

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)



ВНЕ ИГРЫ

Сборник материалов, отражающих опыт
работы центра реабилитации и профилактики
зависимости от азартных игр

МОСКВА 2008

ВНЕ ИГРЫ

Сборник материалов, отражающих опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр

Авторы разделов:

Д.А. Автономов

О.В. Беляева

Р.В. Герасимов

О.А. Плющева

Д.А. Автономов, О.В. Беляева, Р.В. Герасимов, О.А. Плющева. «Вне игры. Сборник материалов, отражающих опыт работы центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр» — М: РБФ НАН, 2008. — 156 с.

© Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (Фонд НАН), М: 2008г.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ОРГАНИЗАЦИЯ И СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ АБОНЕНТАМ «ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ» ПО ВОПРОСАМ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ О.А. Плющева.....	7
Термины.....	19
Литература.....	20
ПЕРВИЧНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ О.В. Беляева	21
РЕАБИЛИТАЦИЯ О.В. Беляева, Р.В. Герасимов	24
Введение	24
Описание работы	27
Реабилитационная программа «Вне игры»	30
Лекции	37
Упражнения.....	51
Домашние задания	61
Приложения	64
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ. Р.В. Герасимов	78
ФЕНОМЕН ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ. ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. Д. А. Автономов.....	84
Введение	84
Постановка вопроса	84
Введение в проблему	85

Медицинский подход	86
Классификация игроков	87
Поведение патологического азартного игрока	89
Исторический обзор.....	90
Защитная природа расстройства	92
Роль внутриспсихического конфликта и процессов расщепления.....	94
Роль проигрыша и фантазий о всемогуществе	97
Краткое резюме	99
Социологический взгляд и особенности лечения	100
Понятие проективной идентификации переноса и контрпереноса.....	103
Специфика контртрансферных реакций	106
Виды переноса.....	108
Феномен тяги.....	112
Классификация групп.....	114
Некоторые закономерности	117
Страхи и желания	117
Групповая динамика.....	119
Фобическое поведение и «образование пар»	121
Рабочая группа.....	123
Заключение.....	123
Литература.....	125
Глоссарий.....	127
ПРИЛОЖЕНИЯ	150
Полезные контакты	150
Рекомендуемая литература.....	151
Список групп Анонимные игроки (АИ).....	152

ПРЕДИСЛОВИЕ

Центр реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр создан в июне 2006 года двумя общественными организациями — Фондом «Ответственная игра» и Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» (Фонд НАН) на базе отделения профилактики и реабилитации Фонда НАН, которое работает с 1995 года по оказанию помощи зависимым от алкоголя и наркотиков, а также членам их семей. В последние годы помимо людей с зависимостью от ПАВ (психо-активных веществ: алкоголя, наркотиков и пр.) в наш центр стало обращаться все больше пациентов с зависимостью от азартных игр. Сначала мы брали на реабилитацию азартных игроков в амбулаторную реабилитационную программу «Спасательный круг», в которой выздоравливали алкоголики и наркоманы, но позже, к 2006 году таких пациентов становилось больше, наши специалисты понимали, что игроки имеют свою «специфику», о которой будет сказано ниже, следовательно психотерапевтические подходы должны быть скорректированы в некоторых частях программы.

Структура центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр:

1) «Горячая линия» (495) 380-09-03, работает ежедневно с 10.00 до 22.00 кроме воскресенья. Психологическая помощь в кризисных ситуациях, информация о видах помощи и группах самопомощи во всех городах России, запись на консультации.

2) Служба первичных консультаций. Консультация индивидуальная 45 минут. Выявление проблемы, степени мотивации, рекомендации о видах возможной помощи, в том числе информация о группах самопомощи, реабилитационных программах для игроков и их родственников.

3) Реабилитация: амбулаторная программа «Вне игры». Необходимым условием является посещение групп самопомощи для игроков АИ (Анонимные игроки), для родственников игроков И-Анон.

Анонимные игроки:

Это сообщество мужчин и женщин, которые делятся своим опытом, силами и надеждами друг с другом для того, чтобы решать общую проблему зависимости от азартных игр и помогать выздоравливать другим азартным игрокам.

Единственным условием для членства является желание прекратить играть в азартные игры. Члены АИ не платят ни вступительных, ни членских взносов. Мы сами себя содержим благодаря нашим добровольным пожертвованиям. Сообщество АИ не связано ни с какой сектой, вероисповеданием, политической группировкой, организацией или учреждением; не стремится быть вовлеченной в полемику по каким бы то ни было вопросам, никого не поддерживает и не выступает против чьих бы то ни было интересов. Наша основная цель — прекратить играть в азартные игры и помогать другим азартным игрокам сделать то же самое.

(Информация с сайта АИ <http://gamblersanonymous.ru>)

4) Послелечебные программы, индивидуальная работа со специалистом.

Все услуги и программы центра анонимны и бесплатны.

Специалисты, работающие в центре, это профессиональные психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники. Стаж работы в области зависимостей не менее 5 лет. Большинство специалистов имеют собственный опыт выздоровления и специальную профессиональную подготовку.

Дополнительное обучение, связанное со спецификой работы в области зависимости от азартных игр, специалисты центра получили на семинаре Adrian Scarfe из организации «GamCare» (Великобритания), организованном Фондом «Ответственная игра».

Настоящее издание представляет собой сборник материалов, подготовленных ведущими специалистами центра реабилитации и профилактики зависимости от азартных игр, отражающих их практический опыт и видение проблем, с которыми могут столкнуться специалисты, работающие с азартными игроками. В дальнейшем мы планируем усовершенствовать настоящие разработки и материалы и подготовить более полное и цельное пособие для специалистов в данной области, но надеемся, что уже сейчас, с учетом актуальности проблемы, настоящее издание будет полезно многим нашим коллегам, работающим в области реабилитации азартных игроков.

В заключение не могу не сказать большое спасибо и выразить огромную признательность замечательному человеку и великолепному специалисту Екатерине Куликовой, которая возглавляла Фонд «Ответственная игра» с момента его создания и до осени 2007 года. Катя, спасибо за неоценимую поддержку в становлении центра на самом непростом, начальном, этапе, а главное, за Вашу искреннюю заинтересованность в успехе нашей совместной программы.

Безмерно благодарна авторам данного сборника, моим коллегам Денису Автономову, Ольге Беляевой, Роману Герасимову и Ольге Плющевой за их работу над этим изданием, тем более учитывая тот факт, что данный проект является некоммерческим, а их труд был безвозмездным. Ребята, безмерно уважаю вас, ценю и надеюсь на долгую работу с вами в одной команде. Так же хочу выразить признательность тем людям, чьи фамилии читатели не увидят среди авторов, но их вклад в эту работу нельзя не признать. Это ведущий психолог нашего центра, супер-профессионал и просто очень мудрый человек Алла Федорова, и начинающий психолог Светлана Дорофеева, на которой держится вся организационная часть работы «горячей линии» и реабилитационной программы «Вне игры».

*Лариса Гончарова
Программный директор Фонда НАН
Руководитель Центра реабилитации и профилактики
зависимости от азартных игр*

ОРГАНИЗАЦИЯ И СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ АБОНЕНТАМ «ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ» ПО ВОПРОСАМ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

О.А. Плющева

В России в последние годы игровая зависимость начала приобретать всё больший и больший масштаб. Информация обсуждается в СМИ, и увеличивается число профессиональных исследований врачей, психологов, социологов в этой области.

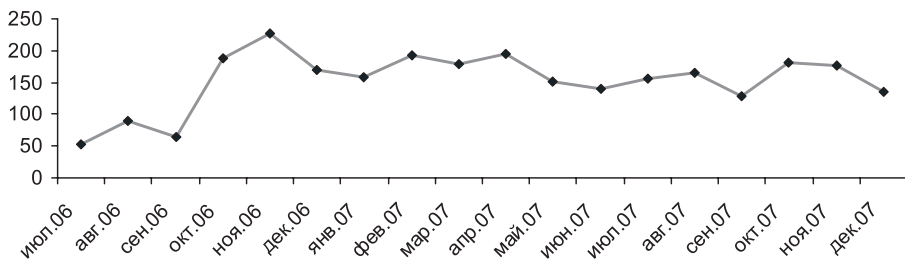
На информационно-справочной линии Фонда НАН по вопросам алкоголизма и наркомании (499)126-04-51 в последние годы также был отмечен рост звонков по данной проблематике. Это привело к появлению идеи о необходимости выделения отдельной телефонной линии для страдающих игровой зависимостью и других людей, вовлеченных в эту проблему, главным образом, родственников игроков. Идея была осуществлена в рамках совместного проекта двух общественных организаций — Фонда НАН и Фонда «Ответственная игра». 26 июня 2006 года телефон «горячей линии» 380-09-03 начал принимать звонки в режиме работы: понедельник-суббота с 10 до 22 часов.

Информация о «горячей линии» размещалась, главным образом, в Интернете, СМИ и распространялась с помощью рекламных буклетов и визиток в некоторых игорных заведениях Москвы и Нижнего Новгорода. Последнее, очевидно, давало основное количество звонков (22,28%), то есть благодаря рекламе, главным образом размещаемой в игорных заведениях, наплыв звонков быстро увеличился. Надо отметить, что размещение информации о предлагаемой помощи там, где есть игроки, оказалось наиболее эффективным (на вопрос «Как Вы о нас узнали?» абоненты чаще всего отвечали «Взял визитку в игровом зале»).

За прошедший период работы (с 26 июня 2006 года по 31 декабря 2007 года) поступило 2751 обращение (697 повторных по тем или иным вопросам), из них основные из московского региона, 60 из Нижнего Новгорода и 39 из других городов России.

«Горячая линия» довольно быстро стала набирать силу и к концу 2006 года приняла уже 792 звонка, а за 2007 год — 1959 (см. график).

Динамика поступления звонков



Наибольшее количество звонков поступает в первой половине дня (до 14 часов), как от игроков, так и от родственников (в последнее время отмечается рост числа обращений от игроков в период 14-18 часов), после 18 часов интенсивность звонков, а также в выходные и праздничные дни снижается.

Статистический анализ показывает, что из общего количества звонящих 49,9% составляют сами игроки, а 36,7% их родственники. Большинство игроков — в возрасте до 30 лет (53,9%), от 31-40 лет — 31,4%, остальные старше; из них мужчин — 84,2%.

Со слов звонящих 9,3% играют только в казино, 77,2% — только на игровых автоматах, 10,4% говорят об обоих видах игры, остальные признают карточные игры, ставки, Интернет и прочее.

Консультанты линии придерживаются в своей работе соблюдения принципов анонимности, конфиденциальности, доступности и бесплатности оказываемой помощи, принятых в содружестве служб «Телефон Доверия».

Целью работы «горячей линии» является оказание неотложной психологической, а также консультативной и информационной помощи лицам, страдающим от собственного пристрастия к азартным играм или пристрастия близких им людей.

Таким образом, работа этой линии предполагала возможность оказания не только информационно-справочной помощи, но и, при необходимости, работу с эмоциональным состоянием позвонившего, оказание ему психологической поддержки, прояснение для абонента причин его негативных переживаний, разъяснение механизма развития игрового пристрастия, или созависимости, как собственно расстройства имеющего определенную специфику (динамику, симптоматику, развитие), а также возможных вариантов помощи с приглашением на очный консультативный прием, то есть, в том числе работу с мотивированием абонента на лечение.

Задачами «горячей линии» в связи с этим являются:

- оказание психологической помощи человеку, находящемуся в остром эмоциональном состоянии, переживаемом как негативное. В случае обращения, несвязанного с профилем работы Горячей линии, после выравнивания эмоционального состояния предоставление информации и координат, по которым человек может получить необходимую ему помощь;
- выслушивание и эмпатийная поддержка абонента, с использованием инструментария телефонного консультирования, и одновременно оценка эмоционального состояния, степени зависимости и суицидального риска абонента;
- прояснение вопросов, касающихся механизмов болезни, работа с мотивацией абонента на выздоровление, личностные изменения;
- предоставление информации о возможностях получения специализированной помощи, при согласии абонента запись на очную консультацию к специалистам по оказанию помощи зависимым и созависимым людям, информирование о группах самопомощи Анонимные Игроки и группах для родственников игроков И-Анон, а также амбулаторных реабилитационных программах.

В составе команды «горячей линии» работают специалисты с разным образованием, чаще психологическим, некоторые консультанты имеют свой опыт выздоровления и специальную подготовку в школе консультантов. Многие специалисты также имеют опыт работы консультантами телефонных линий, в основном, это сотрудники информационно-справочного телефона Фонда НАН по проблемам алкоголизма и наркомании (499-126-04-51), некоторые также имеют опыт работы на телефонах экстренной психологической помощи. При этом все специалисты имеют знания и опыт работы в области проблем аддикций (что сократило необходимость в соответствующем обучении) и знакомы с особенностями оказания помощи как самим зависимым, так и их близким, так называемому «созависимому» кругу людей. Тем не менее, были дополнительно проведены учебные занятия, направленные на получение знаний по основам телефонного консультирования и навыкам работы на «горячей линии».

Все специалисты получают возможность прохождения индивидуальной и групповой супервизии, повышающей уровень профессионализма и предотвращающей синдром выгорания.

В целом профессиональные особенности личности работника «горячей линии», отвечают требованиям, предъявляемым к консультантам служб экстренной психологической помощи. А именно: эмоциональная уравновешенность, стрессоустойчивость, способность к эмпатии, самоконтролю поведения, определенная открытость, гиб-

кость установок, самопринятие, безоценочность, культура речевого общения, способность к рефлексии, стремление к самообразованию и саморазвитию, социальная информированность.

В ходе профессиональной подготовки консультанты:

- обучаются навыкам активного слушания, включающего приемы поощрения высказывания абонента, использования открытых вопросов, перефразирования, повторения, фокусирования, обобщения, отражения чувств и отношений в контексте беседы;
- получают знания об этапах ведения конструктивного диалога, заключения контракта с абонентом о предмете беседы, а также видах конфронтации, кризисной интервенции, работы с манипулирующими абонентами, абонентами, находящимися в остром эмоциональном, агрессивном состояниях, переживающих тревогу, страх, потерю и прочее;
- обучаются пониманию принципов работы механизмов психологической защиты и уловок «драматического треугольника», известного как «треугольник Карпмана», в котором консультант и абонент рискуют «застрять», меняясь ролями: Жертва, Преследователь, Спасатель. Каждая из ролей подразумевает обесценивание, пренебрежительное отношение к себе, к другому, или к способности другого принимать самостоятельные решения. Если консультант не будет внимателен, то может оказаться втянутым в ту или другую роль и «бродить» с абонентом по кругу. Цель консультанта оставаться «снаружи», не разыгрывая драмы, избегая вступления в какую-то из этих ролей.

Наиболее беспокоящими консультантов вопросами на первых этапах работы были: способы работы с агрессивными, манипулирующими, зависающими абонентами, а также абонентами, находящимися в остром, негативном эмоциональном состоянии, плачущими, переживающими кризис или проявляющими суицидальные тенденции. Эти вопросы также были темами занятий в супервизорских и учебных группах, с отработкой практических навыков.

Одной из проблем, явно проявившихся в работе «горячей линии», был перенос навыков работы с информационно-справочного телефона по проблемам алкоголизма и наркомании (499-126-04-51), где беседа с абонентом строится в довольно сжатом, узком формате. То есть консультанты часто ограничивались выдачей информации о работе центра, способах оказываемой им помощи и приглашением записаться на очную консультацию к специалисту, что, как выяснилось в ходе проведения проверки, абонентами оценивалось негативно, воспринималось ими как формальное присутствие, навязываемое приглашение на очный прием и вызывало сопротивление дальнейшему

сотрудничеству. Кроме того, при проведении ряда индивидуальных супервизий частой темой проявлялось недостаточно эффективное использование навыка отражения в процессе беседы чувств абонента и своих чувств, их конструктивное отреагирование, что, в свою очередь, чревато формированием синдрома выгорания.

Спустя некоторое время работы «горячей линии» одной из самых интересующих тем, консультантами была заявлена проблема работы с мотивацией абонентов на обращение за дальнейшей помощью, лечением и принятием решения о необходимости достижения каких-либо изменений в жизни. Для реализации этой задачи был проведен тренинг, по работе с мотивацией на выздоровление в рамках направления когнитивно-поведенческих вмешательств и техники «мотивационное интервью», адаптированный для использования в телефонном консультировании.

Кроме того, в перспективе видится необходимость уделения внимания вопросам юридического порядка, в связи с поступающими звонками от абонентов, желающих узнать тонкости своей правовой защищенности, что объясняется ростом долгов и кредитов у игроков. Может быть, консультантам, действительно, следует быть лучше «подкованными» в разговоре с подобными обращениями. Но эта задача требует еще дополнительного обсуждения.

Еще одной перспективой является изучение аспектов, касающихся компьютерной зависимости. Данная проблема, очевидно, имеет и общие для всех аддикций, в т.ч. игровой зависимости, черты, но и определенные отличия, как, например, склонность таких пациентов к аутизации, формированию «удобного» виртуального мира, нарушение коммуникации, социализации, вероятно, наличие и других преморбидных черт личности, свойственных этим людям. Еще одна специфика — тотальность компьютеризации. И для получения «дозы», таким образом, не нужно даже выходить из дома или с работы, в то время как для достижения других аддиктивных «удовольствий» нужны определенные условия: казино, магазин, торгующий винной и табачной продукцией, определенная компания людей или, наоборот, уединение. И кроме этого требует учёта возрастная специфика зависимых, т.к. часто подвергшиеся формированию компьютерной зависимости это дети и подростки. Следует отметить, что звонков, связанных с этой проблемой, пока немного, но очевидно их нарастание. Обращающиеся к нам за помощью в таких случаях являлись близкие родственники (родители, бабушки, дедушки) подростков, не видящих проблем в своем поведении, но вызывающие тревогу у окружающих.

Абонентам, звонящим по поводу своих детей (до 18 лет), даётся информация (адрес, телефон) о работе детско-подросткового реабилитационного комплекса «Квартал» Фонда НАН, имеющего штат

сотрудников (педиатров, детских психологов, социальных педагогов) и возможность оказания как стационарной, так и амбулаторной помощи.

Абонентам, звонящим из другого города, кроме всего прочего, предлагается информация о сайте анонимных игроков (<http://gamblersanonymous.ru>), так как помощь, оказываемая в нашем центре, предлагается в амбулаторном режиме, и не все иногородние имеют возможность ею воспользоваться.

Если из запроса абонента, его состояния выясняется необходимость стационарного наблюдения ему сообщается куда он может обратиться в этом случае.

Итак, после несколько беглого описания работы «горячей линии», оказывающей помощь людям, страдающим от пристрастия к азартным играм, и их близким, хочется обобщить эту информацию.

Беседуя с абонентом, консультант «горячей линии»:

1. Знакомится, устанавливает раппорт, выслушивает, помогает вербализовать эмоции, ощущения, чувства абонента, его мысли, действия.
2. Проясняет запрос звонящего, его ситуацию, сформированность проблемы (зависимости/созависимости).
3. Диагностирует состояние абонента (кризисность, экстренность психологического состояния, суицидальные тенденции, необходимость предложить обращение к стационарной помощи).
4. При необходимости работает с эмоциональным состоянием абонента, оказывает психологическую поддержку, обращается к его ресурсам, формирует, укрепляет мотивацию на выздоровление, лечение.
5. Дает информацию о возможной помощи и поддержке соответственно запросу звонящего: первично обратившегося за помощью человека, пациента переживающего или пережившего «срыв» или того, кто уже прошел курс лечения и ищет поддержки (фактически это же относится и к обращениям созависимых).

В соответствии с запросом абонента и оценкой его состояния, консультант может предложить ему посещение бесплатно и анонимно консультанта первичного приема, соответственно заявленной проблеме игромании или созависимости, дать информацию о группах самопомощи, их координатах, адресах, часах встреч и сообщить о возможности его участия в амбулаторной реабилитационной программе. Такие программы в диспансере работают: для игроков — «Вне игры» (программа начала работать в апреле 2007 года, ранее игроки проходили реабилитацию в общей группе с химически зависимыми людьми).

ми), для химически зависимых и людей с несколькими формами зависимостей — «Спасательный круг», и для страдающих от созависимых отношений — «Резонанс».

Статистические данные за период с 29.06.2006 по 31.012.2007 показывают, что из общего количества позвонивших игроков 42,0% записались на очную консультацию, из записавшихся пришли 53,3%, что составляет 22,4% от числа всех звонивших игроков. Соответственно, из позвонивших родственников и других людей, вовлеченных в проблему играющего близкого человека, на прием к специалисту по созависимости записалось 29,7%, пришло — 63,7%, что составляет 18,9% от числа всех позвонивших родственников игроков.

6. Завершает беседу, резюмируя, проговаривая достигнутое соглашение и уточняя, совпадает ли это с пониманием результатов беседы абонентом, удовлетворяет ли его этот итог. А также сообщает, в случае надобности, режим работы «горячей линии» для повторного обращения.

Следует отметить, что все же основной задачей консультанта на телефоне является приглашение к дальнейшему сотрудничеству абонента с центром, и результативный звонок, таким образом, косвенно рассматривается, исходя из того, пришел ли звонящий на очную консультацию, на которую записался по телефону. Тем не менее, это не должно становиться первичной необходимостью. Важно обращать внимание на степень готовности и «зрелости» решения самого звонящего, решение должно исходить от самого абонента, соответствовать его «этапу» понимания своей проблемы и его возможной на этот момент степени заботы о себе. В противном случае преждевременная мотивация только усилит сопротивление, и скорее абонент даже не позвонит в следующий раз. В то же время важно и не превращать телефонную беседу в вариант первичной «очной» консультации, где рапорт очевидно является более сильным, что повышает в свою очередь вероятность сформировать, укрепить мотивацию на изменения, лечение и участие в амбулаторной программе, посещение групп самопомощи АИ, И-Анон. То есть, в определенном смысле не снизить уровень тревоги до той планки, где, повесив трубку, человек скажет: «Ну что ж, не все так плохо, пожалуй, подожду еще немного». И, как известно, через довольно короткий промежуток времени вернется к своему употреблению, игре, очередному «запою». Хотя это еще открытая тема для размышлений о тонкостях дистантного консультирования.

Специалисты, работающие на телефонных линиях с азартными игроками должны не забывать ряд особенностей личности этих абонен-

тов, с чем собственно и идет работа в лечебной программе, и учитывать их в разговоре:

- страх открытия истинной глубины своей проблемы, в т.ч. суммы своих долгов, что может звучать как скрытность, являясь на деле психологической защитой — минимизацией проблемы,
- крайняя неустойчивость мотивации, что является единой чертой всех аддикций,
- эмоциональная незащищенность (компульсивный игрок чувствует эмоциональный комфорт, только играя),
- незрелость, инфантильность личности, искаженность самооценки,
- неспособность и нежелание воспринимать реальность как таковую, уход в мир фантазий, желание все приобретать без особых усилий со своей стороны,
- устойчивость иррациональных убеждений (об игре, об отношениях к ситуации, людям, о себе, о мире),
- алекситимия, неспособность к пониманию и адекватному выражению своих чувств.

Исходя из этого, консультант, как уже говорилось выше, сам должен обладать некоей устойчивостью и соответствующими качествами, навыками и быть готовым к возможности обсуждения с абонентом вопросов:

- выражения чувств и эмоций,
- снятия напряжения,
- самоконтроля,
- системы установок, ценностей,
- собственной значимости, самореализации,
- выстраивания взаимоотношений в семье.

При обращении на телефон игрока, впервые решившего обратиться за помощью, знакомство с ним и вопросы, проясняющие ситуацию и оценивающие степень вовлеченности в азартную зависимость, могут быть примерно следующими:

- О чем Вы хотите поговорить?
- Что в этой проблеме Вас больше всего беспокоит?
- Как давно Вы играете, во что? Как часто Вы играете?
- Как долго Вы можете играть за один раз, теряете ли при этом ощущение пространства и времени?
- Зарабатываете ли деньги, чтобы потратить их на игру? Проигрываете ли больше, чем наметили?

- Есть ли долги, кому, какая сумма? Продолжаете ли играть, несмотря на это?
- Как Вы себя чувствуете до, во время и после игры? Как велико желание отыграться за проигрыш?
- Думаете ли об игре дома, на работе или когда Вы один? Проявляется ли тревожное беспокойство, если нет возможности реализовать азарт?
- Что изменилось в Вашей жизни в связи с игрой? Наносит ли игра ущерб Вашим занятиям, благополучию семьи?
- Пытались ли остановиться сами? Как надолго, каким образом? Как себя чувствовали в это время? Как начали вновь играть?
- Вас посещали мысли о самоубийстве?
- Знают ли и как относятся Ваши родственники, коллеги к тому, что вы играете?
- Как Вы относитесь к своему «увлечению», а как относились к нему раньше?
- Как Вы понимаете, что это для Вас — болезнь, привычка, слабование или что-то еще? Что Вы знаете об этой проблеме, о проблемах зависимостей?
- Вы обращались к другим за помощью, лечились ли уже у специалистов? Каков был результат? И т.д.

Если на «горячую линию» обратился игрок, переживший «срыв», важными являются уже другие моменты:

- прояснить чувства, переживания игрока,
- дать возможность, помочь ему выразить их, проговорить,
- поддержать игрока («не стоит отчаиваться», «то, что Вы позвонили это уже шаг к восстановлению»),
- обратиться к ресурсам («срыв — это часть болезни, давайте используем его как Ваш опыт», «теперь Вы знаете о себе и о своей болезни больше»),
- поискать вместе, где он может прямо сейчас найти для себя поддержку, у кого.

Не стоит торопиться рассматривать причины срыва, пусть он это сделает в очной беседе со специалистом, пригласите его на ближайший прием («не стоит откладывать, Вы уже знаете, что и кто Вам помог раньше, воспользуйтесь этим сейчас»). Сообщите ему о том, где в ближайшее время проходят группы самопомощи АИ.

И, конечно, могут позвонить те, кто недавно закончил реабилитационную программу и ищет поддержки (правда, таких звонков пока практически нет). Часто это переживается как кризисный период; заканчивающие программу помощи сравнивают его с такими ощущениями: «как будто ходил на костылях или даже возили в инвалидной коляске, а теперь надо начинать ходить самому». Это тоже звонок обращения за поддержкой, но здесь важно и прояснить моменты риска, не попасть в иллюзии «полного излечения».

Итак, проясните, почему он позвонил именно сейчас, что его тревожит. Напомните, что выздоровление это процесс, требующий времени и усилий с его стороны. Проговорите с абонентом при необходимости, что может его спровоцировать на возобновление игры, каких ситуаций, мест ему стоит избегать, как себя вести в случае столкновения с ними. Обсудите способы достижения целей. Напомните о ресурсах, особенно тех, которыми он сможет воспользоваться, если срыв все же произойдет. Большинство из этих вопросов уже были проработаны им в ходе лечения, сейчас речь идет скорее об их вспоминании, закреплении. Напомните о необходимости контроля карманных денег, ограничения в их сумме. Контроле приема алкогольных напитков. Важности наблюдения за своим эмоциональным состоянием, соблюдением режима дня, отдыха, планирования списка дел и занятий на день, распределения свободного времени на хобби, интересное занятие. О выделении времени на проведение его с близкими, налаживании с ними контакта, часто разрушенного в период игры, о поиске способов конструктивного выражения чувств — «не копите свое раздражение и гнев, не доводите себя до саморазрушения».

Обобщая информацию по работе с зависимыми от азартных игр, хочется привести рекомендации для «Телефона доверия» Моховикова А.Н, которые в полной мере отвечают и принципам работы с игроками на нашей «горячей линии». «В телефонном консультировании следует уделять внимание следующим обстоятельствам.

Во-первых, очень важно выявлять степень суицидального риска абонента и обсуждать его эмоциональные переживания. Они характеризуются почти полной неосознаваемостью и никак не связываются с игровой зависимостью или саморазрушающим стилем жизни. Вместе с тем страх и отчаяние являются его постоянными спутниками, поэтому психическая боль может появиться внезапно и сделать суицидальные действия импульсивными.

Во-вторых, следует со всей серьезностью относиться к самим по себе проявлениям игровой зависимости как формам саморазрушающего поведения и способствовать возникновению этого осознания у абонента.

В-третьих, стимулируя его работу над эмоциональными переживаниями в настоящем, важно обеспечить его навыками описания (вербализации) своего состояния, обусловленного игровой зависимостью.

В-четвертых, следует принимать во внимание мощностные психологические защиты (отрицания, вытеснения, регрессии), которые, безусловно, встретятся в беседе.

В-пятых, следует подчеркивать, что возможные позитивные результаты телефонной беседы являются только началом в длительном пути совладания с игровой зависимостью и требуют от абонента дальнейших усилий и настойчивости».

Теперь о том, если звонят родственники игроков. Разговор с ними будет строиться скорее в другом ключе и касаться уже других вопросов. В беседе следует, вначале оказав ему эмоциональную поддержку и, таким образом, сформировав определенную «зону доверия», тактично, но настойчиво переводить акцент внимания с его «подопечного»-игрока (часто о своих близких, их употреблении и поведении созависимые родственники готовы разговаривать сколько угодно) на происходящее с ним самим:

— «А как эта проблема затрагивает Вас самих, Вашу семью?»,

— «Но сейчас мне позвонили Вы и мне важно в первую очередь то, что происходит с Вами, расскажите мне о себе»,

— «А как его(ее) игра отражается на Вас, как Вы себя чувствуете?».

Часто эта сторона совсем игнорируется созависимыми и приводит к нарушению его собственного здоровья и душевного равновесия, вплоть до возникновения депрессий, неврозов, соматических расстройств. Рекомендуем ему самому обратиться к специалисту, который позаботится о нем и расскажет о механизмах развития созависимых отношений (предложите записаться на прием), расскажите о групповых формах работы и поддержки для родственников (группах самопомощи И-Анон, амбулаторных реабилитационных программах). Кроме того, можно обсудить с обратившимся следующие рекомендации специалистов:

- Не спешите обвинять себя в том, что происходит с Вашими близкими и брать всю ответственность за его поступки, здоровье, долги на себя.
- Не надо отдавать его лечению все свое время и силы, но и не стоит игнорировать проблему, оставаясь в пассивной позиции по отношению к происходящему в Вашей семье.
- Не оставляйте человека без поддержки, особенно если он заявляет о ней, говорите ему о своих чувствах, о том, что Вы его по-прежнему любите и готовы помогать в прохождении им процесса лечения.

- С одной стороны не давите излишне на игрока, но и не ослабляйте контроль, заключите с ним соглашение о том, что деньги семейного бюджета в первый период выздоровления будут оставаться в Вашем распоряжении, таким образом, у игрока не будет больших сумм на руках, что снизит риск «первой ставки» и, возможно, поможет сохранить ваш бюджет.
- Старайтесь избегать скандалов и обвинений, это только усугубит ситуацию, а игрок будет «убегать» от них в казино.
- Предъявление ультиматума на лечение вряд ли поможет игроку принять ответственный выбор за выздоровление, а только еще больше усилит взаимное недоверие в семье.
- Не пытайтесь социально изолировать игрока, это может оказать лишь кратковременный эффект, а затем игра вернется в удвоенной силе.
- Проводите больше времени вместе, ищите общие интересы, налаживайте благоприятную атмосферу взаимопонимания.
- Обсуждайте с ним, в чем причина происходящего, что привело к таким последствиям и событиям в Вашей семье, что Вы замалчивали, не замечали раньше.
- Обсуждайте с близким варианты лечения, необходимость обращения к квалифицированным специалистам, узнавайте о разных способах профессиональной помощи, но оставляйте выбор и его ответственность за своё здоровье за ним.
- Заботьтесь о своем здоровье, пусть Ваше хорошее самочувствие всегда имеет для Вас первостепенное значение и остается на первом месте.

И в заключение, хочется еще раз подчеркнуть. Ведя телефонную беседу консультантам важно помнить об игре-ловушке, в которую так любят привычно вступать зависимые и созависимые люди — это «хождение» по «треугольнику Карпмана». Занимайте позицию «Взрослого», по интерпретации трансактного анализа, разделяйте свою ответственность и ответственность звонящего, не попадайте в роль Преследователя, Жертвы или Спасателя, оставайтесь самим собой.

Термины

Аддикция — (от англ. addictions — зависимость) — состояние зависимости, развивающееся в результате привыкания к чему-либо.

Алекситимия (от греч. а-частица, обозначающая отсутствие чего-либо, lexis — слово, thymos — чувство) — трудности понимания, выражения, названия и описания собственных эмоций, чувств, настроений.

Преморбид, преморбидные черты личности (от лат. prae — перед и morbus — болезнь) — состояние предшествующее и способствующее развитию болезни.

Раппорт (от франц. rapport — связь, отношение) — в широком смысле: Р. обозначает установление близких межличностных отношений, основанных на высокой степени общности мыслей, чувств, интересов, доброжелательной, дружественной атмосферы, складывающейся, в том числе, в ситуации психологического исследования, консультирования. В узком смысле: Р. обозначает связь, устанавливающуюся во время гипнотического сеанса, и характеризующуюся высокой степенью избирательности восприятия: сверхвосприимчивостью к внушениям гипнотизера и нечувствительностью к воздействиям из других источников.

Соматические расстройства (от греч. soma — тело) — расстройства, заболевания тела, организма.

Трансактный анализ — направление психологии, разработанное Э. Берном, включающее теорию эго-состояний (выделенных трех актуальных способов существования: «Взрослый», «Родитель», «Ребенок»), анализ деятельности и общения (т.е. собственно трансакций, взаимодействия эго-состояний), анализ психологический игр и анализ жизненного сценария.

Литература

1. Барчина Е.Т. Психологический анализ деятельности консультанта Телефона доверия. <http://ratepp-91.narod.ru/librare/barchina/barchina.htm>
2. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: ОЛМА-ПРЕСС Экслибрис, 2003
3. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М.: «Смысл», 2001
4. Практика телефонного консультирования: хрестоматия. Ред.-сост. Моховиков А.Н. М.: «Смысл», 2001
5. Психология. Словарь. Под общ. ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. М.: Политздат, 1990
6. Работа с переживаниями и психологическая помощь детям. Сборник статей и тезисов выступлений II Международной конференции Телефонов доверия (Москва, 25-27 октября 2007 г.). Игровая зависимость как препятствие к становлению личности, Примаков М.В. (стр. 75-79). Под общ. ред. Мариани Г.Э. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007
7. Телефон доверия. Служба экстренной психологической помощи по телефону для молодежи. Сост. РЦКСОДМ, Госкомитет РФ по молодежной политике. Саратов:2000
8. Телефон доверия Служба экстренной психологической помощи для подростков и молодежи. Сост.: Федотова О.Ю., Суховерхова З.И. М.: Институт Молодежи, 1999

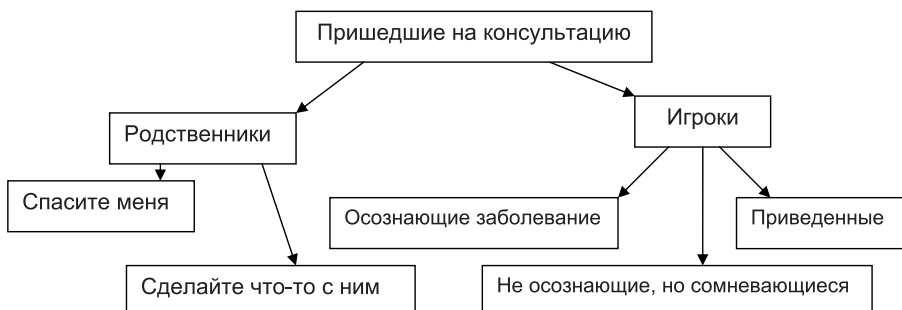
ПЕРВИЧНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

О.В. Беляева

Итак, после того как человек записался на консультацию, он приходит в назначенное время на первичный прием. Для каждого клиента назначается отдельное время. Часто бывает, что записавшийся на прием родственник игрока (например жена или мама), приходит на консультацию вместе с игроком (мужем, сыном). Даже если они являются близкими родственниками и говорят, что готовы консультироваться вместе, консультации проводятся отдельно, что позволяет добиться большей открытости и избежать межличностных конфликтов на приеме.

Первичное консультирование ведут психологи и консультанты (специалисты, имеющие собственный опыт выздоровления и профессиональную подготовку). Причем именно первичное консультирование специалистом, имеющим собственный опыт выздоровления, является приоритетным, так как установление первичного доверительного контакта в этом случае наиболее вероятно.

Итак. Все кто приходят на консультацию, так или иначе, имеют отношение к азартным играм, т.е. это либо сами игроки, либо их родственники. Стоит отметить, что обращаются за помощью в равной степени часто и те и другие, в отличие от химических видов зависимости, где в подавляющем большинстве случаев на консультацию приходят именно члены семей алкоголиков и наркоманов.



Запросы близких, как правило, соответствуют ролям в треугольнике: преследователь, жертва, спасатель.

Вопросы часто звучат следующим образом:

— «Он» такой (плохой, несчастный, больной, невыносимый и т.д.) и чтобы нам с ним сделать.

Вторая группа вопросов, которую мы условно назвали «Спасите меня» сводится к тому, что жизнь не выносима и кажется, что психолог знает какой-то секрет, благодаря которому все встанет на свои места.

И в первом и во втором случае от консультанта ждут чуда. Такая позиция во многом свойственна людям столкнувшимся с зависимостью.

В любом случае задача консультанта сводится к тому, чтобы поддержать человека и помочь осознать, что качество его жизни зависит от него самого. Кроме того, близким следует знать и помнить, что принудительного лечения не существует, да оно и не может быть эффективным.

Так или иначе, на первичной консультации до игрока или его родственника важно донести следующий объем информации:

- Зависимость это заболевание, а не слабость характера
- Тем не менее, с ним можно вести полноценную жизнь
- Для этого необходимы некоторые знания и навыки
- Желание самого игрока играет важную роль в процессе выздоровления
- Грамотное поведение близких важно при этом заболевании ничуть не меньше, чем при любом другом

Мы не будем подробно останавливаться на структуре и техниках консультирования (специальная литература сегодня представлена в достаточной степени на рынке), а в целом опишем структуру первичной консультации, отобразив основные моменты этого процесса.

Консультацию можно разделить на несколько этапов:

1) Формальная часть, знакомство. Как правило, это наиболее короткая и легкая часть консультации, но, тем не менее, очень важная, где собственно консультант выясняет некоторые анкетные данные и устанавливает начальный контакт с игроком.

2) Подробное знакомство с проблемой, сбор информации со слов игрока, выяснение уровня мотивации, прояснение запроса и причин прихода именно сейчас, предыдущего опыта его обращения за помощью к специалистам, лечения. Эта часть консультации занимает достаточно много времени и характеризуется как правило активным слушанием и уточняющими вопросами консультанта, и соответственно рассказом клиента. В зависимости от собранной информации и выво-

дов, сделанных консультантом, выстраивается дальнейшая структура разговора и расстановка акцентов.

3) Информационная часть консультации, попытка усиления уровня мотивации.

а) Донесение объективной информации об игровой зависимости — как о заболевании.

б) Исследование вместе с клиентом наличия симптомов и признаков заболевания в его истории, путем сопоставления фактов изложенных им с предоставленной информацией.

в) Информация о способах и возможностях реабилитации.

4) Прояснение состояние клиента в контексте полученной информации и его намерениях. Это часть, как итог консультации, где предоставляется выбор клиенту — принять какое-либо решение.

5) Формальное завершение.

Дополнительно нужно отметить, что в зависимости от степени мотивации игрока, временные отрезки 2, 3 и 4 этапов могут быть разными. Например, при высоком уровне мотивации (когда потери, степень страдания от игры очень высоки) 2 этап консультации, как правило, занимает больший промежуток времени по сравнению с остальными. И, наоборот, при низкой степени мотивации, увеличивается время, посвященное третьему этапу, пункту «б».

Стандартное время консультации — 45-50 минут.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

О.В. Беляева, Р.В. Герасимов

ВВЕДЕНИЕ

Последние несколько лет за психологической помощью стало обращаться все больше людей, страдающих игровой зависимостью и их близких.

Тем не менее, эта тема считается мало разработанной. Ведутся споры о том, является ли лудомания заболеванием и к какой из отраслей медицины она принадлежит, большой психиатрии (сверхценные и бредовые идеи) или наркологии (аддиктивное расстройство).

В связи с этим возникает множество разных мнений на тему лечения, реабилитации и профилактики данной проблемы. Как известно любое мнение имеет право на жизнь. А некоторые методики доказали свою эффективность на практике. Мы же, постарались взять, все самое лучшее из имеющегося опыта, и попытались объединить это в одной программе. Именно этим обуславливается наличие в программе разнообразия терапевтических подходов и методик, а именно: гештальт- подход, когнитивно-поведенческие вмешательства, психоаналитическое видение ситуации, тренинговые составляющие, личный опыт зависимости и выздоровления сотрудников программы — психологов-консультантов, опыт и идеология 12-шаговых программ анонимных сообществ.

В СМИ появляется все больше статей и передач, посвященных этой проблеме. Большинство из них посвящены описанию ситуации, признакам компульсивной игры, классификации игроков.

Существуют разные взгляды на то, по каким признакам следует классифицировать игроков. На наш взгляд, существует две основные группы игроков: это игроки, для которых игра является развлечением, приятным и не слишком дорогим (соразмерно доходам) проведением времени и проблемные игроки. Поскольку, мы занимаемся психологической реабилитацией зависимых, то по большей части сталкиваемся со второй группой. Далее под словом ИГРОКИ будет подразумеваться именно эта группа людей.

Как правило, игроки приходят на консультацию под давлением тех последствий, к которым привела их игра. Крайне редко человек решает обратиться за помощью или хотя бы получить информацию, если нет долгов или не стоит угроза потери семьи. В подавляющем большинстве случаев дела игрока пришедшего на консультацию обстоят весьма печально, это долги (кредиты в банках, частные займы и т.д.), разрушенные семьи, потерянные отношения с друзьями и близкими и пр.

Часто задается вопрос — почему же человек становится азартным игроком? Мнений очень много и большинство из них имеют под собой достаточно оснований. Складывается впечатление, что причин вызывающих игровую зависимость так же много, как и в случае с любой другой зависимостью (алкоголизм, наркомания).

Безусловно, на формирование зависимости влияют множество факторов социального, биологического, психологического и т.д. характера. С научной точки зрения понимание механизма возникновения зависимости, конечно, представляет собой весьма интересный вопрос и может играть ведущую роль в профилактической работе. Увы, для азартного игрока оказавшегося среди «обломков своей жизни» этот вопрос имеет не много пользы. Поскольку даже если удастся найти и достоверно перечислить все причины, сыгравшие роль в формировании зависимости вообще или у конкретного человека, то, к сожалению, это знание не освобождает от проблемы и актуальность вопроса, что же с этим делать дальше? не становится меньше.

Поскольку основной задачей нашей работы является помочь игроку научиться не играть, то для нас представляются важными другие вопросы. Например:

- Зачем человек играет?
- Какие из своих потребностей игрок пытается удовлетворить в игре?
- Кто на его взгляд руководит его жизнью?
- Как случилось, что в реальной жизни не осталось ничего кроме игры?
- Каким образом ему удастся выстроить свою жизнь, так что единственным комфортным местом представляется игровое заведение?
- Зачем и каким образом человеку удастся сделать себя несчастным?

В связи с этим одной из главных задач является возможность увидеть и исследовать, привычные паттерны поведения игрока с целью их изменения.

Одна из основных особенностей отличающих игроков от остальных зависимых это «жизнь в фантазийном мире». С точки зрения сторон-

него наблюдателя поражает, как человеку удается поверить в чудо, при чем это происходит молниеносно и игрок только что намеревавшийся (возможно вполне искренне) погасить часть кредита (взятого на игру) уже идет в игровое заведение в полной уверенности, что именно сегодня ему повезет, и он не только погасит все долги, но и купит новую машину (квартиру, домик в курортном городке и т.д.). И так продолжается из раза в раз, а тем временем проблемы в реальной жизни нарастают лавинообразно и чем больше проблем, тем больше игрок убежден, что игра это «единственный способ решить их». Он надеется выиграть решить финансовые проблемы, купить близким все то в чем те давно нуждаются и т.д. В конце концов, к тому времени, когда выигрыш все же случается, его не может хватить на все то что «запланировал» игрок и он продолжает игру. Рано или поздно даже игрок вынужден признать, что играет он не ради денег, а ради игры. Порой он может делать попытки бросить, но потом снова удивительным образом убедив себя, что именно сегодня... и круг повторяется.

Итак, одна из особенностей азартных игроков это жизнь в вымышленном фантазийном мире, который, безусловно, гораздо прекрасней этой «ужасной реальности».

Еще одной особенностью азартных игроков является изобретательность, с которой они находят деньги на игру, при чем суммы сильно превышают размеры долгов в случае любой другой зависимости.

В своей работе мы исходим из предположения, что игрок сталкивается с чем-то для него непереносимым, в своем внутреннем мире. При чем вне зависимости от внешних факторов, которые провоцируют это столкновение, невозможность справиться с внутренними проблемами, вызывает дискомфорт и человек начинает уходить от него в состояние азарта и мир фантазий. Игра становится для него своеобразной «анестезией от себя самого». Многие игроки отмечают ощущение «другого мира» за дверью игрового заведения, в котором есть ощущение безопасности и принятия. Фантазии и постоянная активность хороший способ не видеть и не чувствовать, ни собственных горестных переживаний, ни разрушения жизни как своей, так и близких. Кроме того, это способ очень быстро изменить свое состояние и от апатии перейти к возбуждению, от мыслей о проблемах в мир фантазий и т.д. Таким образом, можно назвать пристрастие к азартным играм своеобразным «творческим приспособлением», как к внутренней, так и к внешней реальности. Длительность периода, когда такой способ адаптации «помогает», зависит от особенностей личности игрока и часто от поведения близких. Рано, или поздно — объем неразрешенных проблем становится, настолько велик, что его невозможно не замечать и тогда человек либо ищет помощи, либо погибает.

ОПИСАНИЕ РАБОТЫ

Помощь игроку начинается с телефонного звонка на «горячую линию». Как строится работа консультанта «горячей линии» уже описано в предыдущей главе. В отличие от информационных телефонов по вопросам химической зависимости, где большинство звонков бывает от близких алкоголиков и наркоманов, по телефону «горячей линии» по проблемам игровой зависимости ((495) 380-09-03), звонят в равной мере часто, как сами игроки так, их близкие. Возможно, это связано с процессом распространения информации. Данная программа имеет возможность давать информацию о помощи для игроков непосредственно в игорных заведениях (правда, только одной определенной компании), что увеличивает процент обращений собственно самих страдающих.

После консультации по телефону, человек может записаться на очную консультацию к психологу, на которой проводится «мотивационное интервью» и предоставляется информация о способах и возможностях реабилитации, включая как профессиональную помощь, так и группы самопомощи Анонимные Игроки (АИ). Эти виды помощи взаимно дополняют друг друга. Для того чтобы присоединиться к сообществу АИ игроку нужно только его желание прекратить играть. Как все Анонимные сообщества (Алкоголики, Наркоманы и т.д.) Игроки работают руководствуясь 12 шагами и 12 традициями, третий из которых гласит, что «любой игрок может стать членом сообщества, только имея и высказывая желание не играть».

Посещение групп самопомощи настойчиво рекомендуется сотрудниками программы, поскольку это ни с чем не сравнимая для азартного игрока возможность получить поддержку людей столкнувшихся с той же проблемой, что и он сам. Кроме того, это возможность увидеть игроков, которым удается сохранять чистоту (воздерживаться от игры) в течение нескольких лет, услышать их опыт выздоровления и т.д.

Выздоровление в 12-ти шаговых программах основано на принципах духовного роста, что позволяет человеку измениться не только внешне, но и внутренне. По нашему мнению группы самопомощи один из наиболее эффективных методов помощи людям, страдающим разными видами зависимости и их близким.

ПРОГРАММА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

1. Мы признали, что мы бессильны перед игрой — наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нас к нормальной жизни и нормальному образу мыслей.

3. Приняли решение передать нашу волю и нашу жизнь на попечение этой Силе, как мы ее понимаем.
4. Провели глубокое и бесстрашное исследование самого себя с моральной и финансовой точек зрения.
5. Признали перед самими собой и перед другими людьми истинную природу наших недостатков.
6. Полностью подготовили себя, чтобы избавиться от этих недостатков.
7. Смиренно просили Бога (как мы его понимаем) освободить нас от этих недостатков.
8. Составили список людей, которым мы причинили ущерб, и преисполнились желанием возместить свою вину перед ними.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и когда допускали ошибки сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления улучшить наш осознанный контакт с Богом, как мы его понимаем, молясь лишь о знании его воли и о даровании силы ее исполнить.
12. Пытаясь всегда применять эти принципы в своей каждодневной жизни, стараемся донести наше знание до других одержимых игроков.

Тем не менее, группы самопомощи являются важной, но часто недостаточной частью выздоровления, поскольку работа по 12-ти шагам является сугубо добровольным процессом и требует очень высокой мотивации и колоссальной самодисциплины.

В связи с этим мы считаем, что реабилитационная программа, где участник берет на себя определенные обязательства, подписывая соглашение, помогает организовать себя. Кроме того, во время прохождения программы игрокам предоставляется необходимая информация о зависимости, ее возникновении и развитии. Участники имеют возможность получить собственный опыт понимания и борьбы с проявлениями заболевания, в наиболее безопасной обстановке под руководством опытных психологов.

Тренинговые составляющие программы дают возможность приобрести необходимые навыки.

Группа малочисленна (до 10 человек) и ее состав постоянен, что дает возможность создания наиболее доверительных отношений, необходимых для серьезной психологической работы.

В силу перечисленных причин мы рекомендуем участникам программы посещение групп самопомощи в свободные от занятий дни и участие в группах АИ после завершения реабилитации.

Кроме этого программа «Вне игры» охотно руководствуется многими принципами и наработками сообщества АИ, высоко оценивая важность и эффективность программы выздоровления «12 шагов». Так, например, сотрудники программы убеждены, что лечение от любого заболевания начинается с признания факта заболевания, и степени ее тяжести. На наш взгляд оптимальным для этого — является первый шаг двенадцатишаговой модели выздоровления. «Мы признали, что мы бессильны перед игрой — наша жизнь стала неуправляемой».

Также важно отметить работу по снижению финансового давления, что также является наработкой сообщества АИ.

Очевидна необходимость и таких аспектов как — добровольное желание выздоровления, анонимность, возможность бесплатной начальной реабилитации, групповая поддержка и др.

Следующий этап помощи игроку, это очная консультация, на которую он может записаться по телефону «горячей линии» (495) 380-09-03.

Далее следует реабилитационная программа с посещением групп АИ

После завершения программы, предполагается, что игрок продолжает посещать группы АИ и имеет возможность индивидуальных бесплатных консультаций у выбранного им психолога программы

В перспективе планируется открытие послелечебной программы для выпускников «Вне игры»

Таким образом, как нам кажется, человек может научиться не только выстраивать здоровые связи и разрешать конфликты, но и получать поддержку и самому ее искать

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА «ВНЕ ИГРЫ»

Если человек принимает решение пройти реабилитацию, то с ним подписывается соглашение, в котором оговорены условия, которые являются необходимыми для участия в группе, отказ от употребления ПАВ в течение прохождения программы, ограниченное число пропусков, выполнение заданий и т.д.

1) Курс программы рассчитан на два месяца.

Интенсивность курса — четыре дня в неделю (вторник, среда, пятница, суббота).

Продолжительность занятий — три часа непосредственно с участниками программы (с 20-ти минутным перерывом) плюс один методический час для психологов и консультантов (анализ, подведение итогов, разработка планов, оформление документации).

Начало занятий в 18.30

Курс предполагает 96 часов активной работы участников программы.

2) Каждое занятие проводят два специалиста.

Штат программы состоит из 5 специалистов — 2 психолога, 2 консультанта-психолога, 1 психолог-методист.

3) Процесс занятий — групповая работа.

- знакомство с философией сообщества «АИ», основные принципы и понятия духовной программы выздоровления «12 шагов», профилактика срыва, проработка рецидива (если таковой имеет место), лекционный материал по проблематике в виде мини-лекций в процессе группы, создание и укрепление мотивации на выздоровление. Снижение финансового давления.
- упражнения, тренинги, ролевые игры, направленные на создание и развитие новых навыков, способствующих к адаптации в социальной среде и в межличностных отношениях. Работа, направленная на осознание своих чувств, на осознание своих актуальных потребностей и получения нового опыта удовлетворения их, не разрушающими себя способами.
- динамика группы, групповые процессы — как материал для работы с самооценкой, тревожностью, старых стереотипов и пересмотра личностной шкалы ценностей участников группы. Работа, направленная на осознание чувств и потребностей, а также способов их удовлетворения, создание и укрепление мотивации на выздоровление.

- вторник — 1ч.20мин. — 20 минут перерыв — 1ч.20 мин.
- среда — 1ч.20мин. — 20 минут перерыв — 1ч.20 мин.
- пятница — 1ч.20мин. — 20 минут перерыв — 1ч.20 мин.
- суббота — 1ч.20мин. — 20 минут перерыв — 1ч.20 мин.

Какие теории подтверждены практикой

Реабилитационный процесс строится на нескольких основных предпосылках и принципах.

1) Осознание проблемы — первый шаг на пути выздоровления. Игрок, осознавая, что его беды — это результат хронического заболевания, ставит перед собой цель: воздержание от игры и процесс выздоровления. При этом, любая изначальная мотивация прохождения программы — это всегда шанс узнать истинные причины нахождения в ней.

2) Лечебные факторы групповой терапии.

Работа в группе позволяет создать модель родительской семьи и научиться участникам тем новым навыкам, которые ему необходимы в реальной жизни. Кроме того, поскольку любая группа является системой, то многие процессы происходят естественным образом и усваиваются довольно легко.

3) В реабилитационном процессе активно задействованы наработанные навыки участников, их азарт, спонтанность, предприимчивость и т.д. С одной стороны поддержка того, что уже есть, снижает сопротивление, а с другой дает возможность не тратить энергию на сдерживание себя, а направлять ее в «мирное русло»

Кажется важным остановиться на этих предпосылках подробнее.

1. Идея «возможности, что-то бросить и жизнь наладится», во многом утопична, поскольку ни для кого не секрет, что в природе не существует пустого пространства. И если человек отказывается от какой-либо важной для себя части, занимающей заметное пространство в жизни, душе, мыслях и т.д., то образовавшийся вакуум не позволяет человеку чувствовать себя, не только счастливым, но часто и просто удовлетворенным жизнью. Большинство алкоголиков проходивших лечение с помощью кодирования в том, или ином виде, сравнивают свое состояние с тюремным заключением, когда приходится считать дни до окончания срока заключения. Очевидно, что такое состояние никак нельзя назвать счастливым.

Зачастую, страдающие зависимостью люди, обращаются за помощью под воздействием внешних факторов, не осознавая полный спектр, своих проблем. На первичной консультации можно услышать

примерно следующее: «Жена сказала, что уйдет, если не пойду лечиться...», или «Партнеры по бизнесу поставили условия...» — т.е. если бы не это, то все у меня нормально. Поэтому, здесь появляется огромный шанс нарваться на сопротивление пациента и бесплодность попыток его сломить. Самое время для применения техники «Мотивационное интервью», которую собственно можно и нужно применять уже на первичной консультации. А, именно: избегая сопротивления, по фактам, взвесив «за» и «против», предоставив объективную информацию — дать возможность пациенту самому принимать решение о необходимости выздоровления, или принятия помощи.

Итак, после осознания необходимости прекращения игры освободившаяся энергия и силы направляются на процесс собственного выздоровления с целью восстановления жизни и возмещение ущерба нанесенного игрой, как окружающим, так и себе. Здесь нужно отметить стратегически важный момент на первом этапе. Необходимо для начала развести по разным углам «болезнь» и «личность», чтоб снизить уровень тревоги, вины и самоуничужения. Важно понимать, что самобичевание и чувство вины зачастую приводят снова в игровое заведение, или иного рода зависимости. Для избежания этого необходимо предоставить игроку, решившему остановиться, достоверную информацию, и уже потом позволить принять ограничение собственных возможностей, принять болезнь в себе, т.е. восстановить целостность личности, после некоего расщепления — на «Я» и «Я-Болезнь». (И для этой цели группа является оптимальной формой работы.)

2. Большинство зависимых людей отличаются крайней инфантильностью. И поскольку внутренние проблемы ведущие к зависимости, своими корнями уходят в детство и связаны со взаимоотношениями в родительской семье, группа воспроизводя модель «здоровой» семьи, дает возможность не только увидеть их, но и «повзрослеть», измениться и найти иные, более конструктивные формы приспособления. Есть все основания полагать, что ранний опыт родительской семьи пациента влияет на природу его опыта в групповой терапии и наполняют его энергией. И. Ялом так пишет об этом: «... Таким образом, семья преследует группу. Групповые события, братское соперничество членов группы, переживающий соперничество, терапевт-родитель и регрессивные фантазии группы, — все это погружает пациента в прошлое, к его детской жизни в семье. Он воспроизводит детские семейные сценарии в группе и, если терапия успешна, получает возможность экспериментировать с новым поведением, освободиться от замка, приковавшего его к семейной роли. Он заново переживает свое прошлое... фактически, пациент изменяет прошлое, воссоздавая его».

Основными функциями здоровой семьи является безопасность и принятие. Это относится как к родителям, так и детям. Безопасное пространство дает возможность быть собой, не опасаясь оценки, позволяя научиться чувствовать границы личности, делать собственный выбор и нести за него ответственность. Те же принципы дают возможность не подавлять, а выражать негативные переживания (страх, гнев и т.д.), адекватным способом. И это одна из важнейших задач, поскольку, не умение выражать их часто ведет к формированию и развитию аддиктивного поведения.

Кроме того, участник группы имеет возможность увидеть себя со стороны. Многие проблемы и иллюзии участников схожи и то, что очень сложно увидеть в себе, легко заметить в другом человеке, а уже после этого примерить на себя.

3. Что касается уже имеющихся навыков, то пробуждение интереса к собственной личности и выздоровлению, опираясь на азарт, спонтанность и предприимчивость дает возможность активно участвовать в групповом процессе. Это делает работу не только полезной, но и очень увлекательной как для участников, так и для ведущих.

Программа рассчитана на 2 месяца интенсивных занятий.

Тематически ее можно условно разделить на два больших блока:

«Я и болезнь»

«Я и моя Личность»

Первый блок наполнен информацией о зависимости как заболевании, ее симптомах, факторах риска, приводящих к рецидиву, способах и возможностях реабилитации.

Основной целью данного блока является осознание клиентами того факта, что зависимый человек болен хроническим прогрессирующим заболеванием и всегда будет находиться в группе риска. Это позволяет осознанно перейти от бесконечного самообвинения и чувства вины к конструктивному поиску иных форм поведения.

Мы не учим тому, КАК играть умеренно, мы можем помочь научиться, НЕ ИГРАТЬ.

В своей работе, мы исходим из того, что природа зависимости имеет био-психо-социо-духовную природу.

И так же это основные сферы жизни человека, в которых происходят разрушения приносимые болезнью.

В этом разделе преобладает информационный материал с элементами тренинга, т.к. задачей является приобретение навыков по преодолению тяги, избегание и преодоление опасных ситуаций связанных с игрой, умение отслеживать свои чувства и т.д.

Во втором блоке названном «Я и Личность» информационная составляющая касается в основном личности, ее формирования и развития, большое внимание уделяется личностным особенностям зависимых людей. Больше времени уделяется динамическим, психокоррекционным группам, во время которых участники узнают новое о себе, учатся не только отслеживать, но и выражать негативные чувства.

Динамически развитие группы можно разделить на несколько этапов.

На первом этапе основной фигурой в группе является «Болезнь». Время посвящается:

1. Пониманию и осознанию того факта, что зависимость — хроническое прогрессирующее заболевание.
2. Исследованию чувств, которые это вызывает, осознание проблем появившихся в результате прогрессирования заболевания,
3. Этапам развития болезни и увеличению количества потерь в жизни, по мере развития заболевания.
4. Кроме тех потерь, которые уже произошли в жизни, участники осознают ценность того, что осталось, но с большой вероятностью было бы утрачено в случае продолжения игры.
5. Отделению «болезни» от личности и морально нравственных аспектов связанных с поступками пациентов во время активных фаз деструктивного поведения (игры)

Известие, что зависимость является заболеванием, а не моральным уродством, в подавляющем большинстве случаев, вызывает удивление.

Осознание факта болезни, позволяет снизить у участников чувство вины, самобичевание, ощущение своей полной никчемности и безнравственности. В группе появляется много энергии для участия в исследовании и усвоения информационного материала. Лекции проходят в интерактивном режиме, часто включают элементы тренинга, и благодаря азарту игроки увлеченно изучают как себя, так и друг друга. При этом азарт, как свойственная особенность игрока, направляется и используется в мирных целях!

Пример

Игрок:

— я прямо каждый день с утра жду, когда же я пойду на группу! Мне иногда даже не терпится...

Психолог:

— на что это может быть похоже в твоей жизни еще? Когда еще у тебя бывают такие состояния?

Игрок: (немного задумавшись, с явным удивлением...)

— это похоже на ожидание игры... На предвкушение от игры... Когда знаешь, что вот тогда... я что-то получу, в чем нуждаюсь...

Психолог:

— Значит ли это, что ты ходишь сюда играть...?

Игрок:

— Нет..! Но это значит, что я здесь что-то получаю, в чем очень нуждаюсь...

Следующий этап — обучение и применение способов и навыков справляться с тягой, игровыми стимулами. Понимание недостаточности теоретических знаний и необходимость применения их на практике в реальной жизни, вызывает сопротивление. На этом этапе основная задача программы помочь участникам научиться отслеживать тягу на ранних этапах, видеть и признавать ее, найти приемлемые способы ее преодоления и применяя их справляться с основным симптомом своего заболевания.

Феномен тяги представляет собой состояние стремления к предмету зависимости (осознанно или нет). Субъективно тяга характеризуется как непреодолимое желание, влечение, необходимость удовлетворения потребности, схожее с голодом или жаждой. Следует отметить, что данная особенность присуща любому виду зависимости. Эта работа позволяет участникам понять, что наличие у них зависимости не обрекает их на неизбежное продолжение игры, а дает выбор между игрой и выздоровлением.

Тем не менее, регресс возникает, во многом из-за привычного реагирования на тяжелые ситуации, т.е. при столкновении со сложностями, хочется «перестать их видеть», уйти, убежать и т.д. Для подавляющего большинства зависимых, сам предмет зависимости, является защитой.

Механизмы психологической защиты обычно направлены на ограждение сознания человека от психотравмирующих воспоминаний и чувств, и служат сохранению личности разрушения. Однако, они же могут создавать препятствия или внутреннее сопротивление переработке проблемных переживаний личности, получению нового опыта и т.д.

Зависимый человек живет, во многом опираясь на свою болезнь. Зачастую она помогает ему во многих жизненных ситуациях: помогает снять стресс, уйти от напряжения, вызванного фрустрацией и т.д. Болезнь становится его опорой. Он строит свою жизнь, находясь в сильной зависимости от нее. Зависимому человеку, зачастую очень сложно сказать, где проявляется он сам — его личность, а где — болезнь. Такой «перепутанный» человек общается с другими людьми, испытывает негативные воздействия, и он от них защищается. Защищать ему приходится часто не столько свою личность, сколько свою болезнь, которая становится его неотъемлемой частью и часто не воспринимается как болезнь ни самим зависимым человеком, ни его окружением.

Основной особенностью использования психологических защит зависимыми людьми заключается в том, что механизмы призванные защищать личность по мере развития заболевания все больше и больше защищают болезненную систему «Личность+Зависимость».

На этом этапе лекционный материал включает в себя достаточно сложный, но очень важный материал о защитных механизмах, факторах риска и т.д., что приводит к осознанию, признанию и принятию данного факта. Это позволяет снять сопротивление в группе и дает опыт самонаблюдения и преодоления неконструктивных форм поведения.

Способность осознавать себя в настоящем времени, является одним из основных инструментов выздоровления. Благодаря осознанию, выздоровление становится личным выбором, а не магией. На каждом из этапов участники, сталкиваясь со сложностями, делают свой выбор вернуться к привычным для них способам поведения или выздороветь, сопротивляться или продолжать работу над собой.

В завершении первого блока «Я и болезнь» рассматривается тема «Этапы выздоровления», в которой описывается динамика, кризисы, сложности с которыми приходится сталкиваться подавляющему большинству зависимых в своем выздоровлении.

Связующей темой между первым и вторым блоками становится тема «Черты характера ведущие к зависимости».

Основной фигурой во втором блоке является личность каждого из участников, их взаимоотношения, как внутри группы, так и с внешним миром. Безопасность и принятие на этом этапе особенно важны, поскольку группа как искусственная модель семьи позволяет участникам не только анализировать свой прежний опыт, но и приобретать новый. В большинстве своем зависимые склонны к инфантильности, что становится одной из причин вызывающих зависимость и в группе они получают возможность, условно говоря, повзрослеть.

Осознание факта, что заболевание развивалось в течение длительного времени, позволяет игрокам понять, почему лечение не может быть таким быстрым, как хотелось бы. В тоже время знание, что изменение собственной личности это путь, направленный от игрового заведения, дает возможность выбирать между разрушительным поведением и осознанным построением собственной жизни.

После окончания программы участник имеет возможность индивидуальной работы с психологом, которого он выбирает, некоторые из выпускников программы, пользуются этой возможностью.

В перспективе кажется целесообразным создание после лечебной группы или второго уровня реабилитации, в котором интенсивность занятий снизится, но работа будет проводиться с более глубокими личностными проблемами.

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ

БОЛЕЗНЬ

1. Зависимость, как заболевание (симптомы, проявления и последствия)
2. Этапы развития зависимости (прогрессия)
3. Био-Психо-Социо-Духовная модель заболевания
4. Бессилие и Неуправляемость
5. Факторы риска
6. Инструменты выздоровления
7. Честность и осознание — как основные инструменты выздоровления

ЧУВСТВА

1. Чувства, как ориентир в пространстве (акустик)
2. Избыточные чувства, как фактор риска
3. Этапы переживания горя
4. Реальность и Иллюзии, зависимость, как способ ухода от реальности
5. Мечты, фантазии, иллюзии, магическое мышление (суеверие). Сходство и различия.
6. Факты и домыслы.

ЛИЧНОСТЬ

1. Защитные механизмы личности
2. Окно Джогарри
3. Ситуации выбора
4. Кривая контакта
5. Дерево зависимости (дефекты характера)
6. Скрытые внутренние ресурсы.

СЕМЬЯ

1. Личность и значимые другие
2. Семейные роли
3. Созависимость, как одна из форм зависимости
4. Проблемные отношения в семье, мешающие выздоравливать. Способы решения конфликтов.

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Этапы выздоровления

Этапы срыва, признаки срыва

Срыв-рецидив — как этап выздоровления.

12-ти шаговая модель выздоровления

Группы АИ, как инструмент выздоровления

ДЕНЬГИ

Что такое деньги?

Что такое финансовое давление (внешнее и внутреннее)

Способы ослабления финансового давления

ЛОЦИЯ

Что такое будущее? Мечты и планы.

Чем наполнена моя жизнь (Ценности)

Кто несет ответственность за мою жизнь? (Дорога)

Важность умения отпускать и прощаться

Письменный план выздоровления на месяц.

ЛЕКЦИИ (тезисы)

БОЛЕЗнь

Зависимость, как заболевание (симптомы, проявления и последствия)

Зависимость является хронической, неизлечимой и прогрессирующей болезнью.

Основные симптомы: ТЯГА, БЕССИЛИЕ и НЕУПРАВЛЯЕМОСТЬ.

Этапы развития зависимости (прогрессия)

- Знакомство
- Игра — Друг
- Игра источник и способ «решения» проблем
- Игра — Хозяин

БПСД

Возникновение и развитие зависимости протекает во всех сферах человеческой жизни и личности.

Био —

Медиаторы, серотонин, дофамин, норадреналин

Психо —

Самооценка, страх, нарушение способности чувствовать

Социо —
Формирование психологических особенностей в родительской семье. Наличие предмета зависимости
Духовная -
Нарушение способности сознательного выбора, изменение системы ценностей

Бессилие и Неуправляемость

Бессилие до употребления. Ситуации бессилия которые не вызывают дискомфорта (зима-лето, день-ночь и т.д.) Умение принять собственное бессилие, как залог успешного приспособления к реальности. Бессилие ни как бездействие, а как признание факта, что нечто многократно сильнее меня и разрушительно для моей жизни.

Неуправляемость после. Невозможность управлять своими действиями в процессе игры, а так же собственной жизнью в целом. Она подстраивается под игру.

Факторы риска

Внешние: игровые заведения, СМИ, реклама, деньги, свободное время,

Внутренние: Тяга, которая может появиться как симптом, без внешних провоцирующих факторов. И тогда человек начинает замечать внешние факторы. Возможен и обратный процесс, когда внешний фактор провоцирует тягу.

Их взаимосвязь, взаимное усиление и провоцирование

Инструменты выздоровления

Внешние: группы АИ, телефонная терапия, психотерапия, Литература АИ.

Внутренние: Честность, Осознание. Мужество быть честным перед самим собой, чтобы осознавать свои чувства, желания, мотивы, качества

Честность и осознание — как основные внутренние инструменты выздоровления

Основное условие, необходимое для выздоровления, это честность человека перед самим собой. Дело в том, что желание приукрасить сложившуюся ситуацию или собственное состояние свойственно большинству людей, но для зависимых пребывание в мире иллюзий становится смертельно опасным. Именно из-за неумения или нежелания отдавать себе отчет в том, что происходит человек, оказывается в игровом заведении и потом не может вспомнить, как это произошло...

ЧУВСТВА

Чувства, как ориентир в пространстве (акустик)

Чувства и зачем они нужны? Индикатор, навигационный прибор для ориентации в жизни.

Модерация «Чувства ДРУЗЬЯ или ВРАГИ?» «Зачем они нужны?»

Жизнь многих людей связана с тем, чтобы научиться не чувствовать. Каким образом я могу захотеть что-то менять, если единственное определение моего состояния это нормально? Если я не отдаю себе отчета в том КАК мне сейчас?

Это можно сравнить с Кораблем, у которого сломаны все навигационные приборы. Ночь без звезд и как ориентироваться непонятно. Время от времени появляется патрульный корабль, который говорит о том, что мы попали не туда. (Чаще патруль вражеский.) Иногда может указать направление, куда нужно плыть, но нам туда не хочется. Порой даже кажется, что мы там уже были и от этого не хочется еще больше.

Один из таких навигационных приборов это ЧУВСТВА.

Индикатор «ЖИВ ЛИ Я» «КАК МНЕ?» «КТО Я?»

Про Чувства Пламенная речь:

Мы считаем, что основа психокоррекционной работы — это работа с ЧУВСТВАМИ.

ПОЧЕМУ

Потому что правила дисфункциональных отношений (НЕ говори, Не чувствуй, Не доверяй) и это то, что очень хорошо умеют зависимые и единственная возможность помочь им это научиться чувствовать, говорить и доверять.

Избыточные чувства, как фактор риска

Этапы переживания горя

- Отрицание
- Гнев
- Торг
- Скорбь
- Принятие
- Появление нового

Зависимость, как способ ухода от реальности

Если же человек отказывается от поиска решения, то вещество часто становится утешением и возможностью не думать о своей слабости или вовсе не видеть ее. Таким образом, появляется весьма соблазнительная возможность пребывать в «блаженном неведении» своих недостатков и проблем, теша себя иллюзией «Со мной все хорошо». Это является одной из причин, по которым попытки воздействия пу-

тем убеждения и разумных доводов не встречают понимания, а зачастую вызывают агрессию. С другой стороны снятие фрустрации путем употребления химических веществ позволяет избежать дальнейшего развития навыков.

Существует точка зрения, что наркомания формируется у лиц с нарушенным равновесием между потребностями и возможностями, т.е. с неадекватной самооценкой. Психическая зависимость при этом определяется как состояние, при котором наркотик вызывает чувство удовлетворенности, психического равновесия, душевного прояснения, повышает трудоспособность, дает эмоциональную живость и освобождает от страданий

Можно предположить, что стремление к приему наркотических веществ является способом психологической защиты личности, своего рода разрешением внутриличностных и межличностных конфликтов, что в свою очередь позволяет человеку не искать никаких других форм выхода из кризиса и стресса. Вещество становится универсальным средством анестезии и защиты. В результате возникает специфическая система «Человек-болезнь». Между тем болезнь становится преградой между Личностью и реальностью. Искажается восприятие реальности как внешней так внутренней. В зависимости от возраста индивида и степени зрелости личности на момент появления болезненной структуры зависит дальнейшее развитие, как заболевания, так и возможного лечения-реабилитации.

Мечты, фантазии, иллюзии, магическое мышление (суеверие)

Сходство и различия

Одной из характерных черт игрока является пребывание в многочисленных иллюзиях о происходящей вокруг реальности. Иллюзии, магическое мышление и т.д. мешает трезво оценить ситуацию и начать конструктивно мыслить.

Классический пример:

Если мы нарисуем человека с деньгами в руках, идущего в игровое заведение, то реальность такова: человек идет и несет деньги в развлекательное заведение.

Игрок же находится в другой реальности — он идет за деньгами. Так как он руководствуется не реальностью, а своими мечтами и фантазиями о выигрыше и перспективах от этого.

Факты и домыслы

Факт — опыт, подтвержденный собственной жизнью.

Домысел — отношение к событию, основанный на собственных представлениях об этом событии.

Часто домыслы используются для катастрофизации мыслей, что дает возможность зависимому человеку удерживать себя в стороне от реальности и испытывать чувства подчас сильно негативные, но знакомые и привычные, тем самым, снижая тревогу по поводу «здесь и сейчас».

Признание факта, напротив, дает возможность адекватно оценить ситуацию и принять решение, соответствующее реальности и сделать собственный выбор. На этом построена модель личностного развития человека. Но для зависимого человека постоянно меняющаяся реальность несет не динамику развития, а усиливающуюся тревогу, т. к. признание факта ставит человека перед очевидным выбором и несет в себе концентрацию невыраженных чувств, с которыми человек не готов столкнуться в данный момент собственной жизни. И, замыкая порочный круг, зависимый делает очередной выбор в пользу домысла.

Одной из целей программы «Вне игры» является возможность научить наших пациентов контакту с реальностью, т. е. осознанию себя «здесь и сейчас» и в связи с этим умение выдерживать сопутствующее этому внутреннее напряжение различными способами (самоанализ, отслеживание дыхания, позитивные установки и т.д.)

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Этапы выздоровления

Выздоровление — это процесс. Поскольку развитие заболевания проходило не один день, то странно было бы предположить, что излечиться или добиться устойчивой ремиссии можно за короткое время. Кроме того, т.к. зависимость — заболевание хроническое, то риск срыва остается всегда. Но если рассматривать выздоровление как процесс состоящий из определенных действий направленных на поддержание ремиссии, то ее длительность может оставаться сколь угодно долго.

- Удаление от игры
- Приоритет в выздоровлении
- Решение внешних проблем (семейные, финансовые)
- Духовный рост, самореализация

Этапы срыва, признаки срыва

Может показаться, что срыв это одномоментное событие, но это не так. Мы уверены в том, что это процесс, то есть ряд действий, поступков, или отсутствие их, которые так или иначе приближают человека к возможности вновь начать играть.

Как и процесс выздоровления, срыв имеет несколько этапов:

- Успокоение, потеря бдительности, забывает, что выздоровление это процесс (я — здоров, со мной этого никогда не случится и т.д.)

- Перестает прикладывать усилия для поддержания своего выздоровления
- Нарушает границы (посещает игровые заведения, утаивает доходы, имеет наличных денег больше чем необходимо и т.д.)
- Собственно игра

Срыв-рецидив — как этап выздоровления

Важно отметить, что мы склонны считать срыв не как отрицательный результат или неудачу реабилитации игрока, а как один из этапов его личного пути выздоровления. Важно проанализировать срыв, понять, что было не сделано во избежание его и что сделано для возврата к игре, чтобы использовать этот опыт в будущем.

Учитывая, что зависимость — хроническое и рецидивное заболевание, необходимо в случае срыва поддержать волю к выздоровлению, веру в возможность восстановления, проработать чувство вины и рассмотреть зоны ответственности. «Игрок не виноват, что болен, но несет ответственность за свое выздоровление»

12-ти шаговая модель выздоровления

Группы АИ, как инструмент выздоровления.

«АНОНИМНЫЕ ИГРОКИ — это сообщество мужчин и женщин, которые делятся своим опытом, силой и надеждой друг с другом с тем, чтобы решать их общие проблемы и помогать другим, избавляться от проблемы азартных игр»

«12 шагов» — долговременная программа личностного роста, основанная на духовных принципах человечества в целом. Это программа самопомощи в возможности поддержания ремиссии. Основные терапевтические факторы позволяющие добиться результата:

- Безопасная обстановка.
- Принадлежность к группе, возможность не быть одиноким со своей проблемой.
- Получение поддержки от таких же выздоравливающих игроков как сам.
- Приобретение знаний и навыков основанных на многолетнем опыте выздоровления других азартных игроков.
- Укрепление веры в возможность выздоровления за счет знакомства с игроками, имеющими многолетний срок ремиссии.

Группы самопомощи являются наиболее доступной формой психологической помощи и личностного развития на протяжении всей жизни зависимого человека.

Если программу «Вне игры» можно сравнить, образно говоря, с «реанимацией» или «скорой помощью», то группы АИ с «курсом поддерживающей терапии» необходимой хронически больному человеку.

ЛИЧНОСТЬ

Окно Джогарри

Слепое пятно

Арена

Тайна

Фантазии — Домыслы

«АРЕНА» «Я знаю» «Ты знаешь»	СЛЕПОЕ ПЯТНО» «Я НЕ знаю — Ты знаешь»
«ТАЙНА» «Я знаю — Ты не знаешь»	«БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ» «Я не знаю — Ты не знаешь»

Ситуации выбора

Принятие ответственности. «Отказ от выбора — тоже выбор»

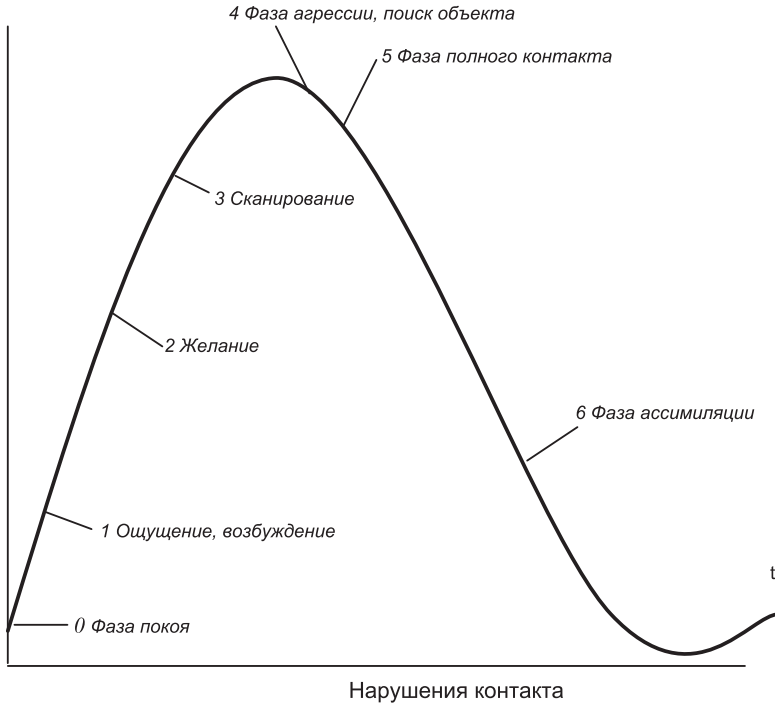
Представим себе, что человек стоит перед сложной для него задачей или ситуацией, у него есть выбор: делать что-то неизвестное и часто пугающее или отказаться. Таких ситуаций, субъективно значимых и пугающих, в жизни любого человека — множество. В них всегда есть как минимум два варианта поведения: он может принять вызов, сделать усилие над собой, рискнуть, а может попытаться избежать трудностей, уклониться, «плюнуть на проблему» и уйти в сторону. Эти стратегии поведения мы называем, соответственно, Совладание и Избегание, и человек осознанно или бессознательно выбирает одну из них.

Давайте проследим, что произойдет после выбора первой стратегии — совладания. Итак, человек принимает вызов и борется с препятствием. Он либо преодолевает его, либо нет, но в любом случае имеется результат — информация о себе и своих возможностях (что он может, а в чем надо учиться, тренироваться), о том, как поступать, а как не стоит и т.д. Иногда полученный жизненный опыт осознается, иногда нет, но неизбежно он влияет на самооценку и представления о мире, и делает их более реалистичными. Даже умение признать свою слабость говорит о сильной стороне личности человека, такой человек умеет проигрывать: из этой ситуации тоже можно приобрести положительный жизненный опыт. У человека появляется уверенность в себе, и это то, что дает указанный выбор.

Теперь исследуем движение по второму пути, по пути избегания. Итак, наш герой отказался от борьбы, осознанно или нет — сдался. Но все равно приходится мучительно переживать собственную слабость, осознавать, что не можешь совладать с собой и препятствиями. Это просто невыносимо для подростка, и на помощь приходят защитные механизмы в виде банальных оправданий. Те, кто общается с детьми, слышат их постоянно: «Сейчас не могу, сделаю потом», «Ой, голова болит», «Мне это не пригодится» и т.д. Суть всех этих оправданий сводится к следующей формуле — уверенное: «Я могу! НО ...» (здесь приводится некое обстоятельство, полностью снимающее ответственность за бегство от проблем с самого человека). Такая форма защиты сглаживает чувство собственной слабости, но результата, знаний и опыта не прибавляет. Соответственно нет уверенности, которая возникает у человека, не пасующего перед трудностями. Что же возникает на их месте? Возникает искаженная самооценка: на поверхностном уровне декларируется, что «все у меня замечательно», и при этом внутри, неминуемо — большие сомнения, что это действительно так, ведь, сколько себя не убеждай, а реальных фактов нет — опереться не на что. И вот появляется полуосознаваемый страх: страх поражения. Таким образом, пройдя по пути избегания, кроме тревоги человек ничего не получает.

Давайте представим, что наши герои снова подходят к точке выбора, только у одного внутри уверенность, а у другого страх — страх, что если решусь, приму вызов — могу проиграть, тогда придется признать, что я не такой замечательный, как себя убеждал, а еще страшнее, что об этом узнают окружающие. И уже как-то само собой приходит новое оправдание, и нижний путь превращается в круг. Круг, из которого тем сложнее выбраться, чем чаще по нему ходишь. Круг, ослабляющий волю.

Кривая контакта



1. Слияние, растворение. Нарушение на фазе возбуждения. Момент возникновения границ. Если я не могу понять, где мои границы. Ребенок, который пришел в детсад и не понимает когда ему холодно, когда жарко. Всегда это знала мама. Он чувствует дискомфорт, но не понимает почему.

2. Прерывание контакта на фазе желания. Для ребенка становится важнее соответствовать желаниям других людей, чем своим собственным.

3. Нарушение на фазе сканирования. Вместо реальности человек видит свой прошлый опыт. Мальчики дергали за косички, значит всегда меня мальчики будут обижать. Возможный вариант развития того же, отношение ко всем мальчикам как к обидчикам. Мужики — козлы. Превентивный удар.

4. Нарушение на фазе агрессии. Если ребенку всегда говорят не кричи и он направляет свое напряжение внутрь, то может начать болеть горло.

5. Нарушение на фазе самого контакта. Нет доверия, большой контроль.

Дерево зависимости

Черты характера, ведущие к зависимости, как они формируются. Неудовлетворенные потребности, как один из способов их формирования. Идеализм, перфекционизм, гиперчувствительность.

СЕМЬЯ

Семейные роли

Группа строится на принципе: ГОВОРИ, ЧУВСТВУЙ, ДОВЕРЯЙ, что так же способствует приобретению нового опыта, т.к. большинство зависимых живут по обратному принципу: НЕ говори, НЕ чувствуй, НЕ доверяй.

- Герой
- Козел отпущения
- Шут
- Потерянный

Созависимость, как одна из форм зависимости

ПО большому счету не суть важно, ЧТО лишает человека способности жить своей жизнью. Наркотик, алкоголь, игра или другой человек. Созависимость — это ситуация, когда предметом зависимости (наркотиком) становятся другие люди, отношения с ними.

Проблемные отношения в семье, мешающие выздоравливать Способы решения конфликтов

Семья — система. Изменения одного заставляет всю систему искать иные формы взаимодействия, но если система слишком неподвижна, то привычные формы отношений подталкивают изменившиеся вернуться к старым способам взаимодействия и как следствие прерывание ремиссии.

ДЕНЬГИ

Что такое деньги?

Деньги сами по себе не представляют ценности. Они становятся важны и необходимы как эквивалент чего-то (комфорта, безопасности, значимости, успешности и т.д.). Как правило, сами игроки считают, что деньги являются основным стимулом для участия и продолжения игры. На вопрос «Так все же зачем вы ходите играть?» практически 100% игроков отвечают «Выиграть!», «За деньгами!».

Однако факты говорят совершенно о другом. Долги растут. Игроки сами признают, что на выигранные деньги практически ничего не приобретается. Выигрыш возможен, но он всего лишь обеспечивает

продолжение игры. Жалко потратить на себя 100 рублей, но не жалко проиграть 50 тысяч.

Итак, игрок говорит себе что продолжает игру ради денег, но приводя вышеперечисленные факты мы можем показать что на самом деле деньги перестают иметь ценность и тратятся на получение очередной «дозы удовольствия».

Что такое финансовое давление (внешнее и внутреннее)

Финансовые проблемы это то, что наиболее часто становится причиной обращения за помощью, но в то же время груз долгов и давление кредиторов, как правило, подталкивает к возобновлению игры. Поэтому для успешного выздоровления необходимо уделить особое внимание созданию полной и объективной картины финансовой ситуации, для разработки реального плана ее разрешения.

Главная задача этой работы — помочь игроку и его семье вести полноценную, открытую жизнь, при этом погашая финансовые задолженности.

Под «финансовым давлением» мы понимаем постоянный прессинг со стороны кредиторов (организаций, частных лиц, криминальных структур), а так же внутренний дискомфорт, вызываемый неуверенностью, чувством вины за прошлое и страхом за будущее.

Эта работа проделанная Вами позволит:

1. Увидеть реальные факты, без домыслов и кошмаров.
2. Спокойно и открыто жить, не скрываясь от людей (не вздрагивать от каждого телефонного звонка и не тратить массу сил на выдумывание все новых оправданий).
3. Прямо смотреть людям в глаза.
4. Рассчитать и распределить свои силы и возможности для решения своих финансовых проблем

Снижение финансового давления является частью выздоровления, поскольку помогает обрести душевный покой и не отвлекаться на неконструктивную тревогу и страхи.

Существует два вида финансового давления: внутреннее и внешнее.

Внутреннее — это стыд вина страх и т.д.

Внешнее — давление со стороны кредиторов, упреки родных, потеря друзей и т.д.

Способы ослабления финансового давления

Для начала Вам потребуется честность и мужество, чтобы составить полный список своих долгов и кредиторов. Затем распределить их по степени значимости, в следующей последовательности: угроза

жизни, уголовная ответственность, долги по кредитам, долги родственникам и друзьям, долги другим людям.

После этого следует с помощью таблиц, приведенных ниже рассчитать бюджет и план выплат по задолженностям.

Вам необходимо будет связаться со всеми своими кредиторами, начиная с наиболее значимых и включая тех, от кого вы ранее скрывались, чтобы сообщить, о том, что:

1. Я не скрываюсь и помню о своем долге.
2. Я готов и преисполнен желанием его погасить.
3. Я не могу выполнить ранее оговоренные условия.
4. Я готов договориться о встрече для обсуждения предоставляемого плана выплат.

Важным условием, при разговоре с кредиторами, является необходимость быть честным и не прятаться за новую ложь.

Как показывает опыт членов сообщества Анонимных Игроков, в подавляющем большинстве случаев кредиторы с пониманием относятся к искреннему и честному желанию решить проблему и готовы пойти навстречу, приняв приемлемый для обеих сторон план погашения задолженности.

Очень важным условием для выполнения этой работы и создания безопасной обстановки является наличие доверенного лица (для исключения возможности единоличного распоряжения ценностями, недвижимостью, банковскими счетами и др.). Это может быть кто-то из близких родственников, друзей или членов сообщества АИ. Так же его задачей будет помощь в составлении бюджета, контроле за производимыми выплатами и управление Вашими финансами.

ЛОЦИЯ

Это последний этап реабилитационной программы, где внимание направлено на разработку плана дальнейших действий игрока для поддержания ремиссии и развития своей личности. Это также своеобразное подведение итогов по накопленному опыту за период прохождения реабилитации. На этом этапе участнику нужно разобраться и ответить на следующие вопросы:

Что такое будущее? Мечты и планы.

Чем наполнена моя жизнь (Ценности).

Кто несет ответственность за мою жизнь?

Важность умения отпускать и прощаться.

Письменный план выздоровления на месяц.

План действий в потенциально-опасных ситуациях сопряженных с игрой.

План действий в случае срыва.

Группа — что, почему, как?

Мини лекция «Группа — что, почему, как?».

Цель группы принести пользу ее участникам.

Группа — это экспериментальная лаборатория в которой отыгрываются и воспроизводятся все актуальные конфликты и значимые взаимоотношения участников.

В группе все начинают на равных.

Присутствие других — реальность, которую нельзя избежать.

Каждый ответственен за ту позицию в группе, которую выбрал для себя (как в жизни).

Возможности, которые предоставляет группа:

1. Открытие ранее не известных сторон себя
2. Возможность открыто говорить о своих проблемах и трудностях
3. Возможность получить честную «обратную связь»
4. Возможность выразить свои чувства и увидеть, что это не привело к катастрофе
5. Обретение доверия к другим людям
6. Готовность просить, принимать, и оказывать помощь
7. Возможность ощутить себя полезным другим

У группы множество глаз. Можно не рассказывать о проблемах, которые привели в группу. Скоро они проявятся во взаимоотношениях с другими.

В группе участник может узнать, как его поведение видят другие.

В группе участник узнает, какие он вызывает в других чувства.

В группе участник узнает, как его поведение формирует к нему отношение других.

В группе участник узнает, как его поведение влияет на его собственное представление о себе.

Если участник сможет принять ответственность за свое функционирование в группе, то эта способность может быть транслирована на другие сферы жизни.

Избегание ответственности не способствует психическому здоровью, так как безопасность всегда приобретается за счет роста.

Программа и ее тематический план, конечно, не может вместить в себя то многообразие проблемных тем каждого игрока, возникающих в процессе реабилитации, но это не является поводом и препятствием к рассмотрению некоторых тем не включенных в основной план. Зачастую возникают темы, которые требуют неотложного обсуждения и готовности самих специалистов встретиться с ними. (Такие как: тема смерти, потеря близких, ВИЧ-инфекция, гепатит и пути их передачи, мужские-женские отношения, одиночество и др.) Поэтому уровень специалистов работающих в подобной программе должен быть достаточно высок.

УПРАЖНЕНИЯ

Динамические

«Я и Болезнь» «Мое взаимодействие с болезнью»

Цель: Отделение болезни от личности. Исследование взаимоотношений личности с болезнью. Активизировать скрытые отношения с болезнью для анализа и коррекции.

Задание: В парах один из участников играет роль «Болезни», второй «Личности».

Задача «Личности» пройти определенный маршрут. Задача «Болезни» пользуясь разными способами не позволить это сделать. Потом участники меняются ролями.

В обсуждении:

В какой роли было легче?

Что вызвало трудности?

«Мои умения»

Цель: Повышение и поддержка позитивной энергии. Повышение самооценки. Поиск внутренних ресурсов в способности видеть и говорить о себе в позитивном ключе.

Задание: Каждый из участников пишет на листе бумаги то, что он умеет делать ХОРОШО. Затем по очереди зачитывает вслух, глядя в глаза остальным.

Какие чувства были во время чтения и прямого взгляда на других участников?

Что было наиболее сложным?

«Ценности»

Цель: Это упражнение позволяет осознать и почувствовать иерархию своих ценностей. А так же дает возможность пересмотреть их.

Задание: Упражнение выполняется под медитативную музыку. Провоцирует возникновение глубоких переживаний, поэтому обстановка в группе должна быть предельно безопасной. Большую роль играют интонации ведущего, паузы и собственно текст. Очень важно предупредить участников группы о том, чтобы в списке ценностей не было живых людей и животных

Перед проведением упражнения, ведущим следует провести его между собой, для осознания понимания глубины возможно переживаемых чувств, возникающих во время упражнения.

Пример текста ведущего:

Сейчас нам предстоит путешествие, оно будет сложное, но возможно в результате этого путешествия вы сможете узнать что-то новое о себе.

Итак. Напишите 5 самых ценных ценностей своей жизни, то на чем держится Ваше личное мироздание.

Положите их таким образом, чтобы самая ценная ценность была в самом низу, а сверху оказалась наименьшая из ценностей.

Постарайтесь не отвлекаться на разговор и внимательно прислушаться к себе во время упражнения

Сейчас вы держите в руках 5 самых ценных ценностей своей жизни, то на чем держится ваше личное мироздание, то без чего кажется, невозможно существовать

Но иногда в жизни случаются события, которые отнимают у нас то, что для нас очень важно. Представьте, что сейчас произошло такое событие, и первая ценность ушла из вашей жизни

Не успели вы свыкнуться с потерей, как следующее событие отнимает у вас еще одну ценность

Часто беда не приходит одна, и следующая ценность оставляет вас. Отложите ее в сторону. Почувствуйте, что с вами происходит. Посмотрите на то, что осталось, изменилась ли их ценность, вес.

В жизни часто бывает, так что трагедии следуют одна за другой. И снова происходит НЕЧТО и отнимает у вас следующую, четвертую ценность

Теперь в ваших руках самая последняя самая ценная ценность, рок неумолим и очередное страшное событие отнимает у вас и это самую последнюю ценность

Но жизнь полосатая и вот в вашей жизни произошло событие, которое позволило вам, верну одну из утраченных ценностей или приобрести новую. Подумайте, что это будет, не торопитесь.

«Место, где хорошо»

Цель: Исследование потребностей участников. Исследование взаимосвязи потребностей с удовлетворением их в игровых заведениях. Осознание конструктивных форм и способов удовлетворения потребностей.

Задание: Медитативная техника, тест-провокация.

Задача: путем описания безопасного комфортного местонахождения, вызвать ассоциативно-визуальный ряд. Описание, приближено к комфортным и соблазнительным условиям игровых заведений (в чем и состоит провокация). Это позволяет осознать, какие потребности игрок пытается удовлетворить, посещая эти заведения и найти возможность удовлетворения этих потребностей в реальной жизни.

Пример текста ведущего:

Закройте глаза, расслабьтесь

Попробуйте отключить посторонние мысли и настройтесь на голос ведущего, который будет Вас сопровождать в некое путешествие...

Представьте, что Вы находитесь ТАМ, ГДЕ Вам

Все знакомо

Вокруг Вас знакомая обстановка

Привычные звуки

Вас здесь знают и ждут

Вам всегда рады

В этом месте, Вы можете быть кем угодно и каким угодно

Вам не нужно думать о проблемах и заботах

Вам здесь интересно

Здесь можно забыть о времени

Возможно, о Вас позаботятся, даже если Вы не просите об этом

ОСМОТРИТЕСЬ

Поймите ГДЕ Вы находитесь

Есть ли вокруг Вас люди

Как долго Вам хочется оставаться здесь

ЗАЧЕМ Вы здесь?

Но время пребывания подходит к концу, Вам нужно возвращаться в круг

Попрощайтесь с этим местом

Хочется ли Вам еще вернуться сюда?

Итак, возвращайтесь в круг, открывайте глаза

Вопросы:

— Что это за место?

— Есть ли такое место в реальности?

— **ЗАЧЕМ** Вы там были?

— Поняли ли Вы, в чем нуждаетесь?

— Можно ли эти потребности реализовать в группе? Если **ДА**, то каким образом?

— Хочется ли сделать что-то прямо сейчас?

«Встать спина к спине»

Цель: Универсальное упражнение для активизации личностных особенностей участников, при взаимодействии друг с другом в трудных условиях.

Задание: В парах, сесть на пол, опираясь на спину партнера. Затем встать, без помощи рук, только опираясь на партнера.

Позволяет увидеть способы взаимодействия с партнером. Повторение упражнения с разными участниками позволит почувствовать различия и степень комфорта между разными участниками.

«Продавец дождя»

Цель: Исследование участниками такого феномена, как «сопротивление». Возможность увидеть и осознать свое и чужое сопротивление чему-либо (например, выздоровлению). А, так же, в этом упражнении можно продемонстрировать: как предубежденность, заранее принятое решение (без исследования) не позволяет слышать аргументы и видеть возможную пользу предлагаемого.

Задание: В парах, в кругу разыгрывается следующее: один продавец, второй покупатель. Продавец должен уговорить покупателя что-то купить. На первом этапе покупателю дается установка ни в коем случае не соглашаться. На втором этапе установка снимается.

«Знакомство»

Цель: Знакомство, самораскрытие.

Задание: В парах рассказать друг другу по следующему плану:

Кто Я?

Какой Я?

Что Я люблю?

Что Я не люблю?

В каждом определении должно быть не менее 5 вариантов.

Я- женщина...

Я — красивая....

Последним пунктом нужно закончить фразу начинающуюся словами:

Мне кажется, ты думаешь, что я... (умная, глупая и т.д.)

Это должна быть какая-то собственная фантазия о мыслях другого человека.

Собеседник, если хочет, отвечает, т.е. соглашается, или опровергает предположение.

Обсуждение в круге. Примерные вопросы:

Что было сложней всего?

Что легче?

Хочется ли получить ответ если он не получен по каким-то причинам?

«Болезнь — сумка»

Цель: Осознание возможности конструктивного сосуществования с болезнью внутри себя и на принятие ее.

Задание: Вначале занятия в центр круга кладутся сумки с длинными ручками наполненные книгами, бумагой, умеренно тяжелые.

Инструкция:

Сегодня мы хотим вам предложить один эксперимент...

Выберите каждый себе сумку. Разберите их.

Ваша задача не расставаться с этой сумкой до разрешения. Вы можете исследовать что внутри, можете там что-то переключать и модифицировать, но вы не можете отложить, поставить на пол или передать кому-то. Каждый держит свою сумку на себе.

Если она по каким-то причинам оказывается без вас — на полу, например, то вы садитесь на пол, спиной в круг, на 15 минут.

В конце занятия проводится аналогия с болезнью.

С ней нельзя расстаться.

К ней можно приспособиться.

Если о ней забыть, она может упасть.

Если узнать что внутри, это можно положить удобней и наоборот.

Любопытно, что участники находят способы помогать друг другу, не нарушая правил.

Например, помочь одеться, поддержать куртку, когда идут на перерыв, и в этом много схожести с группами самопомощи.

«Шел, яблоко нашел».

Цель: Разрядка. Запуск механизмов самоанализа. Проективный материал для работы в группе.

Задание: Ведущий предлагает вводные ситуации, участники решают, как они поступают в этих ситуациях и записывают на листке бумаги.

Упражнение, является проективным тестом, в конце которого ведущий дает ключ, а участники могут сами интерпретировать свои ответы.

Примерный текст ведущего:

Вы идете по дороге и вам на пути встречаются разные предметы:

Яблоко

Ключ (от замка)

Кувшин

Лошадь

Море

Стена

Медведь

Значение:

Яблоко — отношения с противоположным полом.

Ключ (от замка) — отношение к деньгам.

Кувшин — отношение к собственной душе.

Лошадь — отношения с друзьями.

Море — отношение к жизни.

Стена — как человек обходится с жизненными трудностями и препятствиями.

Медведь — отношение к болезням.

Как в любой проективной методике нет нормы, любой из участников может принять интерпретацию или нет.

Рисуночные

«Где живут чувства?» «Акустик»

Цель: Развитие навыков осознания своих чувств. Доступно изложить — важность умения ориентироваться в своих чувствах.

Задание: Человечки. Мир наших чувств.

Человечек — список чувств:

злость, восторг, тревога, грусть, одиночество, досада, уверенность, страх, радость, тоска, торжество, паника, горе, удовлетворение, ликование, счастье.

— Есть ли какое-нибудь чувство, которое вы испытываете чаще всего?

— Есть ли чувство, которое для вас кажется незнакомым?

— Возможно, есть чувство, которое не было названо, но для вас оно очень важно. Вы можете отметить его на своем человечке.

Обсуждение:

— Всегда ли вы можете понять, что вы чувствуете? (Если я знаю, что я чувствую, я могу выбирать, что с этим делать)

— Попробуйте оценить насколько полно вы позволяете себе чувствовать и всегда ли вы знаете, как обойтись с тем или иным чувством?

— Что вы делаете, если чувствуете дискомфорт, но не знаете почему?

— Как вы обходитесь с неприятными чувствами?

«Что случилось в результате?...» «Рисую, вырезаю, рисую...»

Цель: Актуализация и осознание проблемы. Создание и поддержка мотивации разрешения проблемы.

Задание: Нарисовать на листе бумаги себя во взаимодействии с Болезнью (предметом зависимости).

Вырезать ножницами все, что относится к болезни.

Посмотреть, осознать, что осталось, понять, что чувствуете, глядя на остаток рисунка.

Обсуждение в кругу.

Возьмите чистый лист, положите на него остаток рисунка и дополните его, так чтобы ваш образ и образ окружающего мира был восстановлен, уже без болезни.

«Характеристики с рисунками»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Переживания соответствия и несоответствия презентации себя с «реаль-

ным» (на данный момент). Активизация и поддержка самораскрытия участников.

Задание: Напишите десять своих основных качеств.

Нарисуйте себя.

В кругу обсудить соответствия написанного с рисунком.

«Рисунок болезни» (общий, индивидуальный)

Цель: Сплочение группы. Исследование взаимоотношений с болезнью отдельного участника и группы, как целого.

Задание: Индивидуальное — нарисуйте свою «болезнь» (без обсуждения с другими участниками).

Общее — нарисуйте сообща группой на большом листе один образ «болезни» на всех (без обсуждения).

«Здесь и сейчас»

Цель: Развитие навыков осознания себя и окружающей реальности в настоящем времени. Плавный вход в группу, активизация состояния «здесь и сейчас» для создания рабочей атмосферы в группе.

Задание: В группе по кругу, или в парах.

Участники должны закончить следующие фразы:

Здесь и сейчас я слышу...

Здесь и сейчас я вижу...

Здесь и сейчас я ощущаю...

Здесь и сейчас я осознаю что...

На каждую фразу должно быть не менее пяти примеров.

«Ощущения»

Цель: Развитие навыков, восприятия, осознания своих чувств, ощущений, эмоций и действий. Продемонстрировать последовательность действий и реакций при осознанном реагировании на происходящее.

Задание: В кругу, участников просят закрыть глаза. В руку каждому даются разные по фактуре предметы (кусочек сахара, влажная салфетка, воздушный шарик и т.д.). Затем ведущие просят отследить последовательно:

Свои телесные ощущения.

Мысли, ассоциации, которые возникают в связи с ощущением.

Чувства.

Что хочется сделать.

«Автопортрет»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Знакомство. Самораскрытие. Разрядка.

Задание:

Вариант 1.

Ведущие просят участников написать свое имя на листе бумаги. Затем на каждую букву имени придумать и написать прилагательное, характеризующее самого человека. Обсудить в кругу.

Вариант 2.

На первую букву имени придумать 5 прилагательных характеризующих самого человека.

«Интервью»

Цель: знакомство и сплочение, исследование навыков межличностного общения.

Задание: В парах. Один рассказывает о себе пять фактов, после этого второй участник задает три вопроса, которые ему интересны. Потом меняются ролями. Затем, исходя из полученной информации, каждый из пары представляет своего партнера остальной группе.

«Дорога»

Цель: Исследование идентификации участников себя. Самоактуализация и самоанализ жизненных позиций участников. Поиск, осознание ошибок и ресурсов (в контексте зависимости и не только).

Задание: Нарисовать свою жизнь в виде дороги, таким образом, чтобы там было прошлое, настоящее и будущее и то чем был наполнен каждый период. Затем обсудить

- Какие чувства вызывают рисунки?
- Откуда появляется наполнение того, или иного периода?
- Если представить что по дороге не идешь, а едешь, то кто находится за рулем автомобиля?
- Можно ли предсказать какое качество дороги будет впереди?

«Злость»

Цель: исследование обращения участниками со своей злостью. Развитие навыков выражения своей злости. Разрешение злости в группе.

Задание: Из листа А4 сделать свою злость. Расскажите про нее, какая она, есть ли у нее глаза и уши, можно ли с ней договориться и т.д.

Дальше упражнение можно продолжить в зависимости от цели. Для диагностики первого этапа достаточно.

Так же можно дать задание:

- повзаимодействовать своими фигурками.
- от имени злости поведать об этом чувстве, рассказав, как она появляется, где живет, как с ней можно договориться и т.д.

Аккуратно свернутая — контролируемая.

Лист рвется — наглая злость.

Лист комкается — стыд за свою злость.

«Никогда-никто и все-всегда»

Цель: Рассмотреть значение «домыслов» и «фактов» в жизни участников. Показать способы автоматического появления «домыслов» и способов перевода их в «факты».

Задание: Напишите примеры «крылатых фраз» со словами: «никогда», «никто», «все», «всегда» и др. По 3-5 вариантов на каждое слово. Зачитайте. Затем участник выбирает по одной фразе на каждое слово, которое ему кажется ближе всего для него — по духу, по принципам и т.д.

«Слепое пятно»

Цель: Разрядка. Знакомство. Сплочение. Самораскрытие. Идентификация себя.

Задание: Участникам выдается по два листа бумаги, один из них крепится на спине, а на втором, каждый пишет: кем он себя представляет в виде — РАСТЕНИЯ, ЖИВОТНОГО, СКАЗОЧНОГО ПЕРСОНАЖА. После чего лист сворачивается и откладывается в сторону. Затем по очереди все участники пишут друг у друга на спинах, в той же последовательности, кем они видят этого человека. После возвращения в круг по очереди каждый читает сначала то, что написано на первом листе, а потом то, что на втором. Обсуждение.

«Чемодан в дорогу»

Цель: Исследование, актуализация и поддержка мотивации участника в дальнейшем выздоровлении. Поиск ресурсов. Переживание расставания. Поддержка позитивного мышления.

Задание: Всем участникам раздаются по 3 листка.

Задание: Написать какие три основные вещи (без которых нельзя обойтись) он возьмет с собой в будущее для поддержки выздоровления.

«Я не такой как все?»

Цель: Принятие собственных ограничений. Исследовать восприятие ограниченности собственных возможностей. Поиск ресурсов. Поддержка позитивного мышления.

Задание:

Участники в роли людей с ограниченными возможностями (например, согнув ногу в колене, фиксируют такое положение) помещаются в разные условия:

Прохождение с поддержкой.

Без поддержки.

Наблюдение за участниками без ограничений и отслеживание собственных чувств.

«Игрок, болезнь и Выздоровливающий»

Цель: Объединение, поиск общего, осознание себя в болезни и выздоровлении

Задание: Молча, все вместе нарисуйте на большом листе ИГРОКА, БОЛЕЗНЬ, ВЫЗДОРОВЛИВАЮЩЕГО ИГРОКА.

После каждого этапа обсуждение.

ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

Выполнение самостоятельной работы (домашние задание) — является важным фактором в процессе реабилитации.

Данная работа поддерживает следующие аспекты необходимые в реабилитационной программе «Вне Игры»:

- развитие навыков самостоятельного самоанализа.
- осознание своего заболевания и осознание своей причастности к проблеме.
- развитие навыков профилактики срыва и разрешения критических ситуаций, связанных с угрозой нарушения чистоты.
- приобщение и поддержание опыта взаимодействия с группами «Анонимных игроков»
- поддержание мотивации и ответственности за свое выздоровление.
- интенсивная поддержка душевно-умственной деятельности, направленной на процесс выздоровления.
- «отделение» своей личности от болезни, с последующим принятием себя и своей болезни, как Целостное.

Задание № 1.1

Опиши десять плюсов и десять минусов игры.

Задание № 1.2

Опиши кризис, приведший в реабилитационную программу.

Задание № 1.3

Опишите историю своей болезни.

Задание № 1.4

Напиши список своих потерь:

- 1) деньги
- 2) собственность
- 3) квалификация
- 4) работа
- 5) семья
- 6) здоровье
- 7) отношения
- 8) проблемы с законом/криминальными структурами

Что осталось? Что ценно?

Задание № 2.1

1. Нарисуй свою болезнь.
2. Ответь письменно на вопросы:
 - Какое имя у болезни?
 - Чего хочет болезнь от тебя?
 - Кто или что поддерживает болезнь?
 - Что не любит твоя болезнь?
 - Как и чем может соблазнить тебя болезнь?

Задание № 2.2

Опишите прогрессирующее состояние своей болезни (10 примеров). Постарайтесь соблюсти последовательность возрастания прогрессии.

Задание № 2.3

1. Перечислите факторы риски, которые Вы — лично встречаете практически ежедневно.
2. Расшифруйте, как Вы понимаете значение фразы — «Выставление границ».
3. Назовите доводы «ЗА» для использования этого метода в процессе выздоровления.
4. Назовите доводы «Против»

Задание № 2.4

1. Перечислите «факторы риска», на которые Вы готовы выставить «границы».
2. Опишите подробно день — как Вы будете проживать его с выставленными «границами».

Задание № 3.1

Нарисуйте и опишите свою тягу к игре.

Задание № 3.2

Опишите ситуации, которые, как Вам кажется, мешают вашему выздоровлению.

Что вы предпринимали для выхода из них?

Задание № 3.3

Опишите потенциально опасные ситуации, с которыми вы сталкиваетесь в повседневной жизни.

Задание № 4.1

Придумайте 10 эффективных способов саботажа выздоровления.

Задание № 4.2

1. Как я запугиваю себя?
2. Как я лишаю себя того, что для меня хорошо и важно?

Задание № 4.3

Каким образом Вы лишаете себя того, что вам дорого и важно?
Зачем?

Задание № 5.1

1. Напишите 10 примеров бессилия перед игрой в активной фазе заболевания.
2. Напишите 3 примера бессилия перед игрой, которые проявились в процессе реабилитации.
3. Напишите 3 примера бессилия, проявившиеся за последние три дня.

Задание № 6.1

1. Напишите 10 примеров неуправляемости в активной фазе заболевания.
2. Напишите 10 примеров неуправляемости вашей жизни.

Задание № 7.1

1. Напиши письмо от твоей болезни тебе.
2. Напишите свой ответ на полученное письмо от болезни.

Задание № 8.1

1. Напишите список границ, которые Вы будете соблюдать, для сохранения чистоты.
2. Что конкретно Вы будете делать, чтобы оставаться вне игры.
3. Чего (кого) конкретно Вы будете избегать, чтобы сохранить трезвость.
4. Что конкретно Вы будете делать, если почувствуете, что Ваша чистота под угрозой.
5. Кому и за что Вы благодарны, чему конкретно Вы научились у этого человека.

Задание № (3.4; 4.4; 5.4; 6.4; 7.4)

Сходите на собрание группы сообщества «Анонимные игроки»

Опишите следующее:

- Какие чувства я испытывал перед посещением группы.
- Как я себя чувствовал на группе.
- Какой новый опыт я получил.
- Чем хотелось поделиться на собрании.

ПРИЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ

- Бланк первичной консультации
- Анкета игрока при поступлении в программу
- Бланк занятия программы «Вне игры»
- Карта участника программы
- Краткий ежедневный анализ базовых чувств
- Дневник чувств
- Рабочая тетрадь по ослаблению финансового давления

Бланк первичной консультации

Ф.и.о. _____
Обращение первичное/повторное _____
Год рождения _____
Образование _____ Специальность _____ работает/учится _____

Краткий анамнез:

Сколько лет ИГРАЕТ и во что? _____
Как часто играет в течение последнего года _____
Продолжает играть несмотря на отсутствие материальной выгоды _____
_____ «да»/ «нет»

Продолжает играть не смотря на проблемы в профессиональной и социальной сфере _____ «да»/ «нет»

Может контролировать влечение к игре _____ «да»/ «нет»

Может прервать игру усилием воли _____ «да»/ «нет»

Часто думает об игре и об обстоятельствах с ней связанных?
_____ «да, фиксирован на игре»/ «нет не часто»

Когда осознал проблему _____

Почему обратился за помощью только сейчас _____

Как оценивает ситуацию в настоящий момент _____

Употребляет ли ПАВ (если «да», что именно) _____

Длительность употребления ПАВ _____

систематичность _____ количество _____

Наличие абстинентного синдрома _____ «есть»/«нет»

наличие контроля _____ «да»/ «нет»

Лечился ли по поводу зависимостей и/или психического заболевания?
(если «да» — где, как, когда) _____

Употребление в настоящее время _____ «да»/ «нет»

Дата последнего употребления _____

Был ли арестован за нарушение закона _____ «да»/ «нет»

Состояние (жалобы со слов пациента):

- быстрая утомляемость
- раздражительность
- нарушение сна
- колебания настроения
- наличие «необычных» явлений — посторонние «голоса», навязчивые мысли (в том числе об игре, представления об игре)
- другое _____

Критика к состоянию (установка — что хочет, мотивация)

Дата _____

Ф.и.о консультанта _____

Анкета игрока при поступлении в программу

Обращение в реабилитационную программу «Вне игры»
первичное/вторичное (нужное выделить).

Ф.И.О. _____

Пол _____ Год рождения _____

Контактный телефон _____

Образование _____

Специальность _____

В настоящий момент вы работаете/ учитесь? _____

Общий стаж игры _____

Периодичность за последний год _____

Почему вы начали играть? _____

Ради чего вы играете сейчас? _____

Основные виды игры: рулетка, автоматы, компьютер, карты, другое

Где: игровой зал, дома, казино, другое _____

Когда вы осознали проблему? _____

Почему вы обратились за помощью только сейчас? _____

Что явилось для вас «последней каплей»? _____

Как вы оцениваете свою жизненную ситуацию? _____

Напишите, что больше всего вас беспокоит в настоящий момент? _____

Употребляете ли вы психоактивные вещества (ПАВ) в том числе алкогольные напитки? _____

Как давно? _____

Как часто? _____

В каких количествах? _____

Способны ли вы контролировать употребление? _____

Был ли у вас синдром отмены и/или эпизод запойного пьянства? _____

Обращались ли вы в связи с этим за профессиональной помощью? _____

Лечились ли вы от какой либо зависимости и/или от психического заболевания? (если «да» то от какой, когда, где и сколько раз) _____

Каковы были результаты лечения? _____

Когда вы употребляли психоактивные вещества, (ПАВ) в том числе алкоголь в последний раз? _____

Были ли вы арестованы за нарушение закона? _____

Каков ваш социальный статус в настоящее время?

Работа: есть — нет. Семья: есть — нет.

Семейное положение: женат/замужем, холост, разведен, гражданский брак, живу один, прочие _____

Долговые обязательства, заёмы, кредиты: есть — нет

Как вы узнали о программе? _____

Цель вашего прихода в программу «Вне игры»? _____

Как вы думаете, чем программа может вам помочь? _____

По каким признакам вы поймете, что вам становится лучше? _____

Дата поступления _____ 2008г.

Дата выписки _____ 2008г.

Бланк занятия программы «Вне игры»

	План	Факт
<p>С чем пришел? Что хочешь получить?</p> <p>Есть ли что-то с прошлого занятия?</p>		
<p>18:45 – 19:50</p> <p>Информационная часть Домашнее задание</p>		
19:50 – 20:10 ПЕРЕРЫВ		
<p>20:10 – 21:15</p> <p>Динамическая часть</p>		
<p>С чем уходишь? Что взял? То что осталось можно продолжить в следующий раз.</p>		

Цикл VI Занятие № _____ Ведущие Герасимов Беляева
 Дата 19.02.08

Карта участника программы

Присутствовал/ Опоздал	Да	Нет		Защитные механизмы:	
Собран				- рационализация	
Выполнил задание/самоанализ				- юмор	
Активно участвует				- вытеснение (забывание)	
Отстраненность				- избегание	
Соблюдает правила				- прямой отказ	
Откровенен				- регрессия	
Участвует в сплочении группы				- отрицание	
Поддерживает деструкцию				- минимизация	
Манипулирует				Роли:	
Идеализирует				- лидер констр /деструк	
Поддерживает манипуляции				- святой	
Вступает в конфронтацию конструктивную/ деструктивную				- козел отпущения	
Срыв (игра/ потребление ПАВ)				- потерянный	
Получено задание:				- жертва\изгой	
Работа сдана:				- обличитель/шут	

ДНЕВНИК ЧУВСТВ

Дата	Чувство	Событие	Мысли	Желания	Как я поступил (ла)	Как хотел бы поступить в следующий раз.

Рабочая тетрадь участника программы «Вне игры» по снижению финансового давления

(разработана на основе брошюры по снижению финансового давления сообщества Анонимных Игроков)

Уважаемый участник программы, перед Вами рабочая тетрадь по ослаблению финансового давления. Финансовые проблемы это то, что наиболее часто становится причиной обращения за помощью, но в то же время груз долгов и давление кредиторов, как правило, подталкивает к возобновлению игры. Поэтому для успешного выздоровления необходимо уделить особое внимание созданию полной и объективной картины финансовой ситуации, для разработки реального плана ее разрешения.

Главная задача этой работы — помочь игроку и его семье вести полноценную, открытую жизнь, при этом погашая финансовые задолженности.

Под «Финансовым давлением» мы понимаем постоянный прессинг со стороны кредиторов (организаций, частных лиц, криминальных структур), а так же внутренний дискомфорт, вызываемый неуверенностью, чувством вины за прошлое и страхом за будущее.

Эта работа проделанная Вами позволит:

1. Увидеть реальные факты, без домыслов и кошмаров
2. Спокойно и открыто жить, не скрываясь от людей. (не вздрагивать от каждого телефонного звонка и не тратить массу сил на выдумывание все новых оправданий)
3. Прямо смотреть людям в глаза.
4. Рассчитать и распределить свои силы и возможности для решения своих финансовых проблем

Снижение финансового давления является частью выздоровления, поскольку помогает обрести душевный покой и не отвлекаться на неконструктивную тревогу и страхи.

Рекомендации:

Для начала, Вам потребуется честность и мужество, чтобы составить полный список своих долгов и кредиторов. Затем распределить их по степени значимости, в следующей последовательности: угроза жизни, уголовная ответственность, долги по кредитам, долги родственникам и друзьям, долги другим людям.

После этого следует с помощью таблиц, приведенных ниже рассчитать бюджет и план выплат по задолженностям.

Вам необходимо будет связаться со всеми своими кредиторами, начиная с наиболее значимых и включая тех, от кого вы ранее скрывались, чтобы сообщить, о том, что:

1. Я не скрываюсь и помню о своем долге
2. Я готов и преисполнен желанием его погасить
3. Я не могу выполнить ранее оговоренные условия
4. Я готов договориться о встрече для обсуждения предоставляемого плана выплат.

Важным условием, при разговоре с кредиторами, является необходимость быть честным и не прятаться за новую ложь.

Как показывает опыт членов сообщества Анонимных Игроков, в подавляющем большинстве случаев кредиторы с пониманием относятся к искреннему и честному желанию решить проблему и готовы пойти навстречу, приняв приемлемый для обеих сторон план погашения задолженности.

Очень важным условием для выполнения этой работы и создания безопасной обстановки является наличие доверенного лица (для исключения возможности единоличного распоряжения ценностями, недвижимостью, банковскими счетами и др.). Это может быть кто-то из близких родственников, друзей или членов сообщества АИ. Так же его задачей будет помощь в составлении бюджета, контроле за производимыми выплатами и управление Вашими финансами.

Имя _____

Имя доверенного лица _____

Мой контактный телефон _____

Телефон доверенного лица _____

Дата составления документа _____ Дата переоценки _____

БЮДЖЕТ

РАСХОДЫ

	Алименты		
	Содержание Детей		
	Квартплата		
	Телефон		
	Электроэнергия + газ		
	Питание		
	Мобильный телефон		
	Страховка машины		
	Налоги/ пошлина на машину		
	Бензин		
	На ремонт машины		
	Обеды на работе		
	Оплата проезда на транспорте		
	Детский сад		
	Занятия детей		
	Подарки на новый год, др праздники, Дни Рождения		
	Сигареты		
	Одежда		
	Стоматолог		
	Здоровье		
	Туалетные принадлежности		
	Парикмахер		
	Психотерапия		
	Няня для детей/сиделка		
	Деньги на отпуск		
	Обучение		
	Медицинская страховка		
	Газеты/журналы		
	Уход за домашними животными		
	Непредвиденные расходы (ремонт квартиры)		
	Пожертвования		
	Членские взносы		
	Статьи не вошедшие в список:		
	ИТОГО		

СПИСОК КРЕДИТОРОВ

Имя Кредитора	Когда был взят долг (дата)	Исходная сумма	Остаток долга на наст. время	Месячная выплата	Срок (в месяцах) задолженности	Имя поручителя

РАСПОРЯДОК ВЫПЛАТ

Имя кредитора	Исходный долг	Долг на сегодня	Выплата в месяц	Дата первой выплаты	Назначенная дата последней выплаты

ФИНАНСОВЫЙ ИТОГ

Доход _____ в месяц

Основная работа	
Дополнительная работа	
Пособие на детей	
Алименты	
Доход от собственности	
Возможный вклад супруги/супруга	
Пенсии	
Другие доходы	
ВСЕГО	

ИТОГО:

ИЗ ОБЩЕГО ДОХОДА: _____

ВЫЧИТАЕМ ОБЩУЮ СУММУ РАСХОДОВ: _____

ПОЛУЧАЕМ СУММУ НА ВЫПЛАТУ ДОЛГОВ: _____

Дата переоценки — это любое возможное перераспределение порядка выплат, связанное с изменением финансовой ситуации должника.

Кредитору необходимо сообщить о возможности переоценки порядка выплат задолженностей, в сторону увеличения или в сторону уменьшения возможностей должника.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Р.В. Герасимов

Когнитивно-поведенческие вмешательства (КПВ) — это психотерапевтический подход, в основе которого лежит теория социального эмпирического обоснования. Данный подход синтезирует взаимодействующие течения в психотерапии — поведенческую и когнитивную психотерапии. Как известно, существуют три основных аспекта человеческого функционирования: мысли, чувства и поведение. Все эти три компонента переплетаются и взаимодействуют между собой. И изменение одного из них несомненно приводит к переменам в других. Психотерапевтические методы, непосредственно направленные на поведение (поведенческие аспекты зависимости) являются одними из наиболее эффективных.

Полезно рассмотреть основные принципы социального научения применительно к зависимому поведению по К.М. Кэрролл (К.М. Carroll). Согласно им, предполагается, что важный фактор, определяющий то, как люди начинают играть и злоупотреблять этим, заключается в том, что они учатся это делать. Существует несколько способов, с помощью которых люди могут научиться «употреблять» игру: моделирование, оперантное обуславливание и классическое обуславливание.

Моделирование

Люди обучаются новым умениям с помощью наблюдения за другими, и, впоследствии пытаются выполнить это самостоятельно. Например, дети учатся говорить, слушая и копируя своих родителей. Точно также и люди могут использовать игру в своей жизни, наблюдая за тем, как друзья, знакомые или героические персонажи взаимодействуют с ней.

Оперантное обуславливание

Лабораторные животные будут стараться получить те же самые вещества, которыми злоупотребляют многие люди (алкоголь, наркотики), потому что воздействие вещества приносит удовольствие, что является подкреплением. И известно, что не только вещества, как стимул, могут влиять на биохимические процессы человека (смена состояния, возникновение возбуждения, эйфории, удовольствия), но и внешние факторы, как стимул, способны изменять сознание, мысли

и чувства человека. Так, например игрок может возбуждаться от фантазий про выигрыш, или чувствовать мощный прилив адреналина от риска и т.д. И соответственно, игра может также восприниматься как поведение, которое подкрепляется своими последствиями. Например игрок начинает себя чувствовать сильным, энергичным, менее депрессивным, всемогущим и т.д. Не говоря уже о том, что выиграть, действительно, время от времени, возможно.

Классическое обуславливание

И.П. Павлов продемонстрировал, что на протяжении определенного времени повторяющееся сочетание одного стимула (звонок) с другим (предоставление пищи) может вызвать стойкий ответ в виде выделения слюны у собаки. Точно так же, через какое-то время игра может начать ассоциироваться, например, с наличием денег, конкретными людьми, особыми местами (клубы, казино), временем дня и недели (после работы, выходные дни), чувствами и внутренним состоянием (одиночество, скука, печаль, радость и т.д.). В конце концов, лишь одно действие этих стимулов может вызвать очень сильное влечение или тягу, за которым последует эпизод игры.

Научение представляет собой важную метафору лечебного процесса посредством когнитивно-поведенческих вмешательств. Психолог, так или иначе, говорит своим подопечным, что одной из основных целей лечения является помощь в том, чтобы «разучиться» вести себя по-старому, «разучиться» неэффективному поведению, а научиться новым конструктивным стратегиям. Практически все участники реабилитационной программы «Вне Игры» с огромным удивлением узнают, что их «игровая практика» является определенным типом умения. В конце концов, они осознают, что научились сложному набору навыков, позволяющих разными способами поддерживать свой объект зависимости. Например, находить необходимые деньги для игры (которые часто приводили к другим умениям — законным и незаконным), играть, сохраняя это в секрете от многих, продолжать играть, избегая при этом суровых мер от близких и работодателей, развитие работоспособности, чтоб было, на что играть и т.п. Игроки, которые переформулируют оценку себя в категориях приобретения навыков, начинают понимать, что у них также есть возможность научиться ряду новых умений, которые им помогут воздерживаться от игры. Хочется заметить, что можно с успехом использовать (при высокой квалифицированности специалистов) и приобретенные навыки, а также некоторые качества игроков, вектор которых перенаправляется на выздоровление. Так, например сами участники программы не раз ловят себя на мысли: как азартны они, в своих попытках выздоравливать. Или психологи обращаются к навыкам «на-

ходчивости» игроков для решения определенных задач в целях выздоровления. Или можно исследовать способность навыка «уклонения» (от арестов, от кредиторов, от ответственности и т.п.) для использования избегания, например факторов риска.

Если поведенческие методы фокусируются на влияние на случайные обстоятельства внешней среды с целью изменения поведения (через механизмы, описанные выше), то когнитивная терапия направлена на изменение содержания мышления. Лишь немногие из психотерапевтических подходов и методов воздействуют непосредственно на эмоции, так как на них — трудно повлиять напрямую. Фокус КПВ и, в особенности, рационально-эмотивной терапии Эллиса (A.Ellis) — находится на стыке когнитивного, поведенческого и эмоционального аспектов (по поводу эмоционального аспекта отдельный разговор, где мы призываем на помощь Гештальт-подход).

Первый основной принцип состоит в том, что когниции (мыслительные образования) являются самой важной детерминантой человеческих эмоций. Проще говоря, мы чувствуем то, что думаем. События, или другие люди не заставляют нас чувствовать себя хорошо, или плохо; мы это делаем сами — когнитивно.

Второй основной принцип заключается в том, что дисфункциональные эмоциональные состояния и многие аспекты психопатологии (включая аддиктивное игровое поведение) являются результатом дисфункционального мыслительного процесса. Характеристика дисфункционального мышления включает следующие черты: преувеличение, свехупрощение, свехобобщение, нелогичные необоснованные предположения, ошибочные умозаключения (выводы) и абсолютизирование. Это — так называемые иррациональные установки (убеждения).

Третий основной принцип КПВ состоит в том, что повседневные убеждения могут быть изменены, хотя, необязательно, что такое изменение произойдет легко. Элементы иррациональных установок устраняются путем настойчивого и активного приложения усилий, с помощью осознания, сомнения и пересмотра своего мышления, таким образом уменьшая эмоциональный дистресс и в конечном итоге меняя поведение.

Различные авторы дали описание мышлению, которое обычно наблюдается у людей с аддиктивным поведением. Наиболее значимыми в этих исследованиях были работы Марлатта (Marlatt 1985), Эллиса (Ellis 1988), Бека (Beck 1993), Схипперса (Schippers 1997). Ниже представлено обобщение наиболее распространенных когниций и стилей поведения при аддикции выделяемые этими авторами:

- Наклеивание «ярлыков»
- Рационализация
- Ожидания по поводу объекта зависимости и эффект от его употребления
- Знание об эффектах приема объекта зависимости
- Наклеивание соответствующего «ярлыка» на рецидив
- Эффект от нарушения воздержания
- Низкая фрустрационная толерантность
- Уход от повседневности
- Образ себя
- Поиск острых ощущений
- Предвосхищающие убеждения
- Установки, ориентированные на облегчение
- Разрешающие убеждения
- Предписывающие убеждения
- Приписывание предмету зависимости определенные свойства.

Схематическое изложение основных когнитивно-поведенческих вмешательств

Методы лечения проблем зависимости

1. Подход, направленный на подкрепление отказа от взаимодействия с объектом зависимости (игрой)

- Функциональный анализ проблемного поведения
- Обучение социальным навыкам
- Поддерживающая поведенческая терапия
- Мотивационная терапия
- Обучение навыкам решения проблем.

2. Методы самоконтроля.

- Обучение постановки целей
- Самонаблюдение за поведением и его анализ
- Обучение анализу ситуаций, в которых происходит «употребление» игры
- Исследование ситуаций повышенного риска

3. Профилактика рецидива.

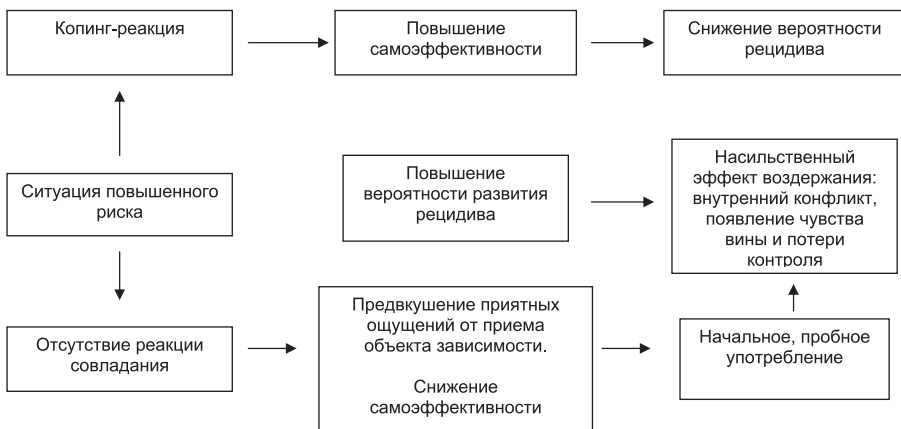
- Переключение внимания с влечения на внешние факторы.
- Изменение представлений игрока о рецидиве

- Обучение межличностным навыкам (навыкам общения, асертивности, умению отказываться и пр.)
- Обучение внутриличностным навыкам (навыкам совладания с мыслями об игре, с дискомфортными чувствами и пр.)
- Представление игроком ситуации рецидива (срыва)

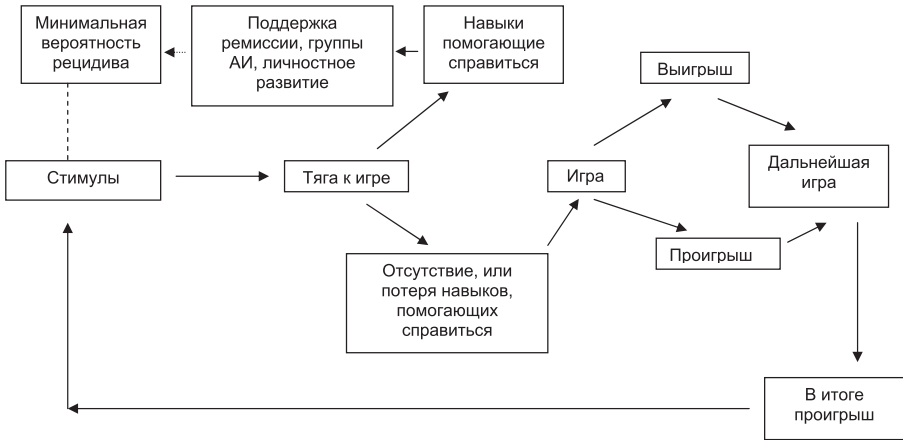
Когнитивная модель срыва



Модель развития рецидива по Марлатту (Marlatt 1985)



Модель игровой зависимости с т.з. Реабилитационной Программы «Вне Игры»



ФЕНОМЕН ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Д. Автономов

Введение

В данной методической работе использовано много специфических терминов и понятий, многие из которых будут прояснены по ходу текста. Также прилагается соответствующий глоссарий, чтобы читатель во избежание недопонимания мог заблаговременно узнать их значение. Я отдаю себе отчет, что психоаналитическая мысль сложна и трудна для понимания. Кляйнианская психоаналитическая школа имеет свою специфику и свой язык. Так, например знакомые по курсу психиатрии термины (параноидный, маниакальный, пограничный и т.д.) в данном методическом пособии не имеют отношения к психиатрическому диагнозу в его традиционном понимании.

Термины «психолог», «психотерапевт» и «терапевт» в данной работе используются как равнозначные и взаимозаменяемые.

Согласно Эдит Сэбшин: «Понятие аддиктивное поведение охватывает различные типы поведения: сюда входят наркотическая зависимость и алкоголизм, курение, пристрастие к азартным играм и обильной еде, а также гиперсексуальность. Все эти типы поведения питает мощная сила подсознания и это придает им такие качества как непреодолимость влечения, требовательность, ненасытность и импульсивная безусловность выполнения. Аддиктивное поведение характеризуется широким спектром патологии различной степени тяжести — от поведения граничащего с нормальным до тяжелой психологической и биологической зависимости». Континуум аддиктивного поведения и их последствий простирается от социально приемлемого поведения до тяжелых форм зависимости сопровождающейся угрозой социальной, профессиональной и личной жизни.

Постановка вопроса

При рассмотрении вопросов, касающихся игровой зависимости необходимо преодолеть то, что я называю «искушение бихевиоризмом». Этот соблазн особенно силен при поверхностном анализе некоторых частных случаев, когда фиксацию азартного поведения сами пациенты связывали с неожиданным первым крупным выигрышем. Или когда, например, пациент ходит только в один игровой клуб и проводит все

свое время у одного конкретного игрового автомата или рулеточного стола, где когда-то выиграл или с которого начал свою игровую карьеру, совершенно игнорируя при этом другие. Фактический материал сновидений подобных пациентов также свидетельствует об интенции к определенной игре или месту. Такие игроки на сессии говорят о том, что специфическая мелодия, воспроизводимая определенным игровым автоматом или визуальный ряд возникающий на дисплее их «гипнотизирует», лишает «силы воли», а стало быть и надежды. Часто непреодолимое желание сыграть возникает сразу после того, как пациент видит рекламу или оказывается на определенной дороге, которая ведет к игорному заведению.

Казалось, выше приведенные примеры подтверждают верность бихевиоральной формулы: Стимул Реакция. Я полагаю, что не стоит топтаться с выводами. Определенно чем чаще человек, что-то делает, тем вероятнее он сделает это опять. Это действительно так. Однако соблазн «быть проще» может привести к игнорированию психической реальности, внутренних конфликтов и защит, реализующиеся в азартном поведении.

Патологическая склонность к азартным играм — это форма стереотипного зависимого поведения, обладающая тенденцией прогрессировать со временем.

В данной работе я попытаюсь разобраться и ответить на вопрос кто такой азартный игрок, чем он отличается от так называемых «социальных игроков» и почему он ведет себя таким иррациональным (с точки зрения стороннего наблюдателя) образом. Кратко я рассмотрю различные психоаналитические взгляды на данную проблему и их развитие в историческом плане. Выдвину некоторые гипотезы, которые как мне кажется, проливают свет на механизмы формирования и поддержания прогрессирования данного расстройства.

Введение в проблему

Невозможность усилием воли отказаться от участия в азартных играх, несмотря на очевидные вредные последствия постепенно становится все более частой причиной обращения за психотерапевтической помощью.

У меня складывается впечатление, что эпидемию алкоголизма и наркомании начала — середины 90-х годов прошлого века сменила волна игровой зависимости. Азартный игрок — это человек охваченный страстью, которая приводит его к постепенной личной, социальной и профессиональной дезадаптации, разрушая отношения со значимыми другими.

Общеизвестно, что количество людей, посещающих игорные заведения и становящихся одержимыми игрой, сильно различается. Что к слову является одним из главных аргументов представителей игрового бизнеса. Для большинства — проигрыш в игре становится «фактором сдерживания», останавливающим игровую активность. Такие люди не нуждаются в помощи, да и не обращаются за ней, так как в состоянии переносить психическую боль потери и контролировать свои импульсы, не прибегая к чрезмерному отреагированию.

Но есть и другая категория лиц, о которых в основном и пойдет речь в этой работе. Именно для них проигрыш становится фактором все больше втягивающим их в игру.

Медицинский подход

Медицинская модель рассматривает патологическую склонность к азартным играм как расстройство влечений, приносящее вред, как индивидууму, так и обществу.

В соответствии с критериями, приведенными в МКБ-10, диагноз: «Патологическая склонность к азартным играм» (F 63.0) может быть поставлен на основании следующих признаков:

А. Два или более эпизодов участия в азартных играх за минимум годичный период.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды индивидууму, но продолжают-ся несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни.

В. Индивидуум списывает трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре и сообщает, что он не в силах прекратить участие в азартных играх усилием воли.

Г. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами с ней связанными.

Для пациентов, которые соответствуют выше описанным критериям посещение игровых заведений и участие в азартных играх является нечто большим, чем приятное времяпровождение. Складывается впечатление: такие игроки не просто оплачивают свое развлечение, что абсолютно нормально, а инвестируют свои капиталы. Причем, вкладывая гораздо больше, чем могут себе реально позволить.

Казино — это развлекательное заведение для всех, но не для азартных игроков — они ходят туда как на работу. Такие пациенты ставят свое участие в игровой активности превыше любых своих увлечений и занятий. Игра постепенно занимает все больше времени, а социальная активность сводится к лихорадочному добыванию денег, чтобы продолжить участвовать в играх.

Важно: игровой бизнес существует и развивается благодаря проигрышу игроков. *Проигрыш играющего — и есть доход заведения.* Если бы это было не так, то игровой бизнес прекратил бы свое существование.

Но азартный игрок ведет себя так, как будто считает, что игорное заведение существует для его личного обогащения и решения его финансовых проблем.

Как-то на первичной консультации один азартный игрок с десятилетним стажем сказал мне: «Только по прошествии длительного времени я начал понимать, что казино это не самое подходящее место, где я за день могу выиграть больше, чем заработать за год. Казино — это самый грабительский из всех существующих банков. Выигрыш в казино это просто получение кредита на очень короткий срок и под огромные проценты, который неизбежно приходится отдавать».

Классификация игроков

Игроков можно условно распределить по четырем когортам:

1. Играющие ситуационно
2. Играющие эпизодически
3. Играющие систематически
4. Патологические азартные игроки (Лудоманы)

Первые три когорты — это так называемые «социальные игроки».

Рассмотрим же их подробно.

Играющие ситуационно — это люди, которым для участия в игровой активности нужны определенные внешние условия. Например, определенная компания, нахождение на отдыхе или в командировке и т.д. Если таковые специфические условия не соблюдаются, интереса к игре и желания в ней участвовать не возникает.

Играющие эпизодически — это люди играющие время от времени, избегающее серьезного риска способные контролировать игру, свой азарт и время. Они способны удовлетвориться выигрышем, потому что думают не о том, сколько они могут выиграть, а сколько могут проиграть.

Играющие систематически — это люди играющие привычно, способные к определенному контролю и признающие необходимость воздержания. Их выигрыши (иногда очень крупные) чередуются с проигрышами, после которых они переживают досаду и дают себе обещания быть в следующий раз умнее, хладнокровнее, расчетливее и т.д. Они начинают использовать игру как средство, чтобы отвлечься и решить проблемы, в том числе и финансовые (что им иногда уда-

ется). Предвкушая грядущие выигрыши, и думая об игре у них повышается настроение и жизненный тонус. Определенно такие систематически играющие игроки находятся в группе риска. Полагаю, что та невидимая грань отделяющая патологического игрока от социального чья игра несет лишь вредные последствия именно в том, что вторые не пытаются решать проблемы возникшие благодаря азартной игре исключительно посредством еще большей включенности в игру.

Патологические азартные игроки — это люди чье основное содержание жизни сосредоточено вокруг игры. Все их интересы, время и силы связаны с ожиданием, планированием, участием и минимизацией потерь связанных с азартной игрой. Парадоксально, но часто они считают, что никакой зависимости у них нет. «Когда у меня нет денег — я об этих проклятых автоматах даже не думаю!» Эту фразу можно услышать от игрока на первом психотерапевтическом приеме.

Азартный игрок — это человек, чей проигрыш неумолимо прогрессирует. Но это не только не останавливает его, но более того заставляет играть с удвоенной силой. Азартный игрок — это человек, радикально переоценивший значение денег. Если быть кратким, то это звучит так — для азартного игрока денег больше не существует. Они обесценены, превращены в ничто, низведены до простых цифр. Отныне, для игрока существуют только «фишки» в казино. Деньги являются средством, чтобы продолжать игру. Процессы «идеализации — обесценивания» маниакальные, по сути, всегда идут рука об руку. Азартная игра становится главной ценностью в его жизни.

Также видимо существует достаточно редкая когорта **«Профессиональных игроков»**. Лично мне не приходилось иметь с ними дело. Азартная игра — для них источник дохода (иногда единственный) на протяжении нескольких лет. Собственно это и является, как я полагаю, главным критерием профессионализма. Они хорошо сохраняют контроль, и воздерживаются от импульсивных ставок. Они идут на обдуманный риск и принимают финансовые потери, без желания не смотря ни на что «отыграться».

Профессиональные игроки обычно играют в какой-то один определенный вид игры: обычно карточный, реже в рулетку. Осмелюсь утверждать, что профессиональных игроков в игровые автоматы не существует. Так как в этом случае, человеческий фактор, не имеет ни какого значения.

В любой игре игорное заведение имеет свой доход. В рулетке это пресловутое zero. Поле zero существует для того, чтобы вне зависимости от размера ставки, оставлять казино больше шансов. Даже если поставить на 37 полей, то выигрыш составит $1/35$. То есть, в случае выигрыша казино недоплачивает $1/37$ от той суммы, которую должно было бы выплатить забирая себе 2,7% процента. Вероятность вы-

игрыша при игре в рулетку — менее 48%. Однако этот процент чисто математический, в реальности шансов еще меньше. В карточных играх — таких как Блэк Джек и Покер, вероятность выигрыша лишь от части зависит от мастерства и способностей играющего, ведь спрогнозировать что-либо можно, лишь зная все степени вероятности получения той или иной карты и обладая феноменальной памятью, чтобы держать в уме все отыгранные и оставшиеся в колоде карты. Так же вероятно, у некоторых профессиональных игроков, в конечном счете, развивается игровая зависимость. Также как сомелье может, в конце концов, заболеть алкоголизмом и утратить свои профессиональные навыки. Большинство одержимых азартных игроков мечтают стать профессиональными игроками или полагают, что они таковыми являются или были до определенного времени.

Поведение патологического азартного игрока

Поведение азартного игрока — неразрешимая загадка для окружающих его людей, особенно, для близких и родных. Полагаю, что очень важно понять, как игрок сам себе объясняет то, что он делает; что говорит себе, до того как вступил в игру, что во время игры, и что после того как игра закончена.

- Если азартный игрок играет и выигрывает, он говорит себе, что в следующий раз выиграет еще больше.

- Если азартный игрок сыграл, выиграл и смог уйти с выигрышем, то он говорит себе что игра — это хороший, приятный и легкий способ быстро и без проблем достать деньги.

- Если игрок играет, выигрывает, ставит выигранное на кон и проигрывает, уходя с тем, с чем пришел, то он говорит себе что в следующий раз он будет умнее, сумеет остановиться когда будет «в плюсе», и уйдет с выигрышем.

- Если игрок играет, выигрывает, ставит выигранное на кон и проигрывает, пытается отыграть выигранное и проигрывает все свои деньги, он говорит себе, что в другой раз будет играть лучше.

- Если игрок играет и проигрывает он, испытывая чувство досады и гнева, говорит себе, что обязательно отыграется в другой раз. Все это время игрок думает не о том, сколько он проиграл, а о том, сколько в следующий раз обязательно выиграет.

- Если играет и проигрывает, то он говорит себе что сегодня не его день, в другой раз ему обязательно повезет и т.д.

Таким образом, при любых вариантах развития событий, патологический азартный игрок планирует вернуться к игре, не зависимо от того выиграл он или проиграл.

Из моего опыта можно отметить, что подавляющее большинство патологических азартных игроков, которые ищут помощи, зависимы именно от игры в игровые автоматы. На то, как я полагаю, есть свои причины. Во-первых, игровые заведения в которых установлены автоматы являются самыми распространенными. Во-вторых, самыми доступными с точки зрения размеров ставки. В-третьих, для игры не требуется каких бы то ни было специальных навыков или знаний правил игры. В-четвертых, процесс игры прост, быстр и стереотипен: ставка — действие — ставка — действие. В-пятых, игра в них привлекательна, так как при сравнительно небольшой ставке можно за раз выиграть много — «совать джек-пот». В-шестых, чисто психологическая причина — в случае выигрыша игрок быстро приходит к иррациональному убеждению, что этот конкретный автомат (этот игровой зал), в отличие от других, «дает»; то есть отличается от предыдущих, а его победа не является чистой случайностью, а следствием мастерства игры. Такой игрок фиксируется именно на этом автомате (или на конкретном игровом заведении) и продолжает играть.

Исторический обзор

Зигмунд Фрейд в своей работе «Достоевский и отцеубийство»: на основании анализа литературного наследия и автобиографических заметок выводит психодинамические гипотезы, объясняющие причины азартной страсти.

З. Фрейд показывает связь между отцеубийством в романе «Братья Карамазовы» и трагической судьбой его реального отца. Он видит в Ф. М. Достоевском человека, перенесшим тяжелую инфантильную психическую травму, которая нашла свое выражение в таких невротических симптомах, как эпилептические приступы и азартная игра в рулетку. Эдипальный конфликт проходит между желанием устранить отца как соперника в борьбе за безраздельное обладание матерью и любовью к отцу, который вызывает восхищение. Отец — это тот, кто накладывает вето на желания; тот, кто говорит «Нет». Перед лицом страха быть наказанным и потерять мужественность, одним из способов разрешения этого конфликта может стать тенденция поставить себя на место матери, чтобы стать любимым отцом. Но это порождает еще один конфликт — опасность, переживаемая как внешняя угроза, исходящая от отца, становится как бы исходящей от своего «Я». Ребенок из-за страха перед наказанием отказывается от своих желаний, а отождествление с отцом приводит к организации внутренней инстанции, которая противостоит «Я», а именно Супер-Эго. Эта структура является наследием и внутренним представителем отцовской фигуры. Супер-Эго перенимает те качества, которыми обладал отец и стано-

виться садистическим, суровым и запрещающим по отношению к «Я». З. Фрейд пишет: «В нашем «Я» возникает довольно большая потребность в наказании, и «Я» частично отдает себя в распоряжение судьбы, а частично находит удовлетворение в жестоком обращении «Сверх-Я» с ним... .Да и судьба целиком — это лишь дальнейшая проекция отца» (Курсив мой).

Обремененность чувством вины и потребность в наказании у невротиков находит себе конкретное воплощение и замену в долгах. У Ф.М. Достоевского была игровая страсть, безудержная игра ради игры, он не мог успокоиться и остановиться пока не проигрывал все.

«Если своими проигрышами он в очередной раз доводил семью до нищенского положения, то это позволяло ему испытать еще одно патологическое удовлетворение». Игра стала для Достоевского средством самонаказания. После проигрыша он раскаивался, унижал себя и вновь шел играть.

«Когда его чувство вины удовлетворялось карой, к которой он приговаривал себя сам, тут же преодолевались трудности в работе, и он мог позволить себе сделать несколько новых шагов на пути к успеху».

В этой же работе З. Фрейд обращает свое внимание на небольшой рассказ Стефана Цвейга «Двадцать четыре часа из жизни женщины». В нем, рано овдовевшая женщина, мать двух сыновей, оказывается в одном казино, где ее внимание привлекают руки одного юноши игрока, который проигрывает все и уходит из игорного дома с намерением покончить жизнь самоубийством. Она следует за ним, соблазняет его, дает ему деньги, берет с него слово не играть и уехать из города. На следующий день они расстаются. Затем, вернувшись в казино, она обнаруживает там этого молодого человека, как ни в чём не бывало продолжающего играть. Она с возмущением напоминает ему о данной ей клятве. Он же в ответ с ненавистью швыряет ей деньги, выговаривая за то, что она сорвала ему игру. Расстроенная она уезжает из города, в последствии узнав, что юноша все же покончил собой.

З. Фрейд обращает внимание на то, что молодой человек «губит себя собственными руками» и дает следующую интерпретацию: «Грех» онанизма замещается пороком страсти к игре ... Непреодолимость этого соблазна искреннее и никогда не сдерживаемые клятвы никогда больше не делать этого, дурманящие голову наслаждение и мучающая нас совесть, которая нашептывает, что мы будто бы губим себя сами (самоубийство), — все это при замене онанизма игрой остается неизменным».

Таким образом, основатель психоанализа, обратил внимание на последовательно сменяющиеся друг друга фазы: игра — покаяние — игровой срыв. Покаяние — это технический прием, «перезагрузка совести» подготавливающая почву для очередного срыва.

З. Фрейд на примере Ф.М. Достоевского показал что:

- Азартная игра становится мазохистической практикой, средством самонаказания.
- Бессознательное бремя вины за ненависть по отношению к отцу материализуется в виде финансового бремени долга.
- Игра это проявление садизма по отношению к близким (жене писателя), и способ получения извращенного удовольствия от созерцания чужих страданий.
- Игра это проявление запрета на успех.
- Игра это замена мастурбации, получение аутоэротического удовлетворения явно регрессивным способом.

Защитная природа расстройства

Отто Фенихель в своем фундаментальном труде «Психоаналитическая теория неврозов» (1945) описывает страсть к азартным играм, как разновидность импульсивного невроза. Патологическое импульсивное влечение отличается от обычных, нормальных импульсивных влечений особым ощущением непреодолимости и невозможности отложить его. Ценно то, что О. Фенихель не только рассмотрел игру как аутоэротическое удовлетворение, где возбуждение соответствует сексуальному возбуждению, выигрыш равен оргазму, а проигрыш — кастрации. Игра для азартного игрока это нечто большее чем просто борьба с Судьбой (Отцом).

Он показал, что игра выполняет защитные функции, импульсивные игроки действуют, вместо того чтобы рассуждать и неспособны к ожиданию, они не овладели полностью принципом реальности и стремятся разрядить напряжение немедленно, так как воспринимают его как травматическое. «Поведение импульсивных невротиков таково, как будто напряжение все еще представляет для них опасную травму. Они стремятся не к достижению позитивных целей, а скорее преследуют негативную цель избавления от напряжения; их цель не удовольствие, а избежание боли». Он полагал, что истинный игрок, в конце концов, по мере прогрессирования расстройства должен потерпеть крах, а приятное времяпровождение постепенно станет для него делом жизни и смерти.

В своей книге Карл Меннингер «Война с самим собой» (1938) пишет: «Все, кто изучал поведение человека, неизбежно приходят к осознанию того, что основную причину людских невзгод следует искать в самих людях. Иными словами, в значительной степени проклятие, тяготеющее над человечеством, можно определить как самоуничтожение; поскольку одним из необъяснимых биологических феноменов

является приверженность людей к объединению с деструктивными внешними силами». Он рассматривает любую зависимость как одно из проявлений деструктивного поведения, при котором саморазрушение бессознательно, более того, человек даже не пытается объяснить причину своего поступка, который со стороны кажется абсолютно бессмысленным.

Разными авторами подчеркивались и выделялись различные гипотезы, объясняющие феномен игровой зависимости. Вот некоторые из них:

- Игра как проявление бессознательного соперничества со значимыми фигурами, в котором немощь и зависть трансформируется в иллюзию силы и контроля.
- Игра как способ доказать себе свое всемогущество, исключительность, отличие от других.
- Игра как способ нарциссической регуляции. Бессознательно игрок хочет быть собственным отцом. Он сам все дает себе и сам у себя все забирает.
- Игра как защита от депрессии.
- Игра как удовлетворение бисексуальных, гомосексуальных и анально-садистических импульсов.
- Игра как проявление бессознательного желания быть наказанным.
- Игра, как повторное разыгрывание инфантильной сепарационной травмы, в которой Фортуна (слепая, безучастная мать), бросает ребенка на произвол. Подобные пациенты проводят свою жизнь в поисках доказательств, что жизнь не справедлива, бессознательно ставя себя в рискованное положение, притягивая к себе опасные ситуации. Их выгода — это обвинение других в своих страданиях и освобождение от вины.
- Игра как способ отрицать реальность, которая непереносима, и создавать свой собственный игровой иллюзорный мир, где все существует по его правилам.
- Игра как способ удовлетворения оральной зависимости.
- Игра как отыгрывание бессознательной ненависти к объектам своей привязанности. Игровой симптом — это тщательно замаскированное послание значимым другим.
- Игра как способ исключения из взаимоотношений третьего (Отца).
- Игра как регрессивный переход от отношений с целостными объектами, в которых необходимо синтезировать агрессивные и либидинозные импульсы к расщепленным, частичным объектным

отношениям. Когда грандиозная иллюзия слияния и переживание «океанического чувства» сменяет ощущение опустошения и преследования абсолютно «плохого» объекта.

- Игра как компромиссный способ разрешения базового конфликта между желанием слияния и страхом поглощения.
- Игра как проявление «крушения от успеха». Особенно очевиден этот мотив после значимых достижений на работе и в творчестве. Игра становится легким способом «аннулировать» достигнутое.
- Игра как проявление «клинически немого» инстинкта смерти, навязчивое повторение.
- Игра как разновидность аутоэротического удовлетворения, при котором зрелая генитальность отрицается, а оральная ненасытность и анальный контроль чередуются друг с другом.
- Игра как способ отреагирования тревоги, попытка взять ее под контроль.

Как можно увидеть, список объясняющих гипотез в рамках психоаналитической традиции достаточно велик и, вероятно, не полон.

«Итак, в современном анализе игроманию принято рассматривать как патологическую защитную конфигурацию, где сама игра используется в психической экономии ни сколько для реализации вытесненных либидинозных или агрессивных импульсов а, сколько как психологическая защита от внутренних конфликтов пограничного, а то и психотического уровня. Данная защита имеет характер отреагирования некой необходимой для поддержания психического баланса бессознательной фантазии садо-мазохистического характера. Этот подход как раз и позволяет объяснить наиболее существенные характеристики игровой зависимости, а именно: ее компульсивность, уход от реальности, тенденцию к саморазрушению».(5)

Роль внутриспсихического конфликта и процессов расщепления

Поразительно то, что сами игроки часто отрицают какой-либо внутриспсихический конфликт и обычно описывают свой конфликт как внешний, как проблему с внешним миром, например, невозможность вовремя отдать долги и преследование со стороны кредиторов. На первичной консультации игроки (особенно женщины), иногда, вообще не могут говорить о себе, предпочитая закрытую обезличенную манеру: «Ну, у меня эта проблема... ну вы понимаете?»

Игроки часто говорят о себе во втором лице (иногда в третьем!), предпочитая местоимение «Ты» («Ты идешь и вдруг видишь игровой

зал» и.т.д.), а не «Я». Они обычно используют глаголы в пассивном залоге — «деньги проигрываются», «кредиты берутся», «проблемы создаются» и.т.д. Я полагаю, что все это отнюдь не случайно.

Невротические защиты в норме доминируют, но в некоторых случаях возможна фиксация и формирование особой защитной конфигурации. Такие пациенты — как бы застряли в некой промежуточной позиции между ужасом дезинтеграции параноидно — шизоидной позиции и виной и ответственностью зрелой депрессивной позиции. Эти пациенты тратят все свои психические силы на поддержание хрупкого психического равновесия; они сопротивляются изменению при помощи целой системы хорошо организованных защит. Эти защиты включают в себя ригидную приверженность определенным видам объектных отношений и «особый» источник удовольствия патологического и обычно перверсивного типа.

Такие пациенты обычно выглядят отстраненными и занимают позицию наблюдателя по отношению к некоторым своим собственным переживаниям. Они обладают «выдающейся» способностью вместе с психотерапевтом говорить о себе как об объекте во втором и даже в третьем лице. Субъективность ими как бы отменяется, пациента не затрагивают слова психотерапевта, но при этом он делает вид, что интенсивно сотрудничает с ним. Целью этой защитной организации является поддержание хрупкого равновесия, в котором достигнутый на терапевтической сессии или группе прогресс, признание нужды в помощи и изменении на следующий день превращается в ничто и попросту аннулируется. При работе с такими пациентами всякий раз возникает чувство, что все надо начинать заново. У них практически отсутствует способность ассимилировать полученный позитивный опыт. За помощью такие пациенты обращаются тогда, когда их защитная организация начинает рушиться, в надежде восстановить и укрепить ее, а не избавиться от нее.

Зигмунд Фрейд в своей работе «Невроз и психоз» (1923) пишет: «Невроз переставляет конфликт между «Я» и Оно, нарциссический невроз (меланхолия) конфликт между «Я» и Сверх-Я, психоз конфликт между «Я» и внешним миром». Согласно Фрейду имеется некий общий знаменатель — конфликт, вызывающий фрустрацию инфантильных желаний. Он задается вопросом: «С помощью каких средств «Я» удастся безболезненно избегать вечного присутствия таких конфликтов?» И сам на него осторожно отвечает: «Я» может избежать всяческих конфликтов деформируясь само, соглашаясь на потерю своей целостности, возможно даже расщепляясь и дробясь. Следовательно, необдуманные поступки, странности и экстравагантности людей можно оценивать таким же образом, как и сексуальные перверсии, принятие которых избавляет их в действительности от вытеснения».

Фрейд использовал понятие «расщепление» скорее для описания сосуществования у индивида противоречивых представлений, когда признание фактов сочетается с их отрицанием. Он постулировал существование здоровой части личности наряду с одновременным существованием болезненной. З. Фрейд противопоставил процесс вытеснения, который является узловым для понимания неврозов, процессу расщепления и даже фрагментации которые в последствии стали рассматриваться как основополагающими для понимания пограничных личностных расстройств и перверсий, а также психозов. Продолжателями и наследниками идей Фрейда, в частности Мелани Кляйн, понятие «расщепление» стало использоваться для описания резких контрастных переходов между идеализацией и ощущением преследования. Именно из-за действия расщепления поведение азартного игрока представляет неразрешимую загадку для его родных и коллег по работе, его склонность к алогичным действиям, абсурдным, экстравагантным поступкам удивительным образом сочетается, например, с деловой хваткой, рассудительностью, высоким интеллектом, профессионализмом и работоспособностью.

В работе 1924 года «Потеря реальности при неврозе и психозе» З. Фрейд добавляет, что несмотря на кажущую легкость определения — невроз это внутриспсихический конфликт, а психоз — конфликт с внешним миром, все не так просто. Дело в том, что и при неврозе в некоторой степени нарушено восприятие реальности и присутствуют попытки заменить нежелательную реальность — реальностью удовлетворяющую желание.

Он пишет: «Это делается возможным благодаря существованию воображаемого мира, области, которая была оторвана от внешнего реального мира в момент введения принципа реальности и которая с того времени охранялась от требований жизненной потребности как «заповедник», не недоступный для «Я», но имеющий с ним лишь ослабленные связи».

Итак, какое отношение эти взгляды имеют к интересующей нас проблематике, как эти гипотезы могут помочь нам понять, кто такие азартные игроки чем они отличается от «игроков социальных» и почему они ведут себя столь алогичным и саморазрушительным образом?

Полагаю, что игра для азартного игрока представляет собой защитное отреагирование внутриспсихического конфликта путем расщепления «Я», ослабления связи с реальностью и погружения в воображаемый фантазийный мир, где все желания исполняются. У азартного игрока «зарезервирована» отдельная фантазийная непроницаемая область, в которой царствует принцип удовольствия.

Роль проигрыша и фантазий о всемогуществе

Проигрыш для азартного игрока — это столкновение с реальностью. Это торжество принципа реальности над принципом удовольствия. Проигрыш — это возвращение из всемогущей нарциссической вселенной, где азартный игрок царь и бог, на землю противоречия, конфликта и ощущения неравенства самому себе. Где царствуют самоупреки за слабость и плохой контроль над импульсами, поисков ответов на вопрос где взять деньги, и дачи зарок «никогда не играть больше».

Это то состояние, в котором игрок начинает думать о необходимости обратиться за помощью и может записаться на первичную консультацию.

Я обратил внимание на следующую закономерность — игрок приходит к психотерапевту или под давлением родственников или после очередного проигрыша. Причем обычно именно после проигрыша чужих денег, а не своих. Проигрыш своих денег для азартного игрока привычное дело, на это они, возможно, уже не обращают внимание. Прецедентов обращения после выигрыша или хотя бы не проигрыша, то есть когда игрок выходит из игрового заведения с тем, с чем он туда пришел, я в своей практике не встречал.

Игроман благодаря участию в азартных играх и активизации фантазий всемогущества получает удовлетворение и спасение от депрессии и скуки, которой наполнена его повседневная жизнь. Разумеется, у этого удовольствия имеется своя цена, и пациент платит ее, даже сталкиваясь с серьезными проблемами. Но, не смотря на проблемы, он не прекращает играть потому, что удовольствие, получаемое им, стоит тех страданий. То забвение боли и облегчение, которое получает пациент, находясь в игровом заведении, не идет ни в какое сравнение с самым продуктивным психотерапевтическим сеансом или терапевтической группой. Именно по этому игроки предпочитают казино психотерапии.

Проигрыш — это то, что возвращает игрока в реальность. Азартный игрок это не просто тот, кто играет много, долго или по крупному. У азартного игрока психотическая часть личности атакует и избирательно блокирует зрелые процессы мышления. Что с другой стороны приводит к организации отдельной ментальной сферы, в которой господствует «особое» всемогущее магическое мышление, нечувствительное к противоречиям и игнорирующее предыдущий опыт — «заповедник принципа удовольствия». Именно попадая под влияние этой части, азартный игрок идет в казино в очередной раз проигрывать деньги, будучи свято уверенным в том, что сейчас он выиграет и решит все свои проблемы.

Любая азартная игра построена на принципе неопределенности. Это всегда лотерея. Её результат невозможно спрогнозировать заранее. Случайность никогда не предугадаешь, не предусмотритишь наперед, не рассчитаешь и не предскажешь. Независимо от количества опытов, желаемый результат непредсказуем, иногда он есть, а иногда его нет. И в этом отсутствует какая бы то ни было система. Какие-либо особые личностные качества или игровой опыт не имеет значения. Для игрока неопределенность психологически не выносима, ибо связана с признанием факта ограниченности своих способностей и зависимости от случая. Азартный игрок — это человек, совершивший головокружительный пирует от слабости и незначительности к силе и всемогуществу. Он верит, что может магическим путем, контролировать неконтролируемое. И этот пирует игрок совершил исключительно в своей голове, в фантазии. В пациентах пробуждаются архаический способ мышления — магический, они начинают верить, что могут контролировать не контролируемое. Неопределенность, на которой основана любая азартная игра ими магически аннулируется, на место не прогнозируемости приходит вера в приметы, «фартовые дни», предвосхищение, телепатию, и/или собственное всемогущество. Игрок начинает жить в иллюзорном мире, его мир переполнен знаками, предчувствиями, идеями «особого отношения». Он склонен отождествлять фантазию с реальностью, чувства с поступками и размышления с действиями. Причины игровой зависимости заключены в психологической структуре индивидуума.

Азартный игрок играет до тех пор, пока у него есть такая возможность. Если возможности играть исчерпаны, он может прийти к психотерапевту. Некоторые азартные игроки столь успешно используют отрицание, что начинают думать, что у них все в порядке, если у них нет денег. Многие пациенты так и говорят: «Когда у меня нет денег — у меня нет проблем, играть, вообще, не тянет». Но все меняется, когда у них появляются деньги. Игроки, заполучив деньги на руки, тут же теряют контроль над своей психической жизнью. У них возникают автоматические фантазии об игре, своем могуществе, выигрыше, удаче, везении. Они начинают думать о том, как они сыграют, как выиграют, как будут тратить деньги, как разом отдадут все долги и т.д. У них повышается настроение, несмотря на возрастание тревоги. Возникает осознанное желание играть, но на этот раз, говорит себе игрок, надо быть умнее, расчетливее, остановиться, когда в «плюсе». Иногда они так хитро организуют свое время и обстоятельства, чтобы неведомым для себя образом оказаться на пороге игрового зала. Там они делают первую ставку... Забывая, что для патологического азартного игрока единственный способ не проиграть — это не вступать в игру.

Азартный игрок, в конце концов, обязательно проигрывает. В-первых, не стоит забывать, что игровые заведения это коммерческие

предприятия, а цель любого бизнеса получение выгоды, соответственно в азартной игре вероятность проиграть больше чем вероятность выиграть. Это объективная причина. Во-вторых, проигрыш необходим для психической экономии, для поддержания внутриспсихического баланса игрока.

Наркоман связан с реальностью через наркотик, от которого он зависим. Наркотик для наркомана — это Реальность, точнее часть реальности к которому аддикт имеет устойчивый интерес. Во многом это обусловлено тем, что к другим сферам интерес утрачен.

Игрок фиксирован на чувстве азарта и том специфическом изменении состоянии сознания, которое возникает во время игры. С одной стороны фантазии о собственном всемогуществе привели игрока к игре, с другой они интенсифицируются во время игры особенно в случае выигрыша. В далеко зашедших случаях пациент не может остановиться после начала игры даже, если он дал себе клятву поиграть полчаса или только на тысячу рублей. Он останавливается по двум причинам. Первая и самая распространенная — проигрыш и невозможность продолжать из-за отсутствия денег, вторая — крайнее психофизическое истощение.

Азартный игрок может играть сутками напролет, не выходя из игрового заведения. Один мой пациент, зайдя на «часок — другой» проиграл 26 часов подряд, за это время он только пил кофе и курил; в состоянии тяжелого психофизического истощения он дошел до припаркованной машины (в казино запрещено спать) проспал в ней три часа и еще более чем на сутки вернулся к игре. Только проиграв все, он почувствовал себя наконец-то свободным. На мой вопрос: «От чего он почувствовал себя свободным?» Он, удивив сам себя, ответил, что теперь он стал свободен от того неконтролируемого состояния ума, которое у него возникло после получения денег. Он почувствовал освобождение от навязчивых фантазий о собственном величии и всемогуществе. Измененное состояние сознания, сходное с галлюцинаторным исполнением желаний, отступило.

Азартный игрок это человек, чье мышление вышло у него из-под контроля. Проблема не в том, что человек играет в автоматы, проблема в том, что он сам превращается в автомат, перестает быть хозяином в собственном доме.

Краткое резюме

В данной части работы я рассмотрел некоторые психоаналитические взгляды на проблему игровой зависимости. Также попытался ответить на вопрос кто такой азартный игрок, чем он отличается от других людей и почему он ведет себя столь алогичным и деструктив-

ным образом. Выдвинул гипотезы, которые проливают свет на механизмы формирования, поддержания и прогрессирования данного расстройства.

Подчеркнул роль расщепления и защитных конфигураций лежащих (как я полагаю) в основе игровой зависимости. Показал защитную функцию игры, роль фантазий о всемогуществе и важность проигрыша для психической экономии игрока.

Социологический взгляд и особенности лечения

Социологический взгляд на игровую зависимость определяет ее (как в прочим и любую другую зависимость) как утрированную форму потребительства приводящую к постепенной изоляции индивидуума от общества. Сначала я опишу «вершину айсберга» так как это имеет большое практическое значение.

Среди их общих характеристик, наблюдателю бросается в глаза следующее:

1. Патологические азартные игроки не хотят выздоравливать
2. Патологические азартные игроки лживы
3. Патологические азартные игроки упрямы, склонны к бунту и саботажу

Рассмотрим эти тезисы подробнее.

«Патологические азартные игроки не хотят выздоравливать»

Многие пациенты поступившие на лечение в реабилитационную программу, имеют внешнюю мотивацию. В самом начале терапии, во время первых интервью, они даже не пытаются это скрыть, так как считают это само собой разумеющимся. То есть, они соглашаются лечиться, под давлением каких либо значимых фигур из своего окружения или из-за давления исходящим от кредиторов. Обычно есть кто-то, кто заинтересован в их выздоровлении и берет на себя организационные хлопоты. Например, ищет реабилитационные центры и специалистов, записывает их на консультацию и т.д. На момент начала терапии финансовое состояние пациентами описывается как «катастрофическое» или «кризисное». Они либо уже лишились работы (растраты, воровство, мошенничество — самые распространенные мотивы увольнения) или работают на двух или более работах, чтобы только свести концы с концами. У них есть склонность добывать средства манипулятивным, случайным, опасным и/или преступным способом. Практически у всех есть кредитные обязательства перед несколькими разными банками.

Патологические игроки не скупятся тратить колоссальные суммы, свое время и силы на обслуживание своей зависимости, но как только речь заходит о выздоровлении, тут начинается совсем другой разговор. Стандартный срок реабилитации равен двум месяцам и первые две недели пациенты адаптируются к новым для них условиям, а последние две недели — готовятся к выписке.

Часть пациентов даже не рассматривает всерьез образ жизни, в котором полностью отсутствует игра и соответствующая игровая атмосфера, или представляют его столь идеализированным образом, что он напоминает восточную сказку.

Некоторым пациентам в случае «успешного лечения» состоятельные родственники обещают всевозможную помощь в том числе «устройство» на престижные должности. Другим обещана выплата их денежных долгов, погашение взятых в банках кредитов.

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод: поступление в реабилитационную программу и глубокое, внутренне, осознанное, выстраданное желание выздороветь — совершенно разные вещи.

Участие в программе психологической реабилитации требующей решительного перепросмотра всей жизни, эмоционального напряжения и самоотдачи, по большей части, не интересует азартных игроков. Единственный их устойчивый интерес — это избавление от текущего дискомфорта практически любыми средствами.

«Патологические азартные игроки лживы»

Лживость игроков не похожа на нечестность невротиков, которые хотят произвести впечатление или скрывают правду, так как бояться обидеть (косвенно признавая этим ценность Другого). Азартные игроки лгут, потому что это стало для них естественным образом жизни и единственным способом поддерживать отношения, основанные на отрицании факта своей зависимости.

Аддиктивные пациенты отрицают/приуменьшают личный вклад в создание собственных проблем, замалчивают и намерено искажают информацию о себе. Лживость игроков имеет еще одно особое измерение — они лгут, потому что не хотят знать правду (Реальность). И, прежде всего правду о самих себе и о своей болезни.

«Патологические азартные игроки упрямы, склонны к бунту и саботажу»

Под упрямством я понимаю стремление игроков упорствовать в ошибках, выбирая неэффективные стратегии для решения своих проблем. Всякий раз, совершая одно и то же действие, они надеются иметь другой результат.

Игроки в большинстве случаев не способны предвидеть отдаленные последствия собственных поступков. Они часто руководствуются принципом «здесь и сейчас». Берут кредиты «на авось». Многие из таких потребителей до определенной поры уверены, что не понесут за не возврат никакой ответственности. Расплачиваться по таким кредитам нередко в итоге приходится их родственникам. Те, кому не на кого переложить свою ответственность, либо вообще забывают о долге, либо стараются покрывать его с помощью кредита в другом банке. При этом заемщики, как правило, сообщают о возникших финансовых трудностях кредитным учреждениям лишь в последний момент. Складывается впечатление, что их способность учиться на основании полученного опыта сильно нарушена.

Оказавшись в реабилитационной программе, многие из них тут же интересуются существующими правилами — только за тем, чтобы потом их нарушить.

Например, в условиях соглашения ясно указано, что во время прохождения двух месячного курса реабилитации запрещено употребление, каких либо психоактивных веществ (ПАВ), включая алкоголь. Там же прописаны санкции за нарушение — отчисление из программы. Игрок, заключивший соглашение, через неделю после начала реабилитации помня об условиях и возможных санкциях, преспокойно идет на пикник и выпивает там, объясняя сам себе свое поведение тем, что у него проблем с алкоголем нет, поэтому, дескать, это правило к нему не относится.

С другой стороны с дотошностью пройдохи-юриста некоторые игроки ищут неточности и двусмысленности в заключенном соглашении.

«Во время собрания группы запрещено пользоваться мобильным телефоном. Но я им не пользуюсь — я его просто не отключаю, так как жду звонка». Или еще вариант: в правилах написано, что во время прохождения реабилитации в случае игрового срыва следует рассказать о нем на группе. Клиент программы, пришедший на реабилитацию с намерением «выздороветь» на протяжении месяца практически каждый день ходил в казино, проводя в нем несколько часов завтракая, обедая и ужиная. Об этом его «времяпровождении» стало известно лишь случайно. На вопрос относительно мотивации его поведения он ангельским выражением лица сказал, что ни чего предрассудительно не делает, и не нарушает соглашение ведь, дескать, в соглашении написано, что следует говорить только об игровом срыве, а он же там не играет, а просто вкусно питается. Оперирруя к соглашению, он с чувством собственной правоты добавил, что в договоре не написано, что во время реабилитации запрещено посещать игорные заведения! В таких формах проявляется у игроков склонность к бунту и саботажу.

Еще один вариант — формальное внешнее подчинение, лишь бы оставили в покое. Ропот, саботаж, «забывание» сделать или принести домашнее задание, пропуски и опоздания, досрочное прекращение терапии — суть звенья одной цепи.

Понятие проективной идентификации переноса и контерпереноса

Небольшое теоретическое введение. В своих размышлениях я буду в основном опираться на труды школы Мелани Кляйн. Понятие проективной идентификации было введено ей в 1946 году. Кляйн рассматривала её как «прототип агрессивного объектного отношения» и своеобразным защитным маневром. Она полагала, что в глубине детской психики существует бессознательный страх перед уничтожением жизни. Тревога пробуждается благодаря опасности, которой подвергает организм инстинкт смерти. Аналитические наблюдения убедили ее в том, что первопричина тревоги заключена в страхе смерти. Примитивная психика избавляется от невыносимой параноидной тревоги путем эвакуации частей собственного «Я» в объект. Изначально это мать или заменяющее ее лицо. После проецирования этот объект начинает восприниматься как тождественный ранее спроецированной в него части. Таким образом, можно сказать, что проективная идентификация — это с одной стороны своеобразная защита с другой специфическое нападение и присвоение.

Начиная с 1957 года, Уилфред Бион благодаря своим трудам, обогатил психоаналитическое понимание и расширил концепцию проективной идентификации, описав нормальную степень проективной идентификации и не нормальную, чрезмерную, патологическую. Он полагал, что когда ребенка атакуют чувства, которые он не способен переносить, ребенок проецирует их в мать. Бион писал: «Я пришел к выводу, что для того, чтобы понимать, чего хочет ребенок, мать должна трактовать плач младенца как нечто большее, чем требование ее присутствия. С точки зрения младенца, она должна принять в себя, и таким образом пережить, страх того, что ребенок умирает. Именно этот страх ребенок не может контейнировать. Ребенок стремится отщепить страх вместе с той частью личности, в которой он расположен, и спроецировать его в мать. Понимающая мать способна переживать то чувство ужаса, с которым ее ребенок стремится справиться с помощью проективной идентификации, и в то же время оставаться уравновешенной». Проективная идентификация позволяет ребенку исследовать его собственные чувства, которые слишком сильны, чтобы он мог их удерживать. Проективная идентификация предоставляет ре-

бенку возможность изучать свои чувства в личности, достаточно сильной для того, чтобы не разрушиться из-за их воздействия.

Проективная идентификация стала описываться как специфический, очень ранний механизм нормальной коммуникации, а патологическая проективная идентификация — начинает усиленно действовать тогда, когда не срабатывает процесс нормального контейнирования.

Важнейшими составляющими процесса контейнирования являются, способность матери к активной проработке, вмещению и моделированию помощью своих более развитых психических функций и возвращение ребенку его тревог в приемлемом для него виде. Сначала кормление, уход и забота, потом речь обращенная к ребенку, обучает его осознавать свои влечения и тревоги, наделяет смыслом, дает возможность выдерживать свои чувства, а также дает опыт символического замещения своего отсутствия.

Так в аналитический язык было введено понятие «контейнер» — то куда помещают, «контейнируемое» — то, что помещают и «контейнирование» — описание самого процесса.

Используя проективную идентификацию, пациенты пытаются вызвать в психотерапевте чувства, которые не могут переносить сами, но при этом хотят их выразить и легализовать. Многие моменты стали проясняться после сенсационного доклада Паулы Хайманн: «О контрпереносе» (1949). В нем впервые была озвучена мысль о том, что контрперенос является произведением пациента. Концепция проективной идентификации в этой связи приобрела ещё большую объяснительную силу. Проективная идентификация — это не просто фантазия, как считала Кляйн, она имеет инвазивную природу. Благодаря этому психотерапевты стали понимать, что многие чувства, мысли, мечты и фантазии, отмечаемые ими во время сессии, связаны с внутренним миром пациентов. Эти состояния были транслированы и внедрены в них пациентами посредством проективной идентификации. Психотерапевт становится объектом, в который пациент размещает свой внутренний мир и свои бессознательные конфликты посредством проективной идентификации.

Терапевт на сессии встречаемся с переживаниями, которые часто находятся за пределами слов так, как они нерепрезентируемы вербально, он понимает их, опираясь лишь на возникающие в нем контрпереносные чувства.

Очень важно отмечать, как пациенты воздействуют на нас. Контрперенос это не только бессознательная реакция на перенос пациента. Бетти Джозеф писала: «Контрперенос — это чувства, вызываемые пациентом в терапевте». Важным нам видится вот еще что: Анализ контрпереноса это, в том числе, анализ внутреннего мира пациента, а именно его влечений, защит и тревог.

Занимаясь психотерапией, мы психологи, считаем, что изменение возможно. Соответственно у нас есть ожидание, что пациент желает измениться. Размышляя так, мы задаем предварительные вопросы: Как мы можем помочь данному пациенту измениться? В чем конкретно будут проявляться эти изменения? При этом следует учитывать реальную ситуацию пациента, его предшествующий опыт, в том числе и психотерапии, если он имеется. Я исхожу из гипотезы, что симптом пациента представляет собой всего только самый верхний слой, за который собственно и находится истинное расстройство, из-за которого пациент пытается отыскать терапевтическую помощь. Я также считаю, что «болезнь» пациента отнюдь не является процессом, который насильственно навязан ему извне. Нужно разобраться в том, в чём же на самом деле состоят конфликты пациента, почему они до сих пор оставались неразрешёнными. Родственники пациента, его ближайшее окружение могут быть буквально одержимы желанием, чтобы пациент изменился, но вскоре становится ясно, что этого совершенно недостаточно. Многое зависит от того, насколько сам пациент хочет измениться, и от чего он готов отказаться ради этих перемен. Каждое «Да» требует «Нет». Наряду с сознательным аспектом этого желания существует еще бессознательный.

Никогда наперед нельзя сказать будет ли данный пациент выздоравливать или нет. В нашем опыте часто было так, что те пациенты шансы которых мы оценивали высоко, вскоре разворачивались на сто восемьдесят градусов, обесценивали проведенную работу и срывались. Другие же первоначально не подававшие надежды, медленно, вставляли на путь выздоровления и изменения. В процессе работы становится ясно, насколько трудно пациенту воспринимать то, что он никогда раньше не замечал в себе. И насколько тяжело ему замечать и признавать те части себя, о которых он раньше ни чего не хотел знать.

В случае успешного лечения пациент переходит от концентрации на симптомах к видению своего внутриспсихического конфликта.

Даже наиболее хорошо мотивированный пациент находится во власти сознательных и бессознательных сил, которые с огромной силой сопротивляются любому изменению, даже если они во благо. Большей частью эти аутодеструктивные силы бессознательны. Например, пациент отчаянно сопротивляется возможности стать успешным, счастливым или более спокойным. Деструктивное сопротивление изменениям столь же сильно маскируется, так же как до этого скрывалась сама зависимость. За всё становится ответственной судьба или невезение — виновны близкие или прошлое... Пациент предписывает свое сопротивление обстоятельствам, превращает реальность в идеальное пространство для размещения собственных проекций. Пациент может создавать удивительно закамуфлированные методы самообольщения

и саботажа, которые и приводят его к ожидаемым «тяжелым жизненным обстоятельствам». Другой вариант: списывание всех трудностей на свою игровую зависимость и на связанные с ней осложнения.

Специфика контртрансферных реакций

Аддиктивные пациенты вследствие своих особенностей производят очень сильное воздействие на психотерапевтов. Многие из моих коллег, избегают работать с ними. Психотерапевты жалуются, что в работе с ними они не в состоянии избежать истощения. Аддиктивные больные снискали всеобщую славу трудных и неприятных пациентов.

Вероятно подобное отношение — проявление специфического комплиментарного контрпереноса. То есть чувства, и поступки терапевта начинают соответствовать переживанием и поведению отвергающей или безразличной матери, от действий которой в своем детстве страдали сами пациенты. Хайнрих Раккер был первый, кто ясно дифференцировал разные виды контрпереносных реакций. Он различал конкордантный (согласующийся, одинаково направленный) и комплиментарный (дополнительный) В случае конкордантного контрпереноса терапевт как бы перемещается во внутреннюю ситуацию пациента и идентифицируется с ним, то есть с его Ид, Эго, или Супер-Эго. То есть в случае конкордантной идентификации терапевт переживает у себя то же самое чувство, которое в этот момент переживает пациент. Правда, когда терапевт отвергает и не принимает какие-либо части пациента (особенно связанные с аддикцией), он не может эмпатически вчувствоваться, понять и разделить его внутренний мир.

При комплиментарном переносе у терапевта происходит идентификация с внутренним спроецированным объектом пациента. Например, с репрезентацией родителя.

Психотерапевт переживает те чувства, которые пациент предписывает объекту своего переноса. В это же время сам пациент переживает заново те чувства, которые он раньше испытывал к родительским фигурам.

Деструктивность которой пропитано внутреннее пространство зависимой личности находит свой выход в виде агрессии пациента к терапевту. Терапевт принимает на себя удар и комплементарно идентифицируется со спроецированной в него преследующей фигурой. Кажется, что терапевту нечего не остается делать, как защищаться — конфрантируя с пациентом или отстраняясь от него. Не осознавая своего контрпереноса, часто терапевт не пытается разобраться, почему пациент воспринимает его именно так, что заставляет его нападать, и почему его ответная собственная реакция на пациента столь сильна. Аддиктивный пациент в свою очередь оказывается в типичной

для него ситуации, когда он противостоит некому критикующему, преследующему или устраняющемуся объекту. И чувствует себя вынужденным повторять и усугублять свои защитные маневры, оказываясь в еще большей изоляции и тревоге.

Аддиктивные пациенты массировано используют проективную идентификацию и тонко выстраивают такую форму коммуникации в которой на психотерапевта оказывается давление, чтобы он вел себя именно таким образом — пренебрегающим или преследующим. Ситуация характерная для его детства повторяется и воспроизводится на сессии.

Пациенты также проецируют невыносимые аспекты самих себя и индуцируют соответствующее внутреннее состояние в терапевте, а затем торжественно настаивают на легализации терапевтом своего отношения к ним.

По моим наблюдениям особенно в начале терапии комплиментарный контрперенос доминирует над конкордантным.

Психотерапевт чувствует, что ему сложно, а по час невозможно эмпатически идентифицироваться с пациентом.

Хочу отметить еще один важный момент, аддиктивный пациент управляет своими близкими через свою зависимость и её болезненные последствия, таким образом его садистические тенденции находят свое выражение. Пациенты чтобы они о себе не рассказывали, отнюдь не живут в вакууме. Для жизни человеку необходимо не только определенное внутреннее равновесие, но и равновесие в системе, охватывающей несколько значимых для этого человека персон. И любое изменение отдельного узлового пункта более или менее сильно изменяет всё строение, а потому и вызывает сопротивление со стороны других людей. Семейная система аддиктивных пациентов обычно ригидная и манипулятивная. Родственники пациента иногда пытаются управлять психотерапевтом так же, как пациент управляет ими через свое игровое поведение. Они убеждены в том, что имеют на это полное право. Часто влияние членов семьи и заинтересованных в лечении лиц носит чрезвычайно манипулятивный, созависимый и разрушительный характер. Их давление, нереалистические требования и попытки контролировать терапию могут вызвать в психотерапевте состояние, которое Х. Раккер назвал «косвенным контрпереносом».

Косвенный контрперенос характеризуется параноидными страхами перед третьей стороной и неадекватным чувством вины. Дополнительная работа с семьей помогает прояснить их ожидания и страхи и является важной частью терапии.

Отто Кенберг пишет: «Поведение пациентов в терапевтической среде имеет тенденцию вызывать нарушения межличностных отношений среди больничного персонала, которые бессознательно воспроиз-

водят в социальном окружении пациента интрапсихический мир его объектных отношений». И далее: «Проективная идентификация является главным фактором, с помощью которого пациент вызывает комплиментарные идентификации в переносе у больничных терапевтов и запускает межличностные конфликты у персонала, взаимодействующего с пациентом, и даже во всей социальной системе больницы в целом, что приводит к дальнейшему подкреплению контрпереноса терапевта и опасному усилению возможности отыгрывания его вовне».

Аддиктивные пациенты производят бессознательные попытки «расщепить» персонал реабилитационного центра. В случае успеха это расщепление проявляется в том, что одни сотрудники начинают считать одного и того же пациента «абсолютно хорошим», а другие «абсолютно плохим». Так проявляется межличностный аспект расщепления.

Интрапсихический аспект расщепления проявляется как резкий переход от восприятия психотерапевтом пациента от «выздоровливающего» к «сопротивляющемуся». Что представляет собой эквиваленты репрезентаций «абсолютно хорошего» и «абсолютно плохого» объекта.

С другой стороны, объективно наблюдаемое поведение аддиктивных пациентов не отличается стабильностью. Для них характерно полностью непредсказуемые для персонала реабилитационной программы переходы от откровенности, честности и заинтересованности в лечении к отрицанию, негативизму и презрению. Например, поступив на лечение, игрок на словах демонстрирует желание выздороветь, сожалеет о потерях, к которым привело его злоупотребление, раскаивается в своих преступлениях, воровстве и нечестности и т.д. На следующий день он уже собирается прекратить лечение, откровенно лжет, и манипулирует. У наблюдателя легко создается впечатление, что как будто речь идет о двух разных людях. Которые не только по поведению, но даже внешне не похожи друг от друга. Когда расщепление достигает своего максимума, кажется что можно уже говорить о диссоциации и о феномене множественной личности. Во истину у игрока «правая рука не знает, что делает левая»!

Виды переноса

Далее я рассмотрю особенности и виды переноса, который проявляется у аддиктивных пациентов во время психотерапевтического лечения. Существует специфическое искажение восприятия пациентами личности и поступков психотерапевта. В психоанализе подобное искажение называется — перенос. Перенос — есть проявление неадекватного поведения при взаимодействии пациента с психотерапевтом в настоящем, которые являются повторением его кон-

фликтных реакций по отношению к значимым личностям в прошлом. Перенос это новое «издание» старых отношений. Чувства, импульсы и защиты по отношению фигурам из прошлого смещаются на личность в настоящем и, не смотря на их интенсивность и неуместность, сами пациенты не осознают этого искажения.

О. Кернберг выделяет три вида переноса, которые обнаруживаются у пограничных пациентов имеющих тяжелую патологию Супер-Эго, в именно психопатический, параноидный и депрессивный.

Он пишет: «Способность быть честным — в обычном социальном смысле слова, способность ощущать адекватную вину и чувство долга во взаимоотношениях с другими людьми, — все это признаки нормальной работы функций Супер-Эго. Постоянная нечестность во взаимоотношениях, отсутствие заботы и ответственности во всяком взаимодействии с людьми показывает отсутствие или нарушение функций Супер-Эго».

Я согласен с Кернбергом относительно доминирования психопатического и параноидного переноса в терапии пограничных пациентов. Описанный им депрессивный перенос — редкость, он возникает на поздних стадиях психотерапии или анализа. Я считаю, что для аддиктивных пациентов депрессивный перенос не характерен. Полагаю, что наряду с психопатическим и параноидным переносом для аддиктивных пациентов (особенно для игроков) характерен еще один специфический вид переноса, который я назвал маниакальный. Далее я последовательно опишу особенности переноса у аддиктивных пациентов.

Психопатический перенос — проявляется в том, что пациенты лгут и сознательно искажают факты о себе и своей жизни. Психопатический перенос — характеризуется тем что пациенты воспринимают психотерапевта как того кого следует обмануть. Аддиктивные пациенты отрицают и/или приуменьшают личный вклад в создание собственных проблем, замалчивают, скрывают и намерено искажают информацию о своих субъективных переживаниях и важных взаимоотношениях. О. Кернберг пишет: «Обычно пациент, демонстрирующий обманывающее поведение проецирует такие тенденции и на терапевта. Действительно, убеждение пациента, что психотерапевт нечестен, является наиболее заметным аспектом переноса во многих случаях; чем более нечестен сам пациент, тем более нечестным он считает терапевта». (Курсив мой). Чем сильнее аддиктивные пациенты эксплуатируют психотерапевта и манипулируют им, тем сильнее им кажется, что психотерапевт эксплуатирует их или преследует свои личные корыстные цели. Иногда ложь и нечестность доминирует в переносе настолько, что это делает психотерапию невозможной.

Параноидный перенос — проявляется в том, что пациенты крайне недоверительно и с недоверием относятся к психотерапевту, видя в

нем преимущественно родительские черты. Такие пациенты обычно используют проективную идентификацию. Проективная идентификация требует присутствия реального внешнего объекта, в который можно поместить проекцию таковым и является терапевт. Прежде всего, в него проецируются наиболее беспокоящие психотические части. Проекция садистических импульсов приводит к тому, что пациент начинает воспринимать психотерапевта как потенциально опасного. Иногда тут же, особенно у нарциссических пациентов, параллельно включаются механизмы обесценивания и презрения, так что в их восприятии терапевт перестает быть столь пугающим, но склонным к предательству. Такие пациенты начинают считать психотерапевта союзником преследующих их родительских фигур, чья работа заключена в том «выбить» из них побольше информации, поймать на нечестности и «перепереть к стенке».

Маниакальный перенос — проявляется в том, что пациенты весьма легкомысленно относятся к психотерапевту и психотерапии, отрицают и приуменьшают существование проблем или трудностей. Маниакальный перенос — проявляется в том, что пациенты смотрят на психотерапевта «свысока» относясь к нему с презрением. Часто такие пациенты многословны, часто они почти непрерывно говорят на сессии или на психотерапевтической группе. Слова психотерапевта ими воспринимаются как больше говорящие о душевном состоянии терапевта, нежели сообщения, дающие какое либо понимание их проблем и трудностей. Такие пациенты практически не способны слушать, ни когда не разрешают себе удивиться в ответ на интерпретацию и часто перебивают терапевта на полуслове. Развитие маниакального переноса становится вызовом для практически любой интерпретации. Часто единственное проявление маниакального переноса выражается в том, что терапевт не в состоянии своими словами «достичь» пациента.

Главной задачей пациента является избавление от нежелательного ментального содержимого, которое он проецирует в терапевта. Будучи в таком состоянии он почти неспособен принимать в расчет собственную внутреннюю психическую реальность. Пациент как будто не располагает ни временем, ни пространством для размышлений, и боится исследовать свои ментальные процессы. Маниакальный перенос проявляется в неспособности к интроспекции, при этом пациент иногда с поразительной, почти экстрасенсорной точностью может диагностировать эмоциональное состояние терапевта. Я назвал этот феномен «Синдромом Радара». Пациент, мельком взглянув на психотерапевта, говорит: «Вы злитесь», «Вы встревожены», «Вы рассержены» и т.д. На вопрос терапевта, что он сейчас чувствует, пациент обычно реагирует растерянностью и непониманием.

Конечно, можно обращаться с сообщением пациента о том, что «чувствует терапевт», как с проекцией. Тем более что когда проекция попадает в цель, она не перестает быть проекцией. С другой стороны, первыми признаками трансформации маниакального переноса является ошибки в восприятии чувств и состояний терапевта, одновременно с началом понимания своих чувств и состояний. Парадокс тут вот в чём: чем хуже пациент тестирует свою внутреннюю реальность, тем больше он обращается к реальности внешней.

В мании Эго и Супер-Эго становится единым, соответственно контролирующие и сдерживающие функции выпадают. Супер-Эго «растворяется» не только в алкоголе, но и в мании.

Для мании характерно бегство от внутренней реальности во внешнюю реальность. Отто Фенихель пишет: «Пациенты испытывают голод по объектам не, потому что нуждаются в поддержке и заботе с их стороны, а чтобы реализовать свой потенциал и избавиться, наконец, от расторможенных побуждений, которые ищут разрядки». Терапевт нужен пациентам не для помощи, понимания и поддержки, а для самореализации. И далее: «Чувство триумфа» — нормальная модель мании. Анализ этого чувства показывает, что оно возникает всякий раз, когда отпадает необходимость в затратах, связанных с амбивалентными реакциями бессильного субъекта на могущественный объект».

По нашим наблюдениям подобное состояние развивается у некоторых аддиктивных пациентов, начиная со второй недели после отказа от аддиктивных практик. Пациенты ощущают себя всемогущими, они уже не бессильные рабы своей зависимости. «Богopodobие» в мании проявляется в том, что пациенты начинают считать себя всезнающими, планируют безпроблемное будущее и устремляются к неким идеальным целям.

Пациенты уверены, что больше никогда не вернуться к игре.

Через короткое время им вообще начинает казаться, что у них вовсе и не было никакой зависимости, и все их беды случились с кем-то другим. Пациенты отрицают, какие либо депрессивные ощущения, заменяя их на противоположные.

Складывается впечатление, что их Эго и Супер-Эго сочетались браком, и у них начался «медовый месяц». Но подобное состояние коротко, эйфория проходит. Рано или поздно пациенты начинают видеть ущерб и потери, которое их поведение нанесло им и их семьям. Пациентам начинает казаться, что все бессмысленно, груз долгов слишком велик, что психотерапевт обманул их, и выхода нет. В этот момент пациенты часто срываются и прекращают лечение. Я полагаю, что маниакальный перенос достаточно часто обнаруживаются у пограничных аддиктивных пациентов имеющих тяжелую патологию Супер-Эго. Особенно в начале ремиссии.

«В мании Эго пытается найти убежище не только от меланхолии, но также от параноидного состояния, с которым оно не способно справиться» (М. Кляйн 1935). Маниакальность так же является защитой от паранойи. «Эго пытается защитить себя от самой сверхмощной и значительной тревоги из всех, а именно его страха внутренних преследователей и Ид. Говоря иначе то что, прежде всего, отрицается, есть психическая реальность, и Эго затем может перейти к отрицанию большей части внешней реальности» (Курсив М. Кляйн).

Кратко обобщая написанное: психопатический перенос у аддиктивного пациента проявляется в восприятии терапевта как человека, которого следует обмануть он выражается во лжи, нечестности, злонамеренном сокрытии тайн пациентом.

Искажение восприятия внешней реальности, наличие тайны и могущественного пресекаторного заговора, в который втянут терапевт, является характеристикой параноидного переноса.

Отказ от восприятия внутренней реальности, легкомысленное поведение, бегство во внешнюю реальность, ощущение отсутствия всякой тайны, и всемогущий триумф над терапевтом, который воспринимается, как достойный презрения, является центральными чертами маниакального переноса. На основании выше изложенного я считаю целесообразным описывать маниакальный перенос как отдельный феномен.

Феномен тяги

Стержневым синдромом любой аддикции является феномен патологического влечения, он же отличает их от других больных. Феноменологически патологическое влечение, я определяю так: *«Патологическое влечение (тяга) — это специфическое влечение к объекту зависимости возникающая посредством активизации в памяти аффективно заряженного положительного впечатления и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем»*. Континуум тяги простирается от незначительного эмоционального дискомфорта, обсессивного влечения с борьбой мотивов, до безкомпромиссного, разрушительного импульсивного поведения. В обычных условиях тонкие проявления тяги пациенты не замечают. Только по поступкам и то задним числом они могут понять, что их поведение диктовалось влечением к специфической аддиктивной практике. В этом нет ничего удивительного. Так как для всех патологических игроков характерно отрицание своего внутреннего мира, что, в конце концов, приводит к безразличию, игнорированию любого вида интроспекции и категорическому и последовательному ее избеганию. Подобный стиль пове-

дения Леон Вёрмсер метко назвал — психофобией. Нетрудно увидеть в психофобии проявление маниакальных защитных конфигураций. Можно сказать, так что синдром патологического влечения — это то, что будет сопровождать игрока неопределенно долго в ремиссии.

Так как преобладающий канал для коммуникации у аддиктивных пациентов — невербальный они используют проективную идентификацию, чтобы сообщать терапевту о своем психическом состоянии.

Аддиктивные пациенты способны индуцировать в терапевте фантазию о занятии специфической аддиктивной практикой, одновременно отрицая в себе подобные желания.

Во время группового занятия пациент начинает вспоминать свою прошлую наполненную азартом жизнь, как он весело и легко проводил свое время. О том как ему везло, как он был щедр и благодушен, какие суммы он выигрывал и т.д. При этом пациент как бы внутренне преобразуется и оживает, у него может появляться лихорадочный блеск в глазах. Все это звучать очень красиво, складно и привлекательно. Через какое то время на сессии психотерапевт может к своему большому удивлению поймать себя на мысли о том, почему бы ему самому не сходить в игровое заведение и сыграть. Даже если психотерапевт ни разу в жизни не играл, он может начать думать, почему бы попробовать, ведь новичкам же везет и т.д.

У. Бион описывал это состояние: «...как временную утерю понимания; человек находится под воздействием сильных ощущений, а одновременно считает, что их наличие вполне объясняется сложившейся объективной ситуацией, не считая необходимым обратиться к более обстоятельному прояснению причин». Далее он пишет: « ... возникает ощущение, что становишься совершенно особой персоной в совершенно особой эмоциональной ситуации. Я верю, что главным требованием к психоаналитику ...является обладание способностью устранять от себя опьяняющее чувство реалистичности, которое сопровождает подобное состояние».

Анализирую свои чувства, которые возникают во время рассказа пациента, психотерапевт может задать пациенту вопрос: «Что ты сейчас чувствуешь, рассказывая все это?» Обычный ответ пациента в том, что он не знает, что он сейчас чувствует или он ничего не чувствует. Но если с подобным вопросом обратиться к группе, то можно услышать о том, что во время рассказа об игре у других пациентов возникла очень сильная тяга сыграть и соответствующие фантазии. Рассказчик же в свою очередь, не замечая в себе влечение к игре, может индуцировать тягу в других пациентах, и сила этой индукции прямо пропорциональна силе его отрицания. Только после того как пациент получит «обратную связь» от группы и от психотерапевта он может отметить, что действительно сейчас испытывает тягу к игре. О наличии, которой

еще несколько минут назад он и не подозревал. И эта тяга говорила через него на группе.

Азартные игроки используют терапевта и группу в качестве «контейнера» куда они помещают свои влечения и те отщепленные части себя, с которыми опасаются встретиться. Для терапевта существует большой риск, что он, вместо того чтобы анализировать помещаемые в него части «Я» пациента начинает их эго-синтонно переживать. Неспособность терапевта распознать свой контрперенос, может привести к самым печальным последствиям для него и для группы в целом.

Терапевтическая задача в этом случае заключается в том чтобы помочь аддиктивному пациенту соприкоснуться со своей внутренней психической реальностью. Терапевт принимает и «контейнирует» невыносимые проекции пациента, возвращая их в модифицированном, приемлемом виде как интерпретации. Здоровая часть даже у тяжело нарушенных пациентов чувствует облегчение и благодарность за способность терапевта выдерживать проекции пациента. С другой стороны, терапевт становится тем, кто осуществляет «холдинг» — внешнюю заботу. Забота предполагает желание помогать пациенту, несмотря на его деструктивность благодаря идентификации терапевта с образом идеального родителя. Забота происходит также благодаря проработке терапевтом своей агрессии к пациенту и вины за нее, которая приводит к желанию репарации.

Классификация групп

Далее я покажу специфику групповой динамики и очерчу круг проблем возникающих при групповом лечении азартных игроков в специализированной реабилитационной программе.

Сначала я рассмотрю процессы, происходящие в малых группах. Психоаналитические формулировки делают акцент на идентификации между членами группы, на идентификации членов группы со своим лидером и на отношениях с общим врагом, — причем все три фактора играют важную роль в ослаблении разрушительных последствий соперничества между членами группы

Необходимость объяснения наблюдаемых феноменов привело меня к творчеству У. Биона который рассматривал группу как целое.

Бион начинает свое описание групповой динамики с отсылке к Фрейду, который при помощи психоаналитического метода осветил таинственные места оставшиеся не проясненными, несмотря на исследования Le Bon и McDougall. Однако следует отметить, что «Тотеме и табу», а также и в «Психологии группы и анализе Я», Фрейд ссылается на антропологическую и социологическую литературу, которая

уже сильно устарела. Собственных подобных исследований он не проводил.

Главная идея Фрейда была в том, что семья как группа, является основной схемой, по которой функционируют все другие группы. Бион полагал, что фрейдовское понимание динамики групп верно, но нуждается в дополнении.

С этой целью Бион обратился к открытиям Мелани Кляйн посвященным наиболее ранним стадиям развития и примитивным объектным отношениям. Он считал, что центр групповой динамики занимают более примитивные механизмы, которые Кляйн описывала, характеризуя параноидно-шизоидную и депрессивную позицию.

В своей работе Бион подчеркивает тот факт, что его теории стали ответами на актуальные вызовы времени, личного эмоционального бремени и переживаний с которыми он столкнулся в своей практике. Будучи директором реабилитационного центра психиатрического госпиталя, во время Второй мировой войны. Наблюдаемые им феномены в больших группах не могли быть концептуализированы благодаря только взглядам Фрейда, и именно эта нужда подтолкнула его к созданию собственной оригинальной теории. Позже Бион распространил обнаруженные им закономерности на малые группы.

В своей работе У. Бион описал специфические регрессивные феномены, которые возникают в группах, где психотерапевт не доминирует как лидер.

Всякая группа собирается вместе, чтобы что-то реализовать.

Группа функционирует как единое целое для выполнения этой задачи. Отслеживая фантазии, тревоги, страхи и ожидания пациентов он пришел к открытию явления получившего название — «базовое допущение».

«Базовое допущение» — это разделяемые членами группы грандиозные фантазии относительно того, как достичь групповых целей и удовлетворить групповые желания.

Группу, основанную на базовом допущении, Бион противопоставил рабочей группе. Рабочая группа основана на кооперации, которая осуществляется, осознано и зависит от способностей, которыми обладают члены группы.

Рабочая группа связана с реальностью и нахождение в ней требует от ее участников зрелости, терпимости к неизбежным разочарованиям, и способности к вербальной коммуникации. Терапевт выполняет функции лидера в весьма ограниченном объеме и наряду с другими членами стремиться к выполнению стоящей перед ними задачи.

Когда члены группы сталкиваются с реальными жизненными трудностями, они реагируют по-разному. Некоторые стремятся решить стоящую перед ним проблему. Другие регрессируют на более низ-

кий уровень функционирования и начинают отрицать, приуменьшать, идеализировать или избегать. Чтобы описать эти регрессивные закономерности он выделил три разновидности организации групп основанных на базовых допущениях.

1. Группа «Зависимости»

Члены группы наделяют терапевта «божественными» атрибутами проецируя на/в него собственное архаическое всемогущество. Они стремятся почувствовать себя в безопасности, избавиться от всякой ответственности и получить от него все, что им нужно. Идеализация лидера сопровождается неизбежным параллельным обесцениванием себя и ощущением своей неполноценности и беспомощности. Что в свою очередь еще больше усиливает требовательность, которая перерастает в зависть и ненасытность. Несмотря на то, что подобное восприятие не соответствует реальности, члены группы ведут себя таким образом, как будто так оно и есть на самом деле. Как бы говоря психотерапевту: «Вы тут специалист, ну вот и лечите нас!»

2. Группа «Борьбы/бегства»

Члены группы объединяются вокруг идеи о существовании некоего могущественного и коварного врага или пресекаторного заговора (например: организованного игровым бизнесом, коррумпированными чиновниками, банками и т.д.). Которого следует либо люто ненавидеть и сражаться, либо бояться и спастись бегством. От терапевта ожидается, что он будет контролировать и направлять группу, следить за порядком, защищая их от собственной агрессии и враждебности. Члены подобных групп склонны к избеганию, жалуются на хроническое утомление, разобщены и испытывают ненависть к психологическим затруднениям любого рода.

3. Группа «Образования пар»

Объединение происходит на почве веры в то, что все существующие проблемы в группе будут автоматически разрешены в будущем кем-то еще не рожденным — «Мессией». Некоторые члены группы с молчаливого одобрения других создают пары, (не обязательно по половому признаку) которые выражают общую надежду всех на счастливое и беззаботное решение всех трудностей. Обсуждения в группе связаны с оптимистическими надеждами и планами на будущее которое представляется исключительно в «розовых» тонах.

Суммируя выше описанные феномены можно сказать, что базовые допущения — это всемогущие магические фантазии членов группы о том каким образом будут разрешены все их текущие проблемы.

Бион ввел понятие «валентности» — это способность индивидуума к мгновенной, автоматической непосредственной связи с другим человеком, для того чтобы разделить с ним и реализовать на практике одно из базовых допущений.

Иногда одно базовое допущение главенствует в течение долгого времени, в других случаях оно меняется в течение одного часа несколько раз.

Некоторые закономерности

Теория Биона дает возможность психотерапевту идентифицировать скрытые и запутанные эмоциональные и поведенческие конфигурации, возникающие в группе. Мы, например, никогда не наблюдали устойчивого доминирования одного из трех допущений в группе состоящей из аддиктивных пациентов включая группы состоящие исключительно из игроков. Происходила частая смена базовых допущений. Возможно, что это как-то коррелирует с нестабильностью состояния Эго у аддиктивных пациентов.

Мы так же обратили внимание, что в функционировании группы аддиктов прослеживается определенная закономерность — группа движется от страха локализованного в прошлом и приводящего к бегству. Далее группа движется к ненависти, решимости и готовности к борьбе. Борьба приводит к воодушевлению, переживанию чувства идентичности, объединению и образованию пар и надеждам на будущее. Группу, объединенная под знаменем «зависимость» мы наблюдали редко.

Страхи и желания

Группа всегда собирается для решения некой определенной задачи. Однако, проблема тут вот в чем — аддиктивные пациенты часто не в состоянии понять, в чем лично для них заключена эта задача. И каким образом можно достичь поставленной цели. Эффективное функционирование группы возможно только в случае ясности цели и наличия согласия между участниками. Проблема в том, что истинные цели прихода в реабилитацию у игроков могут быть самые разнообразные и иногда не связаны с желанием излечиться от зависимости. Например: для одних это возможность избежать ответственности, укрытие от преследователей и кредиторов, для других уступка родственникам или требование поручителей и опекунов и т.д.

В группе неизбежно возникает путаница так как, некоторые пациенты полагают, что их задача заключена в том, чтобы побыстрее и без проблем «вылечиться». Другие видят свою задачу в том, чтобы продемонстрировать себя другим (особенно терапевтам) с «хорошей стороны», «раскаяться» и т.д. Ничего удивительного, что временами психотерапевту кажется, что единственное, что объединяет пациентов так это диффузное сопротивление терапевтической работе и избегание.

На этот телеологический хаос еще накладывается тревога, связанная с самим фактом членства в группе. Аддиктивный пациент, попадая реабилитационную программу, вырывается из изоляции и сталкивается с другими людьми в группе. Сначала он задается вопросами, относящимися к безопасности: Кто эти люди? Как они тут оказались? Можно ли им доверять?

Вопросы доверия, сменяются опасениями связанные с принятием: Как они отнесутся ко мне? Буду ли я принят группой? За ними следуют вопросы, касающиеся принадлежности и идентичности: Кто я? Что для меня значит быть членом этой группы? Не потребует ли участие в группе от меня чего-то неприемлемого? Некоторые пациенты начинают воспринимать членство в группе, как угрозу собственной идентичности. Риск потерять личностную идентичность переживается участниками группы, как страх быть психологически поглощенным другими людьми, и попасть в зависимость от терапевта, что приравнивается ими (в фантазии) к тотальному уничтожению.

Активизация регрессивных параноидных процессов и примитивных объектных отношений с соответствующими фантазиями о внедрении и всемогущем контроле приводит к суждениям типа: «Здесь зомбируют», «Психологи промывают мозги», С обывательской точки зрения, все это звучит просто как насмешка над здравым смыслом. Но с точки зрения пациентов это не так.

Они боятся, что участие в группе потребует от них жертвы; чего-то такого, что противоречит их принципам и убеждениям.

Этот страх порождает у них иллюзию, что как будто у них в действительности есть какие — то устойчивые, непротиворечивые принципы и убеждения!

Другие пациенты выражают свое беспокойство, не повредит ли участие в реабилитационной программе их глубоким духовным и религиозным воззрениям. Или не ухудшится ли их физическое и психическое здоровье из-за участия в группе.

Подобные феномены могут свидетельствовать так же о выпадении функции наблюдающего Эго вследствие массивной регрессии.

Правда, через некоторое время пребывания в группе, пациенты принимают цели терапевта и начинают говорить о том, что они здесь, для того чтобы лечиться. Некоторые заявляют об этом с самого начала, так как по их нарциссизму уже был нанесен чувствительный удар. Потеря работы, угроза/факт развода, социальное отвержение и переживание унижения. Брешь в тотальном отрицании продельывает уголовное или криминальное преследование со стороны обманутых ими работодателей, партнеров и кредиторов.

Все это способствует формированию специфического «реактивного образования» — «Я хочу выздороветь».

Вокруг цели — «выздоровление от зависимости» и происходит объединение группы, что дает старт групповым процессам в основном сосредоточенного вокруг базового допущения «борьбы/бегства».

Поступление в реабилитационную программу является для пациентов выходом из привычной среды, которая воспринималась исключительно как способствующая или препятствующая злоупотреблению. Парадокс тут вот в чем многие аддиктивные пациенты успели приспособиться к миру наполненному игрой и конфликтами во круг игры. И попадая в группу, они привносят с собой свои привычные конфликты и защиты.. Внутрипсихический конфликт конвертируется в межличностный и внутригрупповой.

Все свои психологические проблемы пациенты гонят от себя и проецируют во внешний мир, который становится «плохим» и над которым они утратили контроль.

Групповая динамика

Оказываясь в группе, пациент начинает видеть других людей, а через них и себя, сталкиваясь с ранее отщеплёнными аспектами своего социального и психического образа, благодаря процессам идентификации, в котором задействованы другие члены группы. Группа усиливает и концентрирует определённые грани межличностных отношений, часто обостряя противоречия и вызывая полярные реакции у разных участников. Группа становится тем местом, где пациенты могут столкнуться с очень сильными чувствами, как положительными, так и с отрицательными.

Так как все аддиктивные пациенты в той или иной степени алекситимичны, мы например, очень редко слышали, что бы они спонтанно говорили о чувствах или жаловались на какие либо неприятные чувства.

Вопрос: «Что ты сейчас чувствуешь?» — неизменно ставит их в тупик. Каждому при поступлении дается комплект информационных материалов и среди них есть так называемый «Список чувств».

Для многих это подлинное откровение.

Пытаясь ответить на вопрос о чувствах, некоторые пациенты, даже находясь на группе, достают этот листок и зачитывают из него то, что им кажется, они сейчас должны чувствовать.

Рабочая группа функционирует благодаря вербальной коммуникации и использованию символов, участие в ней предполагает способность распознавать свои чувства и говорить о них.

Азартные игроки привыкли действовать, и именно поступки являются для них эквивалентами чувств. Так проявляется их тенденция к отыгрыванию вовне.

Впрочем, они действуют и для того чтобы не чувствовать вовсе.

Другой вариант: они становятся ипохондричными и вместо чувств озвучивают различные симптомы, такие как головные, желудочные, почечные боли, слабость, тошнота, удушье или внезапные приступы глухоты и сонливости. Практически во время каждого группового занятия у одного или более пациентов возникают те или иные симптомы и соответственно жалобы на них. По мнению М. Кляйн ипохондрические симптомы, такие как боль и другие манифестации в фантазии происходят от атак внутренних плохих объектов против Эго и являются типично параноидными.

Складывается впечатление, что для коммуникации они используют в основном проективную идентификацию. Пациенты пытаются вызвать в терапевте и в других членах группы те чувства, которые не в состоянии выносить в себе.

Так группа становится своеобразным контейнером. Проективная идентификация требует присутствия реального внешнего объекта и групповая ситуация как раз и представляет в распоряжение субъекта подобного рода объекты. Процессы проективной идентификации могут одним из членов группы направляться на другого члена, на терапевта, на группу в целом.

Чем более недифференцированными, глобальными и расщепленными эти чувства являются, тем интенсивнее и насильственнее осуществляется эвакуация. Часто это выглядит как проявление агрессии, но это не совсем так, просто иной способ поведать другим о своей боли, страдании и отчаянии им не доступен.

Психотические тревоги существенным образом воздействуют на группу и часто подрывают ее функционирование. Фрейд указывал две причины, по которым мы образуем группы: во-первых, «бороться с силами природы» и, во-вторых, чтобы связывать «деструктивное отношение человека к человеку». В типичном случае с этой деструктивностью группа имеет дело посредством «раскола»; саму группу идеализируя и спланивая через братскую любовь и коллективную любовь к идеалу, в то время как деструктивность направляется вовне на другие группы. Сильнее всего мы любим, друг друга тогда, говорит Фрейд, когда нам, есть кого сообщать ненавидеть. Как правило, проецируется та часть нас самих, совладать с которой один на один мы не в состоянии, поэтому, прежде всего на группу проецируются наиболее беспокоящие нас психотические части. (13)

Так реализуется базовое допущение о «борьбе/бегстве».

Психотерапевт занимает в группе роль формального лидера структурирующего время и создающего условия для решения групповых задач. Параллельно с этим происходит неформальное назначение на роль «козла отпущения». Обычно таковым становится новичок, который в силу различных причин становится в оппозицию сложившейся

групповой культуре и отказывается принимать имеющиеся правила игры. Группа начинает объединяться против него. Новичок оказывается в изоляции и тут же пытается объединиться с кем-то, кого в свою очередь тоже не жалуют. В случае успешного объединения они «образуют пару» и такая взаимная идентификация дает свои выгоды из-за возникающего чувства сродства, но сопровождается еще большим усилением дистанцирования от остальной группы. Группа в свою очередь демонстрирует новичкам свое недоверие, и/или избегает их.

Сам факт появления «козлов отпущения» говорит о наличии потенциала скрытой агрессии наделенной достаточно архаическими чертами, негативизмом, обесцениванием и расщеплением. Эти механизмы, соответствующие параноидно-шизоидной стадии развития способствуют созданию «образа врага» и/или маниакальному деланию его всецело низким и презренным. Так реализуются мощные групповые механизмы защиты от психической реальности чувства вины за деструктивность.

Часто единственным способом выживания для «козла отпущения» является досрочное прекращение лечения. Учитывая общую тенденцию аддиктивных пациентов к различным тяжелым формам отыгрывания вовне это происходит регулярно.

Так «козел отпущения» превращается в «изгоя». «Козел отпущения» служит своеобразным «мусорным бачком», в котором члены группы «борьбы/бегства» размещают свое сопротивление терапевтической работе. На его фоне они выглядят гораздо более интегрированными и зрелыми.

Фобическое поведение и «образование пар»

Более продвинутая группа реализует базовое допущение о борьбе/бегстве еще одним интересным способом.

На место врагов назначается сами объекты аддикции. Они персонализируются, «демонизируются» и становятся главными объектами борьбы. Накладывается вето на разговоры о подробностях игры и связанными с ними действиями. Члены группы представляясь, начинают называть себя «Игроками».

На группе может устанавливается атмосфера мрачной серьезности и почти религиозной экзальтации, любое отклоняющее поведение тут же пресекается.

Подобное фобическое поведение требует постоянного напряжения.

Из клинической практики нам знакомы те обнадеживающие моменты, когда наркоманы бросают наркотики, игроки перестают играть, алкоголики пить, и начинают выздоравливать. Однако с течением этого

процесса, виду ослаблением эйфории и первоначальной экзальтации им приходится столкнуться с реальностью: с тягой к игре, беспомощностью, с самим фактом того, что они тяжело больны. Из-за отказа от своих проекций они вынуждены увидеть свою деструктивность, свою вину и внутренние конфликты. Они вынуждены обратиться к своей внутренней реальности. И больше того: они сталкиваются с потерями и ущербом, нанесенными их болезнью реальности внешней. Заслоном против этой угнетающей человека боли встает грозная маниакальная защита, в конечном счете, отбрасывающая пациента обратно в отрицание.

Так группа борьбы/бегства со своей мрачной атмосферой трансформируется в группу образования пар.

Я не согласен с О. Кернбергом утверждавшим что группы «зависимости» и «борьбы/бегства» представляют прегенитальный уровень в противоположность группе «пар», которая функционирует на генитальном уровне.

Прегенетальные феномены легко могут принимать генитальные формы.

Я полагаю, что переход от группы, в которой доминирует базовое допущение о борьбе/бегстве к группе, где основная предпосылка — образование пар напрямую связана с активизацией в группе всемогущей маниакальной защиты.

Мелани Кляйн считала, что в мании Эго пытается найти убежище не только от меланхолии, но также от параноидного состояния, с которым оно не способно справиться.

Первоначально аддиктивный пациент использует экстернализацию, в результате «все внутреннее поле битвы становится внешним» (А. Фрейд, 1965). Это позволяет ему отрицать наличие внутреннего конфликта.

Внутренняя безопасность приобретена ценой внешней не безопасности. В терапии, часто происходит обратный процесс. Встреча с внутренней реальностью, с параноидными психотическими тревогами ужасает пациентов.

«Мания основана на механизме отрицания... прежде всего то, что отрицается, есть психическая реальность, и Эго затем может перейти к отрицанию большей части внешней реальности» (М. Кляйн, 1935).

Для мании характерен «голод по объектам», при этом тревоги за судьбу объектов отрицаются. «Образование пар» связано с избеганием текущих трудностей с оптимистическим взглядом на будущее. Все интересы теперь сосредоточены на достижении, управлении и манипулировании другими. Мрачное, серьезное и подавленное настроение группы сменяется нереалистическими ожиданиями и надеждами. Появляются разговоры о дальнейших планах и долгосрочных целях.

Ведущей становится тема отношений, работы, карьеры, хобби и отдыха. В жизни многих происходят большие изменения. Некоторые во время прохождения двухмесячной реабилитации успевают уволиться со старой работы, устроиться на новую, жениться, сойтись заново или подать на развод. Такая насыщенная, полная перемен личная жизнь контрастирует с застоем в групповой работе, что уверенно позволяет классифицировать подобные «изменения» как еще одну форму отигрывания во вне. Пациенты начинают считать, что они уже все знают, все поняли, уверены в том, что больше не возвратятся к аддиктивному поведению. На группе некоторые начинают вести себя как психотерапевты или даже как супервизоры.

Рабочая группа

Рабочая группа находится в контакте с реальностью и терапевтом, что способствует росту ее членов. Она не отвергает новые идеи, терпима к фрустрациям и амбивалентности. Члены рабочей группы осознают серьезность своего положения и не столь наивны, чтобы ждать чуда. Они понимают, что бессильны игровым автоматом и казино, а перед собственной игроманией. Они не дают зарокров и клятвенных обещаний. Не обвиняют всех и вся, не считают себя уже достигшими совершенства и всезнающими. В конце концов, члены рабочей группы в отличие от групп «базовых допущений» честны перед собой и другими и способны к благодарности.

Кратко обобщая написанное я полагаю, что в группах состоящих из аддиктивных пациентов доминирует базовые допущения «борьбы/бегства» и «образование пар» реализуемых благодаря такими механизмами как проективная идентификация и маниакальная защита. Я показал, как специфика внутриспсихических конфликтов пациентов влияет на групповые процессы.

Заключение

Итак, в данной работе были показаны некоторые психоаналитические взгляды на проблему игровой зависимости их развитие и трансформация в исторической перспективе. Представлена также традиционная медицинская и социологическая модель зависимости. Даны ответы на вопросы кто такой патологический азартный игрок, и чем он отличается от игрока социального. Высказаны гипотезы, которые показывают некоторые механизмы формирования, поддержания и прогрессирования данного расстройства.

Подчеркнута роль расщепления и защитных конфигураций лежащих в основе игровой зависимости. Оценена роль фантазий о все-

могуществе/всезнании и важность проигрыша для психической экономики игрока. Мною была описана концепция переноса ее развитие и связанная с ней проблематика. Выделен отдельно маниакальный перенос характерный (как я полагаю) для патологических азартных игроков. Показана важность контерпереноса и его специфика при работе с аддиктивными пациентами. Описан феномен тяги, рассмотрен способ его идентификации и обращения с ним во время группового занятия. Концептуализирована групповая динамика и групповые трансформации в процессе реабилитации.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: Адис, 1994.
2. Грин А. Аналитик, символизация и отсутствие в аналитическом сеттинге (об изменениях в аналитической практике и аналитическом опыте) — памяти Д. В. Винникотта. Впервые опубликовано в 1975 *Int. J. Psycho-Anal.*, 56:1-22 З.
3. Л. Гринберг, Д. Сор, Э.Т. де Бьянчеди. Введение в работы Биона: группы, познание, психозы, мышление, трансформация, психоаналитическая практика./ Пер. с англ. — М.: «Когнито-Центр», 2007. -158 с.
4. Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты/ Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. 474 с.
5. Комарова Л.Э. «Загадка игрока: почему истинный игрок всегда проигрывается?» Доклад. Материалы Международной психоаналитической конференции. 16 -17 декабря 2006 г. Москва, Том 2 — М., РПО, 2006. 503.
6. Кернберг О. «Агрессия при расстройствах личности». — М.: Издательская фирма «Класс», 1998
7. Кернберг О. «Тяжелые личностные расстройства». — М.: Издательская фирма «Класс», 2001.
8. Кернберг О. «Отношения любви норма и патология». — М.: Издательская фирма «Класс», 2004.
9. Кляйн М. Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб. Б.С.К., 1998
10. Меннингер К. «Война с самим собой» Пер. с англ. М.: «ЭКСМО-Пресс», 2001. — 479 с.
11. «Психология и лечение зависимого поведения». Под редакцией С. Даунинга — М.: Издательская фирма «Класс», 2000.
12. Резник С. Человек в бреду: телесные ощущения при психозах/ Под ред. С. Г. Уваровой. Пер. с англ. — Нежин: ООО Видавництво «Аспект- Поліграф», 2006. — 320 с.
13. Сегал Х. «Хиросима — Персидский залив и далее: психоаналитическая перспектива». *Логос*. — 1999. — № 5 (15). — С.134-148.
14. Фенихель О. «Психоаналитическая терапия неврозов». — М.: Академический проект, 2004.

15. Фрейд З. Интерес к психоанализу: Сборник / Пер. с нем.; Худ. обл. М.В. Дарко.- Мн.: ООО «Попурри», 2004. — 592 с.
16. Фрейд З. «Психология масс и анализ человеческого Я»// Фрейд З. Психоаналитические этюды. — Минск, 1990.
17. Хайманн П. «О контрпереносе» <http://psychoanalyse.narod.ru> — 2003
18. Хиншелвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа / Пер. с англ. — М.: «Когнито-Центр», 2007. — 566 с.
19. Шоссгет-Смиржель Ж. «Садомазохизм в перверсиях: некоторые размышления о разрушении реальности». Журнал практической психологии и психоанализа. № 4 декабрь 2004г. <http://psyjournal.ru/>
20. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. — М., Практика, 1997. — 1056 с.
21. Bion, W.R. Second Thoughts. New York: Jason Aronson, 1977.
22. Otto Kernberg, O. Jason Tronson. 'Internal Word and External Reality', Ch. 11, Regression in Group, 1980.
23. Klein, M. Notes on some schizoid mechanisms, 1946 // The Selected Melanie Klein, Ed. by Juliet Mitchell. London, Penguin Books, 1991.
24. Little, M. (1993). «What is alcoholic?» Transference Neurosis and Transference Psychosis. New Jersey: Jason
25. Joseph B. Projective identification — some clinical aspects // J. Sandler (ed.) Projection, Identification, Projective Identification, New York: International Universities Press, 1987.
26. Steiner, J. (1993) Psychic Retreats: Pathological Organisation in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients. London, Ro
27. Winnicott D.W. Manic defense (1935) // Winnicott D.W. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Collected Papers. London, Karnac Books, 1992.

Глоссарий

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ (ambivalence) Термин введен Юджином Блейлером, чтобы отразить сосуществование противоречивых импульсов и эмоций, направленных на один и тот же объект. Обычно термин относят к сосуществованию любви и ненависти. Амбивалентность следует отличать от смешанных чувств по отношению к кому-либо. Она связана с глубинной эмоциональной установкой, где противоречивые отношения имеют общий источник и являются взаимозависимыми, тогда как смешанные чувства могут базироваться на реалистической оценке несовершенной природы объекта.

АНАЛЬНО-САДИСТИЧЕСКИЙ (anal-sadistic,-sadism) Относится к садистическим фантазиям и подразумевает, что они возникают на анальной стадии.

АФФЕКТ (affect) Общий термин для чувств и эмоций. Различают аффекты разрядки, которые сопровождают проявление влечения, и аффекты напряжения, которые сопровождают сдерживание влечения.

БЕГСТВО В БОЛЕЗНЬ (flight into illness). Выражение, используемое для описания попытки избежать конфликта путем развития болезненных симптомов.

БЕГСТВО В ЗДОРОВЬЕ (flight into health) Выражение, используемое для обозначения быстрого симптоматического выздоровления, которое иногда демонстрируют больные, желающие избежать психоаналитического исследования.

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ— совокупность психических процессов, в отношении которых отсутствует субъективный контроль. Бессознательным считается всё, что не становится для индивида предметом действий по осознанию. В 1920-х гг. Фрейд переименовал бессознательное в Ид, а сознательное — в Эго.

ВЕРБАЛИЗАЦИЯ (verbalization) Процесс словесного выражения. Психоанализ представляет собой попытку вербализовать невербализуемое; поскольку его содержание — бессознательная психическая деятельность — является невербальной по своей сути.

ВИНА (guilt) Психоанализ имеет дело не с фактом вины, а с чувством вины, т.е. с эмоцией, которая следует за нарушением морального предписания.

Вина отличается от тревоги тем, что:

а) тревогу испытывают по отношению к чему-то пугающему в будущем, тогда как вина ощущается в отношении уже совершенного действия; и

б) способность переживать вину зависит от способности интернализировать объекты, тогда как способность испытывать тревогу с этим не связана; животные и младенцы могут испытывать тревогу, но только лица, осознающие время и других людей, могут чувствовать вину. Аналитики, которые верят в наличие врожденного деструктивного инстинкта, неизбежно верят и в неотъемлемое от него чувство вины, идущее от осознания желания разрушить то, что любимо, и бросить вызов тому, от чего одновременно зависят.

ВСЕМОГУЩЕСТВО (omnipotence) ФАНТАЗИИ ВСЕМОГУЩЕСТВА — это фантазии, согласно которым субъект всемогущ. Всемогущество мысли относится к вере в то, что мысли могут сами по себе изменить внешний мир. Согласно некоторым данным, все дети верят во всемогущество мысли и учатся посредством опыта фрустраций принимать принцип реальности. К понятию всемогущества мысли обращаются также при объяснении того факта, что желания могут вызывать столь же сильное чувство вины, сколь и действия.

ВЫИГРЫШ. ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНЫЙ (gain, primary and secondary) Первичным выигрышем симптома является свобода от тревоги и конфликта, достигаемая его образованием. Вторичный выигрыш заключается в практических преимуществах, которые можно получить, используя симптом, чтобы повлиять на других или управлять ими. Родственники пациентов фактически осознают вторичные выигрыши невроза, но остаются в неведении относительно его первичных выигрышей.

НАВЯЗЧИВОЕ ПОВТОРЕНИЕ (repetition-compulsion) Термин, использованный Фрейдом для обозначения того, что, по его убеждению, является врожденным стремлением возвращаться в прежние состояния. Это понятие использовалось им для обоснования инстинкта смерти. Поскольку живое развивается из не живого, то существует, полагал он, врожденное влечение (инстинкт смерти) к возврату в неживое.

ВЫТЕСНЕНИЕ (repression) Процесс посредством которого неприемлемый импульс или идея становятся бессознательными «возвращение вытесненного» — заключается в произвольном проникновении в сознание неприемлемых производных первичного импульса, а вовсе не в исчезновении первичного вытеснения.

ГАЛЛЮЦИНАЦИЯ (hallucination) «Явственное восприятие внешнего объекта, который в действительности отсутствует» (О.Е.Д.). Субъективный образ, воспринимаемый пациентом как внешнее явление. Вследствие того, что галлюцинация не выдерживает тестирования реальности, ее обычно рассматривают как психотическое явление.

ГИПОМАНИЯ (hypomania) Психиатрический термин, характеризующий состояние людей, обнаруживающих незначительную эйфорию и демонстрирующих свойственное мании ускорение психических функций.

ГНЕВ (anger) Первичная эмоция, провоцируемая, как правило, фрустрацией. Часто ее пугают с ненавистью, несмотря на то, что гнев является кратковременной эмоцией, легко возникающей по отношению к тем, кого мы любим, тогда как ненависть является длительным чувством.

ГОМЕОСТАЗ (homeostasis) Тенденция организмов к поддержанию своего постоянного состояния. Фрейдовский принцип удовольствия — неудовольствия предполагает наличие запрограммированной тенденции поддерживать психологическое напряжение на постоянном оптимальном уровне.

ГРУППА (group) Некоторое количество человек, объединенных для какой-либо цели или имеющих общие интересы, устремления, функции или опасения, что позволяет ими самим и другим выделить их в некую социальную реальность

ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЯ, отрасль психологии, имеющая дело с поведением групп и с психологией членов группы. Психоаналитические формулировки делают акцент на идентификации между членами группы, на идентификации членов группы со своим лидером и на отношениях с общим врагом, — причем все три фактора играют важную роль в ослаблении разрушительных последствий соперничества между членами группы.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: любая форма психотерапии, в которой участвует более двух пациентов. В большинстве видов групповой психотерапии группа изначально представляет собой искусственное образование, создаваемое терапевтом, делающим отбор членов группы; предполагается, однако, что общее отношение к терапевту приведет к возникновению подлинно групповой ситуации.

ДЕПРЕССИВНАЯ ПОЗИЦИЯ (depressive position) Кяйнианское понятие. В системе представлений г-жи Кляйн означает состояние, к которому приходит ребенок (или пациент в анализе), осознав, что как его

любовь, так и его ненависть направлены на один и тот же объект — мать; он понимает свою амбивалентность и озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и осуществить репарацию за тот вред, который он, как полагает, нанес ей своей ненавистью. Считается, что здоровые и невротики преодолевают депрессивную позицию, тогда как лица с депрессивными проблемами фиксируются на ней, а лицам с шизоидными и параноидными проблемами не удается ее достичь.

ДЕПРЕССИЯ (depression) Относится или к эмоции, или к диагнозу. По отношению к эмоции термин означает подавленное настроение, уныние; когда говорится о диагнозе, имеется в виду синдром, в котором «депрессия» является одним из симптомов. Психоаналитическая литература единодушно рассматривает депрессию как патологическую форму скорби, при которой утраченным объектом является «внутренний объект», а не реальный человек. Этот внутренний объект амбивалентно нагружен таким образом, что человек в состоянии депрессии чувствует свою зависимость от объекта, к которому он ничуть не менее враждебен. В депрессии он воображает, что разрушил этот объект (отсюда самообвинения), но не способен выжить без него (отсюда депрессия).

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ (derealization) Психиатрический термин для обозначения симптома, который приводит пациента к жалобам на нереальность мира.

ДИАГНОЗ (diagnosis) Искусство давать точные наименования болезням, определять природу заболевания по признакам и симптомам, предъявляемым пациентом. Понятие диагноза — медицинское понятие, смысл которого в том, что заболевание есть особая болезненная реальность, но применительно к психоневрозам это предположение может оказаться неправомочным.

ДИССОЦИАЦИЯ (dissociation) Такое состояние, при котором два или более психических процесса сосуществуют, не будучи связанными или интегрированными.

ЗАВИСИМОСТЬ, ИНФАНТИЛЬНАЯ И ВЗРОСЛАЯ (dependence, infantile and adult) **ИНФАНТИЛЬНАЯ** зависимость относится или а) к тому факту, что дети беспомощны и зависят от родителей или б) к тому, что невротики фиксированы на своих родителях и воображают себя зависимыми от них. Фэрбэрн определил процесс взросления как продвижение от инфантильной зависимости к зависимости

зрелого человека. В этом смысле зависимость является антитезой нарциссизму, а не уверенности в себе.

ЗАВИСТЬ (envy) «Недоброжелательное отношение к более удачливым людям» (С.О.Д.). Согласно McDougall (1931), это двойственное соединение отрицательного самоощущения и гнева».

ЗАЩИТА (defence) «Общее обозначение всех приемов, используемых Эго в тех конфликтах, которые могут привести к неврозу» — Freud (1922). Функция защиты — предохранение Эго. Понятие защиты обычно формулируется с позиции, подразумевающей, что существование человеческого Эго подвергается угрозам, идущим от Ид, Супер-Эго и внешнего мира и, следовательно, находится в состоянии постоянной обороны. Однако лучше рассматривать понятие менее драматично и включать в него все приемы Эго для управления, контроля, канализирования и использования сил, «которые могут привести к неврозу». Анна Freud (1937) перечисляет девять защит: регрессия, вытеснение, формирование реакции (реактивное образование), изоляция, уничтожение сделанного, проекция, интроекция, поворот против себя и обращение, плюс десятую, сублимацию, «которая имеет отношение скорее к здоровью, чем к неврозу». Расщепление и отрицание обычно также относят к защитам. Поскольку психоанализ считает, что тревога является стимулом развития, некоторые защиты (возможно все) играют роль в нормальном развитии.

ЗРЕЛЫЙ И НЕЗРЕЛЫЙ (mature and immature) Хотя эти слова несут в себе оттенок похвалы и хулы, в биологии они имеют точное значение. Зрелым индивидом (организмом) является тот, в котором развитие завершено; незрелым — тот, в ком оно не завершено: ребенок — незрелый, взрослый же — зрелый. Когда речь идет о психологических процессах и поведении, употребление этих терминов, по-видимому, всегда подразумевает сравнение с нормами, истоки которых неясны. Называя кого-либо незрелым мы подразумеваем, что нам известно, какого рода поведение подобает его возрасту, и что его поведение, по сути, подходит человеку более молодого возраста.

ИГРА (play) Деятельность, которой занимаются ради нее самой, ради удовольствия, которое она приносит, без учета серьезных целей и задач; обычно противопоставляется работе или выполнению других социально либо биологически необходимых действий.

ИД (id) Латинское слово для обозначения «it» -»оно, это», Фрейд использовал для обозначения неорганизованных частей психического аппарата. Согласно классической теории, Ид предшествует Эго на пути

развития. Ид «содержит все, что присутствует при рождении, вес, что закреплено в конституции организма и, сверх того, инстинкты, порождаемые соматической организацией и находящие здесь (в Ид) первое психическое выражение в неизвестных нам формах» — Freud (1940). «Это темная, недоступная часть нашей личности; как мало нам известно о ней, мы поняли благодаря изучению работы сновидений и строения невротических симптомов; большая часть ее носит негативный характер и может быть описана только как-то, что противоположное Эго. Мы приближаемся к Ид с помощью аналогий: мы называем его хаосом, котлом, полным бурлящих страстей... Он полон энергии, поступающей от инстинктов, но не имеет никакой организации, не производит коллективной воли, а лишь стремится к удовлетворению нужд инстинктов, подчиняющихся соблюдению принципа удовольствия» — Freud (1933).

ИДЕАЛИЗАЦИЯ (idealization) Защитный процесс, посредством которого амбивалентно рассматриваемый внутренний объект расщепляется на две части, и один из получившихся объектов воспринимается как идеально хороший, а другой — как абсолютно плохой. Понятие содержит два момента: построение идеального, совершенного объекта и овеществление идеи. Идеализация отличается от восхищения тем, что:

а) идеализирующий нуждается в существовании совершенного объекта и отрицает наличие у идеализируемого объекта свойств, которые не вписываются в картину, и

б) идеализация ведет к зависимости от идеализируемой личности и раболепству перед ней, а не к соревнованию и подражанию.

Идеализация является защитой от последствий признания амбивалентности и покупает свободу от вины и депрессии ценой потери самоуважения. Неудача защиты ведет к утрате иллюзии и к депрессии.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ (identification) Процесс, посредством которого человек или

а) распространяет свою идентичность на кого-либо другого, или

б) заимствует свою идентичность от кого-либо, или

в) смешивает или путает свою идентичность с идентичностью другого.

В аналитических работах термин никогда не подразумевает установление подлинности, своей или кого-то другого. Различают четыре типа идентификации: первичную, вторичную, проективную и интроективную.

ИДЕНТИЧНОСТЬ (identity) Чувство непрерывности своего бытия как сущности, отличной от всех других. Согласно Erikson (1953), многие аспекты развития Эго можно сформулировать в терминах роста чувств-

ва идентичности; Чувство идентичности, вероятно, является синонимом самосознания, и его можно рассматривать как субъективный эквивалент Эго, которое психоаналитическая теория склонна наделять объективностью.

ИЗОЛЯЦИЯ (isolation) защитный механизм, с помощью которого субъект изолирует некое событие, препятствуя тому, чтобы оно стало частью континуума значимого для него опыта. «Когда с человеком произошло что-то неприятное или когда он сделал что-то, что значимо для его невроза, он вводит временную паузу, в течение которой ничего больше не должно случаться, в течение которой он ничего не должен воспринимать и ничего не делать... Это переживание не забывается — оно взамен лишается своего аффекта, а его ассоциативные связи подавляются или прерываются, так что оно остается как бы изолированным и не воспроизводится в обычных процессах мышления» — Freud (1926).

ИЛЛЮЗИЯ (illusion) «Субъективное извращение объективного содержания» восприятия. Отличается от галлюцинации тем, что обусловлена неправильным истолкованием действительного переживания, а от бреда — тем, что вопрос о доверии не стоит.

ИМПУЛЬС (impulse) слово пришло из неврологии, где оно относится к колебанию электрического заряда, проходящего по нервному волокну. Классическая теория аналогичным образом понимает инстинктивные импульсы: они распространяются от некоторой точки в Ид по каналам, ведущим в Эго. То есть правильнее использовать это понятия как экономическое, для описания движения психической энергии внутри психического аппарата, однако фактически оно используется как синоним слов «желание», «хотение» или «влечение», каждое из которых относится к субъективным переживаниям.

ИНТЕНЦИЯ (лат. intentio «стремление») направленность сознания, мышления на какой-либо предмет; в основе такой направленности лежит желание, замысел.

ИНСАЙТ (insight) в психиатрии: способность понимать, что нарушения собственного мышления и чувств субъективны и свидетельствуют о болезни. Утрата инсайта характерна для психоза, сохранение — для невроза. В психоанализе: способность менять свои собственные мотивы, сознавать собственную психодинамику, понимать смысл символического поведения.

Аналитики различают интеллектуальный инсайт как способность правильно формулировать свою собственную психопатологию и ди-

намику и эмоциональный инсайт, как способность ощутить и полностью постичь значение «бессознательного» и символических проявлений. Цель психоаналитического лечения — сделать бессознательное сознательным.

ИНСТИНКТ (instinct) Врожденное, биологически детерминированное побуждение к действию.

Фрейд был последовательным сторонником дуальной теории инстинктов и полагал, что все инстинкты можно разделить на две группы, антагонистически настроенные по отношению друг к другу, и что конфликты между этими двумя группами и несут ответственность за невроз.

ИНСТИНКТ ЖИЗНИ (life instinct) включает как сексуальные инстинкты, так и инстинкты самосохранения, и противоположен инстинкту смерти.

ИНСТИНКТ СМЕРТИ (death instinct) является стремлением к возврату в неорганическое состояние. Эта идея составляет существенную часть Кляйнианской теории, которая, рассматривает агрессию как проекцию собственного врожденного саморазрушительного влечения человека. Необходимо четко отличать данное понятие от понятия агрессивного инстинкта, поскольку понятие инстинкта смерти постулирует желание организма разрушить, уничтожить самого себя, а понятие деструктивного инстинкта подразумевает желание убивать других.

ИНТЕГРАЦИЯ (integration) Процесс, посредством которого части соединяются в целое.

Психоаналитическое лечение стремится восстановить утраченные части самости и увеличить интеграцию.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ (internalization) Хотя иногда используется как синоним интроекции, его лучше использовать только для описания процесса, посредством которого объекты внешнего мира получают постоянное психическое представительство, т.е. посредством которого восприятия превращаются в образы, формирующие часть нашего психического содержимого и структуру.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (interpretation) Процесс разъяснения, толкования смысла чего-либо сложного для понимания неясного и т.д. Психоаналитические интерпретации — это сообщения пациенту, которые делает аналитик, и в которых он придает сну, симптому или цепочке свободных ассоциаций какое-либо значение, расширяющее и углубляющее то значение, которое придает им сам пациент.

ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПЕРЕНОСА относятся к поведению пациента и к его ассоциациям в отношении аналитика. **ИНТЕРПРЕТАЦИИ СОДЕРЖАНИЯ** относятся к бессознательным импульсам и фантазиям. **ПРЯМЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ** основываются исключительно на знании аналитиком символики без учета ассоциаций пациента.

ПРАВИЛЬНЫМИ ИНТЕРПРЕТАЦИЯМИ являются те, которые и а) адекватно разъясняют интерпретируемый «материал»; и б) формулируются таким образом и сообщаются пациенту на том этапе, когда становятся актуальными и обретают для него смысл.

К **ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИНТЕРПРЕТАЦИЯМ** относятся «правильные» интерпретации, которые сообщаются пациенту еще до того, как обретет смысл.

МУТАЦИОННЫЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ — те, которые изменяют пациента. Функцией интерпретации является увеличение самосознания и облегчение за счет этого интеграции путем доведения до сознания пациента тех процессов внутри него, которые до этого были бессознательными.

ИНТРАПСИХИЧЕСКИЙ (intrapsychic) Прил. Относящийся к процессам, протекающим в психике. Термин внутриспсихический конфликт относится к конфликту между двумя составляющими психики одного и того же человека, в противоположность конфликту между индивидами.

ИНТРОЕКЦИЯ (introjection) Процесс, посредством которого функции внешнего объекта берет на себя его психическое представление, посредством которого отношения с объектом «вовне» заменяются отношениями с воображаемым объектом «внутри себя». Образовавшуюся в результате психическую структуру называют по-разному: интроект, или внутренний объект. Интроекция представляет собой как защиту, так и нормальный процесс развития: защиту — поскольку уменьшает сепарационную тревогу, процесс развития — поскольку способствует увеличению автономности субъекта.

ИНТРОСПЕКЦИЯ (introspection) Взгляд вовнутрь, изучение своих мыслей и чувств.

ИНФАНТИЛЬНЫЙ (infantile) Применительно к поведению, эмоциям, фантазиям и т.д. инфантильный означает прегенитальный

ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ (hypochondriacal) Прил. Относящийся либо к человеку, который думает, что страдает физическим заболеванием, либо к бреду или фантазиям такого человека. Отсюда **ИПОХОНДРИЯ** психоз — главным симптомом, которого является вера пациента в то, что у него неизлечимое физическое заболевание.

КАТАРСИС (catharsis) (Букв.: «очищение») Обычно относится не к очищению страданием и ужасом, вызванными трагедией, а к терапевтическому эффекту отреагирования.

КЛЯЙНИАНСКИЙ (kleinian) Прил. Относящийся к идеям и теориям, сформулированным Мелани Кляйн. Хотя Кляйнианская школа психоанализа продолжает оставаться в рамках фрейдизма, ее теории в некоторых принципиальных моментах отличаются от классической теории.

КОМПЛЕКС (complex) Группа взаимосвязанных сознательных и бессознательных идей и чувств, которые оказывают динамическое влияние на поведение. В психоанализе Фрейда лишь два комплекса получили такое название: Эдипов комплекс и комплекс кастрации.

КОМПРОМИССНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (compromise formation) Любое психическое явление, оказывающееся продуктом конфликта и частично представляющее обе стороны конфликта. Обычно это симптом. Он осуществляет компромисс между вытесненным импульсом и вытесняющей инстанцией.

КОМПУЛЬСИВНЫЙ (compulsive) Прил. Относящийся к сознательным мыслям, от которых как чувствует субъект, он не может отвязаться, и к действиям, которые вынужден выполнять. Он не может противиться ни тем, ни другим, а невыполнение их ведет к тревоге. Комппульсивные симптомы характерны для невроза навязчивых состояний. Они являются или проявлениями «возвращения вытесненного», т.е. соответствуют мыслям и желаниям, которые пациент отвергает как несовместимые со своим представлением о себе, или средством для того, чтобы запретные мысли оставались забытыми. Комппульсивные явления могут пониматься или как неудача вытеснения, или как показатель отчуждения, потому что та сторона, которая связана с влечением, означает силу, ищущую выражения, а другая — принудительные действия — свидетельствует, что субъект не может признать отдельные части самого себя. Антонимами термина «компульсивный» является «свободный», «добровольный», «спонтанный» и «Эго синтонный».

КОНТР-ТРАНСФЕР (counter-transference)(КОНТЕРПЕРЕНОС) — перенос аналитика на своего пациента. В этом, правильном, значении контр-трансфер является мешающим, искажающим фактором в лечении. В расширенном значении — эмоциональное отношение аналитика к своему пациенту, включающее его реакцию на определенные моменты поведения пациента.

КОНФЛИКТ (conflict) Противостояние несовместимых сил (кажущихся таковыми или действительно несовместимых). Внутренний, или психологический, конфликт может иметь место между инстинктивными импульсами или между структурами (например, Эго и Ид).

КОНФРОНТАЦИЯ (confrontation) Термин, применяемый иногда для описания приема, который использует аналитик, чтобы привлечь внимание пациента к каким-либо особенностям его поведения, не пытаясь их объяснить или интерпретировать.

МАГИЯ (magic) Примитивные, суеверные действия, основанные на предположении, что можно влиять на природные процессы с помощью манипуляций, оказывающих воздействие или умиротворяющих сверхъестественные силы; либо, как в случае симптоматической магией, путем действий, сходных с теми, которые производит маг.

МАЗОХИЗМ (masochism) Сексуальная перверзия, при которой субъекту для получения эротического наслаждения требуется, чтобы ему причиняли боль. Черта характера, представленная у людей, привлекающих на себя жестокое обращение, унижение и страдания.

МОРАЛЬНЫЙ МАЗОХИЗМ: термин, применяемый Фрейдом для обозначения тенденции к подчинению своему садистическому Супер-Эго. Есть тенденция объяснять мазохизм с позиций:

- а) обращения садизма;
- б) идентификации с партнером-садистом;
- в) облегчения вины путем переживания наказания и страдания одновременно с удовольствием;
- г) эротизации подчинительной роли, первоначально принятой для умиротворения авторитетных фигур;
- д) инстинкта смерти

Классическая теория предполагает внутреннюю связь между мазохизмом, пассивностью и феминностью.

МАНИАКАЛЬНАЯ ЗАЩИТА (manic defence) Разновидность защитного поведения, обнаруживаемого у тех, кто защищает себя от тревоги, вины и депрессии путем:

- а) отрицания вины, тревоги и депрессии;
- б) действия фантазии всемогущего контроля, которая позволяет воображать, что данные индивиды контролируют все ситуации, способные провоцировать тревогу или чувство беспомощности;
- в) идентификации с объектами, у которых можно заимствовать ощущение силы; и
- г) проекции своих «плохих» качеств на других.

Маниакальные защиты позволяют обрести свободу от вины и тревоги ценой измельчания личности и потери понимания мотивов и чувств других.

МАНИЯ (mania) психоз, характеризующийся эйфорией и ускорением психических функций, т.е. выраженным усилением как физической, так и психической активности. Психоаналитические исследования мании предполагают, что ее психопатология является противоположностью психопатологии депрессии и что эйфория вызвана ощущением победы над Супер-Эго воображаемая враждебность которого ответственна за депрессию в депрессивной фазе МДП.

МАСТУРБАЦИЯ (masturbation) Хотя буквальное значение слова — возбуждение гениталий, оно используется только для обозначения возбуждения их самим субъектом. Отсюда: мастурбационная фантазия — игра воображения, сопутствующая мастурбации;

МЕТАПСИХОЛОГИЯ (metapsychology) Термин, предложенный Фрейдом для обозначения того, что в других науках называется «общей теорией», т.е. положений на самом высоком уровне абстрагирования. Метапсихологические формулировки описывают психические явления в терминах умозрительного психического аппарата и в совокупности относятся к топографической динамической и экономическим аспектам рассматриваемого явления. Топографический подход предполагает локализацию внутри психического аппарата, т.е. в Ид, Эго, либо в Супер-Эго; динамический — действующие инстинкты, а экономический — распределение энергии внутри аппарата.

МОТИВ(motive) то, что побуждает человека стремиться к завершению чего-либо или к какой-либо цели. В этом понятии не различаются «внутренние» факторы, такие, как инстинкты, и «внешние», такие, как побуждения.

МЫШЛЕНИЕ (thinking) Любая форма психической деятельности, имеющей дело с представлениями. В более узком понимании — психическая деятельность, связанная с решением проблем. Основным вкладом психоанализа в психологию мышления явилось сделанное Freud (1900, 1911, 1917) описание различия между первичными процессами — способы мышления (психическая деятельность), присущий бессознательному (Ид), и вторичными процессами — те, которые характерны для сознания (Эго).

АУТИСТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ является исполняющим желание; оно эгоцентрично и забывает о категориях пространства и времени.

ОБСЕССИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ подвержено амбивалентности, что ведет к попыткам примирить противоречивые утверждения и избежать занятия определенной позиции; в письменной и устной речи проявляется частым использованием «но» и «если».

ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ показывает грубое вмешательство первичных процессов и аутистического мышления в мышление вторичных процессов, что ведет к частым эллипсам и неологизмам, к нарушению синтаксиса, и к причудливым скачкам с одного обсуждаемого предмета на другой (типичные «ходы конем»), т.е. темы сменяют одна другую таким образом, что слушающий чувствует их взаимосвязь, но не может понять, в чем она заключается.

НАРЦИССИЗМ (narcissism)

а) Сексуальная перверсия, при которой предпочитаемый субъектом объект — его собственное тело.

б) Классическая теория различает первичный нарциссизм — любовь к себе, предшествующая любви к другим, и вторичный — любовь к себе, являющаяся результатом интроекции и идентификации с объектом. Вторичный нарциссизм — это либо защитная деятельность (или установка, позволяющая субъекту отрицать, что он потерял интроецированный объект), либо часть процесса развития. Одна из самых больших сложностей в использовании этого понятия состоит в том, что, с одной стороны, слово «нарциссизм» неизбежно содержит уничижительный подтекст, с другой же — оно употребляется как специальный термин для категоризации всех форм вложения либидо в себя. Отсюда — весьма частые ссылки на «здоровый нарциссизм» с тем, чтобы отличить самоуважение от «переоценки Эго».

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ВЫБОР ОБЪЕКТА основан на сходстве объекта с субъектом. **НАРЦИССИЧЕСКАЯ РАНА** — ущерб, нанесенный самоуважению.

НАРЦИССИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ — невроз, при котором больной не способен к образованию переноса.

НАРЦИССИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ — изъявления любви, лести, похвалы и т.д., способствующие повышению самоуважения.

Термин «нарциссизм» иногда используется для обозначения эгоцентризма, т.е. стремления считать себя точкой отсчета. Открытие того, что данный индивид — не единственный камушек на берегу, и что мир не был создан лишь для него, влечет за собой утрату нарциссизма

в) В более широком значении — любая форма любви к себе.

НЕГАТИВИЗМ (negativism) Невнушаемость; упрямство; отвержение предложений помощи. Отношение, наблюдаемое у больных, которых неодолимо влечет противопоставить свою волю воле других, даже если

это будет во вред себе; эти больные реагируют на перспективу терапевтических изменений так, будто это станет для них поражением. Негативизм не является синонимом негативной терапевтической реакции.

НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ(negative therapeutic reaction) Специальный термин, обозначающий нежелательную реакцию, к счастью, редко встречающуюся, на психоаналитическое лечение, а именно: усугубление симптоматики пациента в ответ как раз на те интерпретации, которые должны были бы облегчить болезненные проявления. Хотя это явление иногда трактуют как свидетельство в пользу существования первичного мазохизма, чаще его объясняют в понятиях вины, вызываемой перспективой выздоровления за счет кого-то другого.

НЕНАВИСТЬ (hate) а) Первопричина или внутренняя сила, которая, как полагают, приводит в действие поведение.

б) аффект, характеризующийся длительным желанием повредить или уничтожить ненавидимый объект.

Согласно McDougall (1908), ненависть — это чувство, а гнев — протест, первичная эмоция. Согласно Freud (1915), ненависть представляет собой ответ на угрозы, направленные на Эго, однако в последних теоретических работах он рассматривал ее как проявление инстинкта смерти. Аналитики, на которых оказали влияние эти последние идеи, склонны рассматривать любовь и ненависть как противоположности и понимать психику как поле боя для этих двух противоположных первопричин.

НОРМА, НОРМАЛЬНЫЙ И НЕНОРМАЛЬНЫЙ, АНОРМАЛЬНЫЙ (norm, normal, and abnormal) Норма — тот тот член определенного ряда, по сравнению с которым описываются другие члены. В медицине, психоанализе, психологии и социологии существует тенденция использовать в качестве нормы некоего идеального члена этого ряда и называть аномальным любого, кто заметно отклоняется от данной нормы. В медицине норма — это «здоровье»; аномальными считаются болезненные проявления и симптомы.

ОБСЕССИЯ (obsession) Как специальный термин — мысль или группа мыслей, настойчиво возникающих в сознании больного помимо его воли и, несмотря на то, что он сам понимает ненормальность происходящего. Обсессии (синонимы: навязчивые мысли) — основные симптомы невроза навязчивых состояний.

ОБЪЕКТ(object) Сущ. То, на что направлено действие или желание; то, что необходимо субъекту для достижения инстинктивного удовлетворения; то, с чем соотносит себя субъект. В работах по психоанализу объект — это почти всегда человек, части человека либо символы того или другого. Эта терминология сбивает с толку читателей, для которых более привычным является употребление термина «объект» в значении «вещь», т.е. нечто, что не является человеком. Отсюда: **ОБЪЕКТ ВНЕШНИЙ** объект, осознаваемый субъектом как внешний по отношению к себе, в противоположность внутреннему объекту.

ОБЪЕКТ ВНУТРЕННИЙ ОБЪЕКТ-ПРЕДСТАВЛЕНИЕ, которое обрело значимость внешнего объекта. Внутренние объекты представляют собой фантомы, т.е. встречающиеся в фантазиях образы, на которые человек реагирует как на «реальные». Они возникают из внешних объектов путем интроекции и считаются локализованными во внутренней (психической) реальности.

ОРАЛЬНЫЙ САДИЗМ Удовольствие от причинения кому-либо боли укусами. Удовольствие, получаемое в фантазии о кусании и деструктивном поедании (каннибализм).

ОТКАЗ(negation) Процесс, посредством которого восприятие или мысль допускаются в сознание в отрицательной форме, например, начало головной боли фиксируется мыслью: «Как хорошо, что у меня так долго не болела голова»; или тот факт, что некая фигура во сне заменяет мать, получает следующее объяснение: «Все-таки это была не моя мать». (Суть дела здесь в следующем: мысль о том, что это могла быть мать, должна была возникнуть, чтобы затем от нее отказаться.) Не путать с отрицанием; негативизмом.

ОТЦЕУБИЙСТВО (parricide) Убийство отца. В аналитической литературе термин встречается либо в связи с Эдиповым комплексом индивида, который сопровождается желаниями смерти отца, либо в связи с убийством первобытного отца в первобытной орде.

ОТЧАЯНИЕ (despair) Отсутствие надежды. Как патологическое явление, встречается при шизоидных и шизофренических расстройствах, где оно является результатом чувств непреодолимого отчуждения и амбивалентности, и при неврозах, где отчаяние играет роль защитной установки, предназначенной для уменьшения тревоги. «Нет надежды без страха и нет страха без надежды» (Спиноза).

ОТРЕАГИРОВАНИЕ (abreaction) разрядка эмоции, связанной с вытесненным ранее переживанием. На заре психоанализа считалось, что отреагирование терапевтично само по себе, независимо от того, понимает ли пациент важность вытесненного переживания.

ОТРИЦАНИЕ (denial) защитный механизм, посредством которого:

- а) отрицается некоторое болезненное переживание;
- б) отрицается некоторый импульс или часть себя.

ОТЫГРЫВАНИЕ (acting out) Говорят об отыгрывании у пациента, если он вовлечен в деятельность, которая понимается как подмена процесса вспоминания прошлых событий. Суть понятия заключается в замене мысли действием и подразумевает, что или

- а) отыгрываемый импульс никогда не получал словесного выражения, или
 - б) импульс слишком силен, чтобы получить словесную разрядку, или
 - в) у пациента отсутствует способность к торможению.
- Отыгрывание является антитерапевтическим.

ПАРАНОИДНО-ШИЗОИДНАЯ ПОЗИЦИЯ (paranoid -schizoid position) Предложенная Мелани Кляйн психическая организация индивида, которая помогает ему справиться со своими внутренними деструктивными импульсами путем

- а) расщепления как своего Эго, так и его объект-представления на хорошие и плохие части и
- б) проецирования своих деструктивных импульсов на плохой объект, который, как он чувствует, его преследует.

Согласно Кляйн, параноидно-шизоидная позиция представляет собой первую попытку младенца справиться с инстинктом смерти и предшествует депрессивной позиции.

ПАРАНОИЯ (paranoia) Функциональный психоз, характеризующийся бредом величия и преследования, не сопровождаемый интеллектуальным снижением. В классических случаях паранойи бред организован в логически связанную, внутренне последовательную бредовую систему, на основании которой больной готов действовать. Эта последовательность отличает паранойю от параноидной шизофрении.

ПЕРВЕРЗИЯ, СЕКСУАЛЬНАЯ (perversion, sexual) Любая форма взрослого сексуального поведения, где гетеросексуальный половой контакт не является желаемой целью.

Современная психиатрия квалифицирует перверзии как расстройства поведения на том основании, что «симптомами» здесь является доставляющее удовольствие поведение, в отличие от невротических симптомов, которые приносят страдания.

ПЕРЕРАБОТКА (*working through*) Первоначальный смысл термина — это процесс, посредством которого пациент, находящийся в анализе, на протяжении длительного времени постепенно раскрывает для себя полный смысл какой-либо интерпритации или инсайта. Отсюда, в более широком значении термина — процесс привыкания к новому положению дел, преодоления утраты или болезненного переживания. В таком расширенном понимании скорбь является примером переработки, поскольку включает постепенное признание того, что утраченного объекта больше нет в том мире ценностей, где раньше он был столь привычной фигурой.

РАСЩЕПЛЕНИЕ (*splitting*) Процесс, посредством которого психическая структура теряет свою целостность, образуя взамен две или более подструктуры. Описано как расщепление Эго, так и расщепление объекта. После расщепления Эго обычно лишь одно из образовавшихся частичных Эго ощущается как «Самость», другое же представляет собой (обычно) бессознательную «отколовшуюся часть Эго». После расщепления объекта эмоциональное отношение к двум подструктурам обычно прямо противоположное: один объект ощущается как «хороший» (принимающий, добрый и т.д.), другой — как «плохой» (отвергающий, злой и т.д.)

Для обозначения полного расщепления личности на две части, напр., в двойственной или множественной личности, в этом значении оно является синонимом «ДИССОЦИАЦИИ»;

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ (*rationalization*) Процесс, при помощи которого действия объясняются *ex post facto* причинами, которые не только оправдывают их, но и скрывают их истинную мотивацию.

РЕАЛЬНЫЙ, РЕАЛЬНОСТЬ (*real, reality*) Психоанализ сочетает приверженность здравому смыслу, или естественнонаучному взгляду, согласно которому может быть сделано различие между внешними явлениями, которые «реальны» или «действительно существуют», и психическими явлениями, которые являются субъективными образами, с убежденностью, что психические явления — суть динамические следствия, и поэтому, в определенном смысле, тоже реальны. В результате психоанализ использует понятие «реальный» в значении или объективно существующего, или субъективно значимого. Он также полагает, что все объективные явления расположены в пространстве,

внешнем по отношению к субъекту и называемом внешним. Психоанализ, таким образом, постулирует две реальности: внешнюю (объективную) и внутреннюю (психическую, субъективную).

РЕПАРАЦИЯ (reparation) Процесс уменьшения вины с помощью действия, предназначенного компенсировать воображаемый вред, который, якобы, был нанесен амбивалентно инвестированному объекту; процесс воссоздания внутреннего объекта, который в фантазии был разрушен

СКОРБЬ (mourning) «Психологические процессы, которые вступают в действие с потерей любимого объекта и которые обычно ведут к отходу от объекта» — Bowlby (1961). Она следует за тяжелой утратой, ей сопутствует горе; затем может наступить (или не наступить) привязанность к новому объекту, ей обычно присуща разная степень идентификации с утраченным объектом. Несмотря на различия в терминологии, процесс скорее свойственно, пожалуй, подразделять на три стадии:

а) стадию протеста, или отрицания, когда субъект пытается отогнать мысль о том, что потеря произошла, не верит в это, чувствует гнев, упрекает себя, упрекает умершего и медиков, занимавшихся им, за то, что они позволили случиться потере.

б) стадию смирения, принятия или отчаяния, когда признается реальность утраты и наступает сожаление;

в) стадию отделения, на которой субъект отходит от объекта, отучается от него и приспосабливается к жизни без него. Если имеет место «нормальная» скорбь, субъект «оправляется» от потери и становится способным вновь привязаться к новому объекту.

СКУКА (boredom) Эмоция, которая возникает, если индивид не в состоянии найти интересы и занятия, которые полностью захватили бы его. Она может возникнуть либо вследствие ограничений — например, одиночное заключение, сенсорная депривация, монотонная работа, — либо вследствие внутреннего торможения. Согласно Fenichel (1954), невротическая скука — это состояние инстинктивного напряжения, при котором отсутствует инстинктивная цель. В результате этого человек, ощущающий скуку, ищет объект «не для того, чтобы направить на него действия своих инстинктивных импульсов, а скорее для того, чтобы объект помог найти инстинктивную цель, которой он лишен». Он знает, что ему чего-то не хватает, но не знает, чего. Отсюда — раздражительность и беспокойство неотделимы от скуки, но отсутствуют при апатии.

ТЕОРИЯ НАУЧЕНИЯ (learning theory) Любая теория, делающая попытку объяснить сущность научения. Чаще тот раздел психологической науки, в котором делается попытка объяснить поведение в терминах приобретенных ответов на средовые стимулы, в противовес динамическим теориям, таким как психоанализ, которые объясняют поведение в терминах врожденных, или инстинктивных процессов развития. В значении 2 теория научения является наследницей работы Павлова по условным рефлексам и бихевиоризма Уотсона, сходство с которыми и в отрицании данных интроспекций, и во взгляде на психологию как на «чисто объективную экспериментальную область естественной науки».

ТЕСТИРОВАНИЕ РЕАЛЬНОСТИ (reality-testing) Способность различать психические образы и внешние объекты, фантазию и внешнюю реальность; способность корректировать субъективные впечатления путем сопоставления с внешними фактами.

ТРАВМА, ТРАВМЫ (trauma, traumata) в психиатрии и психоанализе — любое совершенно неожиданное переживание, с которым субъект не в состоянии справиться. Немедленной реакцией на психологическую травму является шок; более поздними следствиями являются либо спонтанное выздоровление (аналогичное самопроизвольному заживлению физической травмы), либо развитие травматического невроза. В более вольном, не строгом, но широко используемом значении — любое мучительное или доставляющее страдание переживание, независимо оттого, имеются ли длительные последствия.

ТРАНСФЕР (ПЕРЕНОС) (transference) Процесс, который включает в себя: перемещение на своего аналитика чувств, представлений и пр., связанных с людьми из прошлого; отношение к аналитику как к объекту своего прошлого; проецирование на аналитика объект представлений, полученных ранее путем интроекций; наделение аналитика значимостью другого, обычно предшествующего, объекта.

ТРЕВОГА (anxiety) Обычное определение тревоги как иррационального страха непосредственно применимо только к фобической тревоге. Лучше определять ее как реакцию на какой-то еще не известный фактор либо в среде, либо в себе. Психоанализ имеет дело главным образом с последним. У Фрейда было три теории тревоги. Согласно первой, тревога является проявлением вытесненного либидо; вторая рассматривала ее как повторное переживание рождения (Freud, 1915); третья, которую можно рассматривать как окончательную психоаналитическую теорию тревоги, говорит о наличии двух видов тревоги:

первичной (автоматической) и сигнальной, каждый из которых есть ответ Эго на возрастание инстинктивного или эмоционального напряжения при этом сигнальная тревога представляет собой сторожевой механизм, предупреждающий Эго о надвигающейся угрозе его равновесию, а первичная тревога — эмоцию, сопровождающую распад Эго. К числу других видов тревоги, описанных в литературе, относятся:

а) КАСТРАЦИОННАЯ ТРЕВОГА, вызываемая реальными или воображаемыми угрозами по отношению к сексуальной функции;

б) СЕПАРАЦИОННАЯ ТРЕВОГА, вызываемая угрозой разлучения с объектами, ощущаемыми как необходимые для выживания;

в) ДЕПРЕССИВНАЯ тревога, спровоцированная страхом собственной враждебности к «хорошим объектам»;

г) ПАРАНОИДНАЯ ТРЕВОГА (ПРЕСЛЕДОВАНИЯ), в основе которой лежит страх перед нападением со стороны «плохих объектов»;

д) ОБЪЕКТИВНАЯ ТРЕВОГА, при которой страх вызывается реальной внешней угрозой;

е) НЕВРОТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА — термин, охватывающий все перечисленные выше виды тревоги, за исключением д), т.е. а) и б) по контрасту с в) и г), которые охватываются случаем ж);

ж) ПСИХОТИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА. Эта последняя, однако, иногда относится к угрозам собственной идентичности.

УДОВЛЕТВОРЕНИЕ (satisfaction) Эмоция, сопровождающая достижение. Инстинктивное удовлетворение: эмоция, сопровождающая разрядку инстинктивного импульса.

УНИЧТОЖЕНИЕ СДЕЛАННОГО (UNDOING) (Нем.: Ungeschehenmachen — делать что-либо «неслучившимся») защитный механизм, позволяющий субъекту сделать так, будто предшествующей мысли или действия вовсе не было. «Это, так сказать, негативная магия, она старается... «выветрить» не только последствия некоторого события (или переживания, или впечатления), но и само это событие... В обсессивном неврозе этот прием ... встречается прежде всего в «двухфазных» симптомах, в которых первое действие аннулируется вторым, так что получается, будто не было ни одного действия, тогда как в действительности были оба» — Freud (1926).

ФАНТАЗИЯ (phantasy) В одном из значений фантазия связана с воображением, грезами, мечтанием, в противоположность адаптивному мышлению и поведению. В этом смысле она является синонимом невротического мечтания. В другом значении относится к образной деятельности, лежащей в основе мышления и чувств. Все школы согласны с тем, что сознательная психическая деятельность сопрово-

ждается, поддерживается, обеспечивается, оживляется и находится под влиянием бессознательной фантазии, которая начинается в детстве, первоначально имеет дело с биологическими процессами и связями и подвергается символическому усложнению. Согласно Кляйн:

а) фантазии являются первичным содержанием бессознательных психических процессов;

б) содержание бессознательных фантазий первоначально связано с телом и представляет инстинктивные цели, направленные на объекты;

в) эти фантазии прежде всего являются психическими представителями либидных и деструктивных инстинктов;... и

г) адаптация к реальности и реальное мышление требуют поддержки совместно действующих бессознательных фантазий

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ (phenomenology) Изучение опыта. Феноменологические исследования

а) ограничиваются пределами опыта, рассматриваемого в границах сознания, не учитывая, что он является следствием лежащих в его основе процесса, не объясняя этот опыт как проявление ноуменов, сущностей, принципов и т.д., о которых сознание не осведомлено;

б) формулируют свои данные с точки зрения субъекта.

ФОБИЯ (phobia) Симптом, сутью которого является переживание ненужной или излишней тревоги в определенных ситуациях или в присутствии какого-то определенного объекта.

ФОРМИРОВАНИЕ РЕАКЦИИ (reaction formation)(реактивное образование) защитный процесс (механизм защиты), при помощи которого неприемлемый импульс преодолевается путем усиления (гипертрофией) противоположной тенденции. Заботливость может быть формированием реакции против жестокости и т.д.

ФРУСТРАЦИЯ (frustration) Состояние, возникающее при появлении препятствия, при расстройстве планов или разочаровании. Фрустрацию и депривация часто путают, хотя, строго говоря, фрустрация имеет отношение к последствиям, связанным с неудовлетворением влечения или неудачей в достижении цели, тогда как депривация подразумевает отсутствие предмета или возможности, необходимой для удовлетворения.

ХАРАКТЕР (character) В работах аналитиков под характером обычно понимаются не те свойства человека, которые наиболее характерны для него как единственного в своем роде индивида, а те, которые позволяют отнести его к одному из существующих характерологических

типов. Это обусловлено тем, что определенные черты характера можно понимать или как

- а) производные тех или иных фаз развития либидо и Эго, или как
- б) аналог симптомов, т.е. защитный образ действия.

ЦЕЛЫЙ И ЧАСТИЧНЫЙ ОБЪЕКТЫ (whole and part objects) Целый объект — это человек, в отношениях с которым субъект принимает тот факт, что он (объект) является личностью. Частичный объект — это либо часть тела, к которой субъект относится так, будто она существует исключительно для удовлетворения его потребностей, либо человек, с которым он обращается как с органом, существующим исключительно для удовлетворения его потребностей. Примером частичного объекта является «грудь».

ЧУВСТВО (sentiment) «Организованная система эмоциональных диспозиций, собранных вокруг идеи о некоем объекте» — McDougall (1908). Он полагал, что существует три чувства: любовь, ненависть и эгоизм. Относительно некоторых выводов, следующих из положения психоанализа о том, что любовь и ненависть есть инстинкты, а не «организованные системы эмоциональных диспозиций»

ЭГО (ego) структурное и топографическое понятие, относящееся к организованным частям психического аппарата, по контрасту с неорганизованным Ид. «...Эго — это та часть Ид, которая видоизменилась под непосредственным влиянием внешнего мира... Эго представляет то, что может быть названо умом и здравым смыслом, в противоположность Ид, содержащим страсти... В своем отношении к Ид Эго напоминает всадника, который должен держать в узде превосходящего его по силе коня, с той лишь разницей, что всадник пытается делать это своими собственными силами, тогда как Эго пользуется заимствованными» — Freud (1923).

ЭГО-ДИСТОННЫЙ (ego-dystonic) Желания, импульсы или мысли, которые рассматриваются субъектом как нежеланные, несовместимые или несоответствующие стандарту

ЭГО — СИНТОННЫЙ (ego-syntonic) Поведение совместимое с собственными стандартами, как, например, в случае черты характера, которая может быть неприятна другим, но не доставляет неудобства самому человеку.

ЭДИПОВ КОМПЛЕКС (oedipus complex) Группа в значительной степени бессознательных идей и чувств, концентрирующихся вокруг желания обладать родителем противоположного пола и устранить

родителя своего пола. Согласно классической теории, комплекс появляется в возрасте от 3 до 5 лет, хотя эдиповы проявления могут присутствовать и раньше: согласно М. Клейн, во время первого года жизни. Согласно Фрейд, эдипов комплекс — универсальное явление, филогенетически встроенное и ответственное за основную часть бессознательного чувства вины. Разрешение Эдипова комплекса достигается обычно путем идентификации с родителем своего пола и (частичным) временным отказом от родителя противоположного пола, который «вновь открывается» в его (ее) взрослом сексуальном объекте. Эдипово соперничество с отцом — причина кастрационной тревоги.

ЭЙФОРΙΑ (elation) Приподнятое настроение и чувство триумфа, обычно вызываемое успехом. Как патологический термин — эмоция, сопровождающая манию

ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ (externalization) Процесс, посредством которого психический образ представляется вне самого себя; посредством которого «внутренний объект» проецируется на некоторый объект во внешнем мире. В этом смысле является синонимом проекции и противоположен интроекции и интернализации.

ЭМОЦИЯ (emotion) Общее состояние тела и психики, выражающееся в субъективном ощущении, которое либо приятно, либо неприятно, но никогда не нейтрально; сопровождается выразительным поведением или позой и физиологическими изменениями.

ЭМПАТИЯ (empathy) (Einfuehlung) «Способность спроецировать собственную личность на объект сопереживания, тем самым полностью постигая ее» (С.О.Д.). Способность почувствовать себя на месте объекта. Понятие подразумевает, что человек одновременно и ощущает себя объектом, и продолжает осознавать собственную идентичность как самостоятельная личность. Данное слово необходимо, поскольку понятие «сочувствие» используется в тех случаях, когда речь идет о способности разделить неприятные переживания и не подразумевает, что сочувствующий непременно сохраняет свою объективность.

Примечание

Данный глоссарий составлен на основе:

Райкрофт Ч. Критический словарь по психоанализу / Пер.с англ. СПб.: ВЕИП, 1995. 288 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Контакты

АИ (Анонимные игроки)

Телефон для информации: +7 (495) 789 21 84

E-mail: info@gamblersanonymous.ru

www.gamblersanonymous.ru

И-Анон (родственники игроков)

Справочный телефон:

+7 (915) 493–20-55 (с 21 до 23 ч).

«Горячая линия» по проблемам зависимости от азартных игр

+7 (495) 380-09-03

Работает ежедневно с 10.00 до 22.00 кроме воскресенья

www.igroki.nan.ru

www.nan.ru

E-mail: igroki@nan.ru

Рекомендуемая литература

Литература, рекомендуемая для азартных игроков

Программная литература (12 шагов):

«Анонимные игроки. Новое начало»

«Анонимные игроки (для новичков)»

«Анонимные игроки (информация для юристов)»

«Анонимные игроки. Руководство по моральной инвентаризации по 4 шагу»

«Анонимные игроки. Группа ослабления финансового давления. Брошюра и финансовые бланки»

Программную литературу можно приобрести на группах поддержки сообщества «Анонимные игроки» (АИ).

Адреса групп поддержки АИ размещены на сайте «Анонимные игроки России»: <http://gamblersanonymous.ru>.

Справочный телефон сообщества «Анонимные игроки» (АИ): (495) 789-21-84.

Литература, рекомендуемая для родственников
и друзей азартных игроков

«И-Анон — образ жизни. Справочник»

«Жесткая любовь»

«Отделение, или как отстраниться от проблемы близкого»

«Избавление от потребности всех держать под контролем»

Т. Куннингэм «Ребенок-царек»

Программную литературу можно приобрести на группах поддержки для родственников азартных игроков (И-Анон).

Справочный телефон для родственников азартных игроков (И-Анон):

8(915)493–20-55 (с 21 до 23 ч).

Список групп Анонимные игроки (АИ)

Информация с сайта АИ www.gamblersanonymous.ru

ВНИМАНИЕ!

Информация о группах АИ приведена на 12.03.2008 г., информация регулярно обновляется, поэтому ее необходимо уточнять по телефонам:

(495) 789-21-84

(справочный телефон сообщества «Анонимные игроки»), или по телефону «горячей линии» по игровой зависимости

(495) 380-09-03

МОСКВА

ВТОРНИК

19:00 — 20:30 «ПО ОДНОМУ ДНЮ»

Даниловский вал, д. 22

м. «Тульская», посл. вагон из центра, 7 мин. пешком. Даниловский монастырь.

Центр. вход. Первый поворот направо. 2-ой этаж. Библиотека.

Открытое собрание — 3-й вторник месяца

Группа открылась 26 сентября 2005 г

СРЕДА

19:00-20:15 «ТРОИЦА»

Карамышевская наб.д.15

Храм Живоначальной Троицы в Хорошове,
в помещении воскресной школы.

Проезд: м.Сокол, м.Октябрьское поле. трол.59 ост конечная.

м Полежаевская трол.20-21,86 марш ост.Генерала Глаголева

Группа открылась 2 ноября 2006 г

19:00-21:00 «БУТОВО»

ул. Грина, д.3 корп. 2, средний подъезд, отделение неотложной наркологии.

Проезд м. «Бульвар Дмитрия Донского», 1 вагон из центра.

Группа открылась 3 января 2007 г

ЧЕТВЕРГ

19:00 -21:10 «КОВЧЕГ»

ул. Народного ополчения, д.48, корп. 1, подвал с дальнего торца с внешней стороны: центр «Опора».

М. Октябрьское поле, последний вагон из центра, выход налево.

Группа открылась 28 декабря 2006 г

ВРЕМЕННО НЕ РАБОТАЕТ

ПЯТНИЦА

21:15 — 23.00 «ДЕЛАЛИ ВСЕ»

Тайнинская ул., д.8, опорный пункт

м. «Бабушкинская», далее авт. 181, 696 до остановки «ул. Тайнинская»

Открытые собрания

Группа открылась 21 декабря 2001 г

СУББОТА

19:00 — 20.45 «НАДЕЖДА»

Мал. Могильцевский пер., д.6, стр.1 ГНЦ наркологии

м. «Смоленская», далее пешком

Открытое собрание — 2-я суббота месяца

Группа открылась 10 июня 2005 г

ВОСКРЕСЕНЬЕ

16:00 — 17.45 «НОВОЕ НАЧАЛО»

ул. Шверника, д.10-а

м. «Академическая», далее пешком, Наркодиспансер №12

Открытое собрание — 4-е воскресенье месяца

Группа открылась 13 октября 2002 г

И-АНОН

для родственников и друзей игроков

ВОСКРЕСЕНЬЕ

Мал. Могильцевский пер., д.6, стр. 1 ГНЦ наркологии

м. «Смоленская», далее пешком

ДУБНА (Московская обл.)

+7(903) 122 69 32 (Сергей)

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

19:00 ВТОРНИК, ЧЕТВЕРГ

18:00 ВОСКРЕСЕНЬЕ

«НАДЕЖДА»

Васильевский остров, 13-линия, д. 2, кв. 46

e-mail: gruppaai@mail.ru

БАРНАУЛ

19.00 ВТОРНИК, ПЯТНИЦА
«ПРОМЕТЕЙ»
Мужской кризисный центр
+7 903-911 64 72

НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

19.00 СРЕДА, ПЯТНИЦА «ФЕВРАЛЬ»
Ул. Георгия Исакова, 113-Е
Новый Город, 410 кв.621
Психологический центр «Диалог»
+7 917 220 22 28

КАЗАНЬ

17.00 СРЕДА «ТОЛЬКО СЕГОДНЯ»
ул. Ямашева, д.82,
от остановки «Савиново» 5 метров,
вход со стороны остановки, в помещении наркологии.

САМАРА

15.00-16.00 СРЕДА «АВГУСТ»
ул. Гагарина, д.161 Реабилитационный центр «Ковчег»

КРАСНОЯРСК

19.00 ЧЕТВЕРГ «GAME OVER»
ул. Алексеева 101, квартира 2
Группа открылась 11.01.07
Телефон горячей линии +7 (950) 437 05 90

АРХАНГЕЛЬСК

+7(921) 244 83 34 (Олег)

ТАМБОВ

19.00 ВОСКРЕСЕНЬЕ «ВНЕ ИГРЫ»
Ул. Советская 90, ком. 7.
за магазином «Флора» в здании «Общества трезвости и здоровья»,
8 -906-659-45-84 (Дмитрий)

ТОЛЬЯТТИ

+7(917) 125 35 72 (Олег)

ЧАЙКОВСКИЙ (Пермский край)

+7(901) 630 47 44 (Денис)

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)

Тел. (499) 126-3475

Факс (499) 126-1064

e-mail: nan@nan.ru

www.nan.ru

«Горячая линия» по проблемам зависимости от азартных игр

(495) 380-09-03

работает ежедневно с 10.00 до 22.00 кроме воскресенья

**Информационная служба по проблемам
алкоголизма, наркомании и игровой зависимости**

(499) 126-04-51

работает с 10.00 до 19.00 в рабочие дни, с 10.00 до 16.00 в субботу

Фонд «Ответственная игра»

(495) 380-1863

e-mail: Semerikova@responsible.ru

