенка женщина устроилась на работу в мужской коллектив, где стала пользоваться вниманием коллег и партнеров компании. В течении нескольких лет у неё было несколько непродолжительных отношений с мужчинами, в которых её интересовал в основном секс. В этих отношениях женщина экспериментировала, стремясь реализовать свои сексуальные фантазии и прийти к пониманию подходящего для себя стиля сексуального поведения.

После этого, у женщины появился партнер, отношения с которым длились много лет. Со слов женщины, этот партнер устраивал её во всем, но при этом она его, по настоящему, никогда не любила. Фантазии на сексуальную тему у женщины продолжались, но они её сильно не беспокоили на тот момент, поскольку постоянно была возможность получить сексуальную разрядку с партнером. Со временем его отношение к ней становилось все более грубым и потребительским, однажды в момент конфликта он позволил себе приложить физическую силу. После этого случая отношения с этим партнером прекратились. Некоторое время после этого женщина жила без сексуального партнера. Со слов женщины, она старалась сконцентрировать все усилия на воспитании ребенка, продвижении по службе на новой работе и увеличении заработка. Фантазии на сексуальные темы садомазохистского характера продолжались, сексуальной разрядкой служила ритуальная мастурбация. Через какое-то время начались проблемы со здоровьем, с пищеварительной системой, стал нарастать лишний вес. Женщина перенесла операцию. После операции, через некоторое время, у женщины стали появляться боли в области живота.

Дослужившись до руководящей должности, пациентка стала тратить больше времени на отдых и на личностный рост, стала посещать различные тренинги. На одном из таких тренингов она познакомилась со своим нынешним партнером. Со слов пациентки, своего нынешнего партнера она очень любит, в нем она нашла друга, духовного партнера и в какой-то степени испытывает к нему материнские чувства. Она никогда не рассказывала ему о своих сексуальных фантазиях, и не чувствует потребности их реализовывать. Со своим партнером она хочет иметь нежные и романтические сексуальные отношения. Во время половых контактов, все внимание женщины направлено на партнера. Пациентка стремится уловить его желания и воплотить их в жизнь.

Тем не менее, фантазии садомазохистского содержания, со сценами, в которых пациентка занимается грубым сексом с несколькими мужчинами, по-прежнему продолжают и вызывают у пациентки тягостное беспокойство.

Кроме этого, продолжались регулярные головные боли, боли в области живота и скачки давления.

Однажды она консультировалась по поводу болей со знакомым врачом, и он озвучил ей предположение о возможной психосоматической природе её проблемы. После чего она решила обратиться за помощью к психологу.

После раскрытия пациентке картины развития аддиктивного процесса, образовательной беседы о психологической природе фантазий, женщина вдруг заметила, что с момента начала психокоррекционных мероприятий направленных на коррекцию переживания связанного с первым сексуальным опытом, фантазии её не посещали. В итоге пациентка озвучила в качестве запроса, принятие и раскрытие своих сексуальных переживаний без негативной оценки.

После цикла психокоррекционных мероприятий, качественно изменился стиль её сексуальных отношений с партнером. Пациентка частично рассказала партнеру о своей проблеме. Во время полового акта партнеры договорились исследовать сексуальные, телесные и эмоциональные реакции пациентки. Пациентка обнаружила, что в районе груди и гениталий у неё есть «слепые зоны». То есть места, к которым она не позволяла прикасаться до этого мужчинам. Фантазии садомазохистского содержания больше не приходили, а когда пациентка в качестве эксперимента пыталась думать на эту тему, возникающие в воображении картины не приносили сексуального возбуждения, казались отстраненными и безынтересными.

Со слов пациентки, половой акт стал для неё более спокойным и уравновешенным, более плавным и гармоничным. Она заметила, что для получения сексуального удовлетворения ей не нужно больше достигать такой высокой степени возбуждения. Секс стал более осозанным актом, наполненным больше эротическим содержанием, чем непосредственно генитальным контактом. Со слов пациентки, партнер воспринимает изменения с интересом и их отношения постепенно выходят на какой-то новый уровень, более интимного и более глубокого понимания друг друга.

Частота скачков давления и приступов головной боли существенно снизилась.

На этом примере хорошо видно, как может развиваться запрос клиента в ходе психокоррекционных мероприятий. Психокоррекционные мероприятия в описанном случае длились в более пяти месяцев.

С клинической точки зрения сексуальной аддикции в данном случае мы не наблюдаем, диагностированного расстройства у пациентки не было. Психокоррекционные действия носят скорее характер психопрофилактический, а не психотерапевтический. Именно по этой причине психокоррекционные мероприятия проводились без участия врача психиатра.

С психосоциальной позиции, пациентке удалось помочь устранить устойчивое чувство психологического дискомфорта, и несколько психосоматических симптомов, среди которых боли в области живота, частые головные боли и скачки давления. Кроме того, общее настроение и жизненный

настрой пациентки, согласно её субъективным переживаниям существенно изменился в лучшую сторону, что привело не только к улучшению ситуации в сексуальной сфере, но и к раскрытию творческого потенциала в социальной сфере, на работе пациентка начала целый цикл творческих проектов.

Надо сказать, что запрос аддикта далеко не всегда развивается таким образом в ходе психокоррекционных мероприятий. В большинстве случаев эмоциональный аддикт ограничивается запросом на устранение проявившихся симптомов и дальнейшее продолжение психокоррекции не считает нужным. При этом, важно понимать, что далеко не при всех видах симптомов психологическая помощь без психиатрического лечения является актуальной.

Виды симптомов при развитии аддиктивного процесса можно условно разделить на три уровня:

1) Невротический уровень.

И. П. Павлов в рамках своего физиологического учения определял невроз как хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности (ВНД), вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе и длительности внешних раздражителей.

Психические симптомы невроза:

- *Эмоциональное неблагополучие (зачастую без видимых причин).*
- *Нерешительность.*
- *Проблемы в общении.*
- *Неадекватная самооценка: занижение или завышение.*
- *Частое переживание чувства тревоги, страха, «тревожного ожидания чего-то», фобии, возможны панические атаки, паническое расстройство.*
- *Неопределенность или противоречивость системы ценностей, жизненных желаний и предпочтений, представления о себе, о других и о жизни. Часто встречается цинизм.*
- *Нестабильность настроения, его частая и резкая изменчивость.*
- *Раздражительность. (см. подробнее: Неврастения)*
- *Высокая чувствительность к стрессам — на незначительное стрессовое событие люди реагируют отчаянием или агрессией*
- *Плаксивость*
- *Обидчивость, ранимость*
- *Тревожность*
- *Заикленность на психотравмирующей ситуации*
- *При попытке работать быстро утомляются — снижается память, внимание, мыслительные способности*
- *Чувствительность к громким звукам, яркому свету, перепадам температуры*

- *Расстройства сна: часто человеку трудно заснуть из-за пере возбуждённости; сон поверхностный, тревожный, не приносящий облегчения; утром часто наблюдается сонливость*

Физические симптомы.

- *Головные, сердечные боли, боли в области живота.*
- *Часто проявляющееся чувство усталости, повышенная утомляемость, общее снижение работоспособности. (См. подробнее: Неврастения)*
- *Вегетососудистая дистония (ВСД), головокружения и потемнения в глазах от перепадов давления.*
- *Нарушения вестибулярного аппарата: сложность держать равновесие, головокружения.*
- *Нарушение аппетита (переедание; недоедание; чувство голода, но быстрая насыщаемость при приеме пищи).*
- *Нарушения сна (бессонница): плохое засыпание, раннее пробуждение, пробуждения ночью, отсутствие чувства отдыха после сна, кошмарные сновидения.*
- *Психологическое переживание физической боли (психалгия), излишняя забота о своем здоровье вплоть до ипохондрии.*
- *Вегетативные нарушения: потливость, сердцебиение, колебания артериального давления, нарушение работы желудка, кашель, частые позывы к мочеиспусканию, жидкий стул.*
- *Иногда — снижение либидо и потенции*

В психокоррекционной работе с симптомами невротического уровня, нужно помнить, что эмоциональная аддикция в данном случае является попыткой уйти от невроза, поэтому основными задачами при оказании психологической помощи являются:

- *Коррекция переживаний связанных с психологической травмой, предшествующей началу развития аддиктивного процесса*
- *Нормализация перегруженной функции возбуждения и торможения путем глубокой релаксации и обучения техникам произвольной регуляции эмоционального состояния.*

2) Психосоматический уровень.

Термин психосоматика впервые был употреблен в начале XIX в. J. Heinroth (1818). В настоящее время (цит. по Z. Lipowski) в определении Оксфордского словаря термин "psychosomatic" относится к -

- телесным (соматические) заболеваниям, вызываемым или усугубляемым психологическими факторами и реже, психические заболевания связанные с физическими (телесными) факторами.
- ветвь медицины связанная с взаимоотношениями между душевным и телесным (mind-body relations).

Франц Александер (1891-1964) - один из ведущих американских психоаналитиков своего времени, ввел перечень семи классических психосоматических болезней:

- ревматоидный артрит;
- гипертиреоз (тиреотоксикоз);
- бронхиальная астма;
- язвенный колит;
- нейродермит.
- эссенциальная гипертония;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;

В МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в разных разделах:

- «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04—F07, соответствующие реакциям экзогенного типа К. Bonhoeffer),
- «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4—F44.7, соответствующие психогениям, и F45 — соматоформные расстройства),
- «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50—F53).

При работе с симптомами психосоматического уровня основная психокоррекционная задача – это задача формирования внутренней картины здоровья и стремление к ней. Применение только техник глубокого расслабления может привести к временному ослаблению симптомов, с последующим их возвращением и обострением. Но применение техник глубокого расслабления, в сочетании, например, с применением гипносуггестивной техники формирования субличности внутреннего целителя, и с формированием навыка произвольного контакта с этой субличностью в состоянии транса, может существенно помочь в решении поставленной психокоррекционной задачи.

3) Психотический.

Психоз - по И. П. Павлову, явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции грубо противоречат реальной ситуации, что отражается в расстройстве восприятия реального мира и дезорганизации поведения.

Расстройства психотического уровня связанные с развитием аддиктивного процесса, так же как и расстройства психотического уровня произошедшие по другим причинам, требуют медикаментозного лечения в условиях стационара.

Психокоррекция в данном случае не является актуальной.

К наиболее актуальным психотехникам, возможным для воспроизведения по написанной инструкции можно отнести телесно – ориентированные техники Александра Лоуэна, рассчитанные на снятие психологического напряжения через механическое воздействие на мышечные блоки, с активным применением дыхания.

Инструкция к выполнению техник.

Основное (базовое) заземление и вибрация

Встаньте, расставив стопы на расстояние около 25 сантиметров и развернув мыски вовнутрь так, чтобы слегка потянуть ягодичные мышцы. Наклонитесь вперед и коснитесь пола пальцами обеих рук, как показано на рисунке.

Колени слегка присогнуты.

Весь вес тела должен приходиться на стопы, не переносите его на руки.



Рис. 1. Положение тела при осуществлении опыта основного заземления и вибрации

Расслабьте шею, насколько это возможно, дайте голове свободно повиснуть.

Дышите ртом свободно и глубоко. Внимательно следите за дыханием. На время проведения опыта забудьте о дыхании через нос.

Позвольте весу тела «перетечь» вперед так, чтобы он пришелся на передние части стоп. Пятки могут чуть-чуть отрываться от пола, но только чуть-чуть.

Осторожно распрямляйте ноги, пока не натянутся подколенные сухожилия. Ноги, однако, не должны выпрямиться полностью, а также не должны быть заблокированы.

Удерживайте эту позицию около минуты.

- Вы дышите свободно или что-то мешает вашему дыханию? Если дыхание сдерживается, вибрации не возникнут.

- Чувствуете ли вы вибрационную активность в ногах? Если нет, то попробуйте слегка присогнуть колени, а затем распрямить их, приняв исходную позицию. Повторяйте это действие, чтобы мышцы ног получили возможность расслабиться.

- Каков характер вибраций? Слабые они или сильные, равномерные или порывистые? В некоторых случаях люди буквально подпрыгивают, не в силах сдержать возбуждение. Не случилось ли такого с вами?

«Арка», или «дуга»

Этот опыт схож с предыдущим. Отличие заключается в том, что он заставляет тело под влиянием стресса открыть дыхание и больше загрузить ноги. Его корректное выполнение помогает избавиться от напряжения в животе, которое как раз и создает «пузо». Такое же упражнение выполняют те, кто практикует Тайцзи.

Встаньте, расставив стопы на расстояние около 50 сантиметров, слегка развернув мыски ног вовнутрь.

Теперь упритесь кулаками в поясницу так, чтобы костяшки больших пальцев были развернуты вверх.

Не отрывая пяток от пола, согните оба колена, насколько можете.

Прогнитесь назад, не убирая кулаков с поясницы, а как бы поверх них. Обязательно следите за тем, чтобы вес оставался смещенным вперед и приходился на передние части стоп.

Дышите глубоко, задействуя живот.

- Не чувствуете ли вы некоторой «натянутости» в пояснице? Если да, то это означает, что в этой части тела существует весьма значительное напряжение.

- Чувствуется ли боль или напряжение в основаниях бедер или в районе колен? Если ноги расслаблены, вы не почувствуете натянутости нигде, кроме лодыжек и стоп, которые удерживают вес тела.

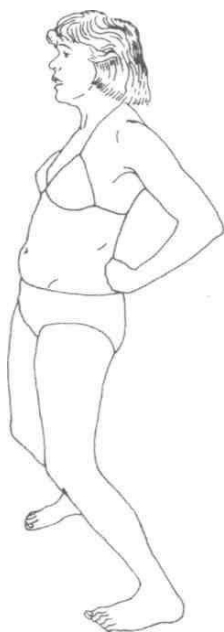


Рис. 2. «Арка», или «дуга»

- Начинают ли ноги вибрировать?
- Удастся ли сохранять максимально выгнутую позу? Отведена назад или приведена вперед попа? И в том, и в другом случае вы нарушили изгиб «арки», и энергия и чувства не могут беспрепятственно протекать в стопы ног.

Повторение опыта 1 — основного опыта заземления и вибрации

Все опыты, заставляющие человека прогибаться назад, независимо от того, используется ли при этом биоэнергетический стул (см. часть 10) или нет, как правило, заканчиваются одним и тем же заземляющим опытом, когда человек наклоняется вперед. Это не только снимает стресс и повышает гибкость тела, но и разряжает возбуждение, возникшее во время выполнения предыдущих опытов. Вибрация в ногах как раз и есть эта самая разрядка.

Повторите опыт 1, который мы называем основным опытом заземления и вибрации. Его мы описали в предыдущей главе. Наклонитесь вперед так, чтобы подушечки пальцев коснулись поверхности пола, но не переносите на них веса тела, не опирайтесь на них. Вначале колени должны быть согнуты, затем следует медленно распрямлять их, пока не почувствуете, что они начали вибрировать. Не блокируйте, не запирайте колени, поскольку это блокирует вибрационные движения ног.

Дышите глубоко и свободно.

Сохраняйте такое положение тела приблизительно минуту.

- Чувствуете ли вы, что ноги вибрируют?

- Как вам кажется, не стали ли ноги сильнее по сравнению с вибрациями, возникавшими во время предыдущего опыта?

Примите положение стоя, оставив колени слегка присогнутыми. Расслабьтесь так, как вы это делали в предыдущих опытах этой серии, отпуская живот.

' Вы все еще ощущаете вибрации в ногах?

- Обратите внимание на то, как стопы чувствуют пол. Вы чувствуете, что они плотнее контактируют с поверхностью пола, или, как это называется в биоэнергетике, лучше заземлены?

- Удалось ли лучше осознать собственные ноги и стопы? Чувствуют ли стопы, что они именно «там», где они есть?

Alexander Lowen and Leslie Lowen

THE WAY TO VIBRANT HEALTH A MANUAL OF BIOENERGETIC EXERCISES

1974 Перевод с английского ЕВ. Поле

При правильном применении вышеприведенных техник заземления, у человека существенно падает уровень нервного напряжения. Освоение приведенных техник, может существенно помочь аддикту регулировать собственное эмоциональное состояние вне стен кабинета психолога.

**Данное методическое пособие составил медицинский психолог
Тараянц А.В.**

Материалы подготовлены на основе учебно практических семинаров, проходивших в филиале №8 МНПЦ Наркологии, совместно с МСПП, в 2011-2012 годах.

Вся информация об учебе представлена на сайте tarayants.ru

**109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, телефон: +7 (495) 660-20-56
Московский научно-практический центр наркологии Департамента
здравоохранения города Москвы**

Госпитализация +7 (499) 178-27-59

Горячая линия + 7(495) 709-64-04

**Расписание собраний групп самопомощи на территории МНПЦ
наркологии:**

- Вторник : И-Анон (родственники игроков)**
- Среда: Анонимные Алкоголики 14.15**
- Четверг: Анонимные Наркоманы 19.00**
- Пятница: Анонимные Игроки 19.00**
- Пятница: Ал-Анон(родственники алкоголиков) 19.00**
- Пятница: ВДА (Взрослые Дети Алкоголиков) 19.00**
- Суббота: Анонимные Игроки 16.00**

**Консультации для родственников по вопросам госпитализации и
лечения по понедельникам и четвергам с 17 до 20 часов.**

**"Лечение в клинике Центра - БЕСПЛАТНОЕ для жителей г. Москвы.
Пациенты, проживающие в Московской области и других регионах РФ,
могут быть госпитализированы в Центр на бюджетной основе по
направлению Департамента здравоохранения города Москвы".**

ЛИТЕРАТУРА

1. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости: Как перестать контролировать других и начать заботиться о себе. — М.: Физкультура и спорт, 1997. — 331 с.
2. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. В семье зависимость от алкоголя и наркотиков. Как выжить тем, кто рядом? — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ПЭР СЭ, 2004. - 335 с.
3. Мюррей М. Узник иной войны: Удивительный путь исцеления от детской травмы. — М.: HRI Press, 2004. — 207 с.
4. Москаленко В.Д. М 82 КОГДА ЛЮБВИ СЛИШКОМ МНОГО: Профилактика любовной зависимости. — М.: Психотерапия, 2006. — 224 с. («Семейная психология»)
5. ЗАВИСИМОСТЬ: СЕМЕЙНАЯ БОЛЕЗНЬ
В.Д. Москаленко
6. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж.
У 67 Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской — М.: Независимая фирма “Класс”, 2002. — 224 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103)
7. Зайцев С.Н. Созависимость — умение любить: Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. — Н. Новгород, 2004. — 90 с. — (Сер. «Зеркало»).
Зайцев С.Н.
8. Alexander Lowen and Leslie Lowen
THE WAY TO VIBRANT HEALTH A MANUAL OF BIOENERGETIC EXERCISES 1974 Перевод с английского ЕВ. Поле
9. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. — СПб, 1998.
10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М., 2000.
11. Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций. — СПб, 1997.
12. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия. — СПб, 1994.
13. В 24 Варга А. Я., Драбкина Т. С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
14. Юрьев Г. П. Мировоззренческая травма как один из филогенетических механизмов аддикций // Аддиктология. № 1. 2005.
15. Янг К. С. Диагноз — интернет-зависимость // Мир Интернет. № 2. 2000.
16. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.
17. Психосоциальная аддиктология. Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева. Новосибирск, Издательство «Олсиб», 2001 - 251с.
18. Шереги Ф. Э., Арефьев А. Л., Вострокнутов Н. В., Зайцев С. Б., Никифоров Б. А. Девиация подростков и молодежи: алкоголизация, наркотизация, проституция. М., 2001.
19. Шумский Н. Г. Алкогольные (металкогольные) психозы // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А. С. Тиганова. М.: Медицина. Т. 2, 1999.

20. Шюркуте А. А. Психопатология и клиника шизофрении, протекающей с навязчивостями // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. № 11. 1990.
21. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990.
22. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. СПб., 1999.
23. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А. Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб.: Лань, 2000.
24. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб.: Лань. 2000.
25. Шайдукова Л. К. Ауто-деструктивные и аддитивные аспекты раннего женского алкоголизма // Наркология, № 9. 2003.
26. Шайдукова Л. К. Зависимости выбор и преодоление // Казань: Анархис, 2005.
27. Шайдукова Л. К. Наркомании, алкоголизм, вопросы профилактики и реабилитации. Казань. 2002.
28. Шайдукова Л. К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин // Дис.... д-ра мед. наук. М., 1996.
29. Шайдукова Л. К. Сексуальная агрессия в клинике женского алкоголизма // Вопросы нарко-логии. №4. 1993.
30. Шайдукова Л. К. Феномен «стигматизации» при женском алкоголизме // Современные проблемы психиатрии. Казань, 1994.

Люблю книги
ljubljuknigi.ru



yes
I want morebooks!

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов!
Мы используем экологически безопасную технологию "Печать-на-Заказ".

Покупайте Ваши книги на
www.ljubljuknigi.ru

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.ljubljuknigi.ru

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Heinrich-Böcking-Str. 6-8
D - 66121 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omniscrptum.com
www.omniscrptum.com

OMNIScriptum



