

Остаться трезвым – Руководство по профилактике срыва

Теренс Т. Горски

Посвящение

Эта книга посвящается Ричарду Видмену (Richard Weedman), наставнику, увидевшему возможности, которые не разглядел бы никто другой, и, как по волшебству, вызвавшему то вдохновение, благодаря которому стало возможным написание этой книги и многое другое.

Слова благодарности

Невозможно перечислить всех людей, внесших свой вклад в развитие концепций планирования профилактики срыва, описываемых в этой книге. Мы попытались назвать тех, чей вклад был наибольшим.

Мы хотели бы выразить особую признательность Ричарду Д. Видмену, который в настоящий момент является национальным консультантом Национальной ассоциации программ терапии алкоголизма, и покойному профессору психологии Северо-восточного университета Иллинойса Стэну Мартиндейлу. Именно благодаря пяти годам первоначального обучения у Ричарда Видмена появились фундаментальные концепции планирования профилактики срыва. Глубокое изучение гештальт-психологии и гуманистической психологии у Стэна позволили нам соединить эти концепции с сегодняшней работой по планированию профилактики срыва. Джим Келлехер, как супервайзер и настоящий друг, помог в разработке 37 признаков срыва.

Мы благодарны доктору Джеймсу Миламу, директору-распорядителю Центра выздоровления Милама, чьи первопроходческие работы в области концепции алкоголизма как болезни и его

неврологических последствий во многом повлияли на разработку наших концепций. Он оказал огромную помощь, посвятив множество часов обсуждению представленного в настоящей работе материала.

Благодаря доктору Хенри Бегляйтеру, профессору психиатрии и неврологии Медицинского колледжа Университета штата Нью-Йорк, удалось подвести под теорию срыва и методы планирования профилактики срыва солидное научное обоснование. Г. Дуглас Тальботт, доктор медицины, помог при редактировании рукописи. Его работа по проникновению в физиологические основы заболевания алкоголизма оказалась полезной в установлении связи между симптоматологией постабстинентного синдрома с концепциями срыва.

За последние шесть лет помощь в обучении профилактике срыва оказали свыше трехсот учебных и лечебных организаций. Люди, проявившие достаточно прозорливости и мужества заняться разработкой этой новой области исследований, непосредственно способствовали их развитию и расширению. Хотя невозможно поименно назвать всех их, некоторые заслуживают особого упоминания.

Центры терапии алкоголизма в Центральной общественной больнице Иллинойса (ныне - Общественная больница «Гайд-Парк») в Чикаго и Мемориальной больнице «Инголс» в Харви (шт. Иллинойс) впервые применили эту модель в клинических условиях в 1974-1982 гг. Благодаря работе Хала Томпсона, Боба Эдвардса и Энн Миллер, в 1984 г. Центр «Коала» в г. Ливане (шт. Индиана) первым реализовал комплексный курс профилактики срыва, основанный на этой модели.

В 1986 г. открылся центр комплексной профилактики срыва в Эшли у отца Мартина. Отец Мартин, Лора Мей и Томас Эйбрахам, Мики Томас, а также совсем недавно Роберт Шелтон оказали неоценимое содействие в реализации этих новых методов и организации обратной связи с нами. Для нас было честью работать с отцом Мартином. Его проницательность и поддержка послужили сильнейшим стимулом для нашей работы. Благодаря его усилиям, в Эшли был сделан важнейший шаг по

открытию специализированной программы профилактики срыва, в которой объединены духовность и методы профилактики срыва.

Горячими сторонниками наших концепций в своих областях стали также Джон Харниш из больницы Св. Джона на Западном побережье в Уэстлейке (шт. Огайо), Том Хедин, директор Отделения алкоголизма и химической зависимости в Северной Дакоте, Дэн Барметтлер из Института целостного развития, Джим Портер, исполнительный директор Совета по алкоголизму в «Городе на высоте мили» (Денвер), Лайза Хейвенс, директор Мейплвудского центра Общественной больницы «Говард» в г. Кокомо (шт. Индиана) и Марджори Киммел, исполнительный директор Центра «Ферст Сити Рикавери» в Огайо.

Дик Джеске, инструктор Военно-морского министерства США, оказал содействие в согласовании принципов работы групп самопомощи по программе профилактики срыва с идеями сообщества «Анонимных алкоголиков» и соответствующих групп самопомощи. Тамми Белл, администратор программы помощи работникам компании «Борг-Урнер Кемикалз, Инк.» помог донести эти концепции до алкоголиков на производстве.

Выражаем благодарность Клаудии Блэк за тщательный анализ рукописи этой книги и обсуждение связи возможности срыва с наличием в семье взрослых детей алкоголиков. Несмотря на то, что значительная часть этой информации не вошла в данный том, эти беседы и замечания помогли сформировать наше в

и

дение и найдут отражение в будущих работах.

Работа Стефани Браун, доктора философии, консультанта Клиники алкоголизма в Стэнфорде, по эволюционной модели выздоровления, а также тщательное и критическое прочтение рукописи, оказались полезными при прояснении теоретической основы наших взглядов.

Том Клонч и Фрэнк Лисноу, бывший и нынешний президенты Национальной ассоциации консультантов в области терапии

алкоголизма и наркомании (NAADAC), также заслужили нашу благодарность за анализ рукописи и замечания.

Наши слова благодарности адресованы также рецензировавшим эту рукопись Элу Гроссенбахеру, который читал ее с точки зрения принципов АА, Гэри Г. Форресту из Психотерапевтической корпорации в Колорадо-Спрингс, доктору медицины Максвеллу Н. Вейсману, г. Балтимор (шт. Мэриленд) и Алану Марлатту, директору Центра исследований зависимого поведения при Университете Вашингтона, г. Сиэтл (шт. Вашингтон).

Много времени поддержке нашего проекта посвятил Джо Трояни, директор программ Образовательного центра по вопросам алкоголизма больницы «Лоретто» в Чикаго. Мы высоко ценим его терпение и готовность к сотрудничеству.

Спасибо Расселлу Гилбрету, Кейти Чидичимо, Мэри Джонсон и Сьюзен Холл, которые помогли в наборе и работе с многочисленными черновиками рукописи. Особая благодарность Энн Дикерсон, Джин Хэршмэн, Энн Уэлч, Тиму Марквеллу, Джан Ханкинс, Лори Робертс и Клеоне Гутри за проверку и многократное прочтение рукописей и обратную связь.

Нам трудно выразить словами нашу признательность Джан Смит и Дэвиду Миллеру, нашим супругам, которые сделали столь много, чтобы эта книга состоялась. Кроме своего времени, они давали нам любовь, поддержку, и ободрение.

Больше всего нам хочется поблагодарить самих выздоравливающих алкоголиков. Выздоровливая, они ежедневно посвящают себя борьбе, и время от времени их настигают срывы, потому что мы недостаточно хорошо понимаем их заболевание и способы его лечения. Именно благодаря их страданиям, мужеству, силе и надеждам стало возможным планирование профилактики срыва.

Предисловие

Все мы хорошо знаем о разрушительном в основе своей характере заболевания алкоголизма. Оно поражает тело, интеллект, эмоции и душу человека, ставшего его жертвой. По своей природе это смертельное заболевание. Мы знаем, что оно неизлечимо, но его можно остановить. За последние 50 лет сотням тысяч алкоголиков удалось остановить свою болезнь и прожить счастливую, успешную и продуктивную трезвую жизнь. Однако одна из величайших трагедий здесь состоит в том, что у многих алкоголиков наступает временное облегчение, после чего они возвращаются к употреблению.

По имеющимся данным, приблизительно половина алкоголиков, подошедших к порогу трезвости, переступают его, и остаются трезвыми. Многие из остальных какое-то время остаются трезвыми, срываются один или несколько раз, после чего познают вкус трезвой жизни и больше не пьют до самой смерти. Из оставшихся многие «зацикливаются», снова и снова начинают трезветь, а потом возвращаются к употреблению. Некоторые из них, разумеется, в конце концов, умирают.

Терри Горски в начале его профессиональной карьеры было поручено попытаться помочь этим «крайним». Он понимал, что некоторым из них, очевидно, уже никогда не удастся поправиться – вред, нанесенный им употреблением алкоголя, непоправим. Однако, что касается остальных, он предполагал, что, возможно, есть способ помочь им обрести ту трезвость, которая другим далась чуть легче, чем им. И вот этот молодой человек пятнадцать лет своей жизни посвятил (и до сих пор работает над этим) изучению историй болезни тысяч таких бедняг, которые снова и снова возвращались к употреблению.

В результате этой работы была создана модель профилактики срывов CENAPS. Она объединяет принципы «Анонимных алкоголиков» и профессиональную терапию и предлагает план выздоровления. По его словам, этот план сам по себе не содержит ничего нового. Он лишь соединяет мудрость программы выздоровления АА с результатами всех исследований последних нескольких десятилетий.

Я верю в принципы, описываемые в этом пособии. Моя убежденность в их эффективности настолько сильна, что мы основали центр комплексной профилактики срыва в Эшли. Здесь обеспечивается оптимальная интеграция профессионального консультирования, медицинского лечения и мудрости «Анонимных алкоголиков».

Я убежден в том, что эта книга и сопровождающая ее рабочая тетрадь по профилактике срыва дадут вам ценную информацию, способную спасти вашу жизнь. Если пытаетесь понять и применить эту информацию вы обнаружите, что не можете сделать это в одиночку, не отчаивайтесь. Существует множество прекрасных терапевтических центров, в которых вам помогут в планировании профилактики срыва.

Но несмотря на все, некоторые все-таки умрут от этой неизлечимой болезни. При этом многие будут продолжать умирать из-за того, что мы не знаем, что делать с феноменом срыва. Планирование профилактики срыва – мощный новый подход, который помогает тысячам людей избежать того, что раньше было смертным приговором. Нам важно донести до склонных к срывам алкоголиков ту мысль, что надежда реально существует. Пора донести до терапевтических центров понимание того, что у нас есть моральное обязательство сделать все, что в наших силах, для излечения самых больных среди больных в массах алкоголиков. Я верю, что эта книга открывает отличные возможности для того, чтобы начать помогать людям, которые раньше считались безнадежными.

Отец Джозеф Мартин,
Один из основателей
Центра отца Мартина в Эшли,
Гавр-де-Грейс, Мэриленд

Вступление

В начале 1970 гг. я работал консультантом по проблемам алкоголизма в чикагской больнице «Грант». В июне 1971 г. я был переведен на штатную должность в поликлиническом отделении. Поскольку у меня был совсем небольшой стаж работы в этом учреждении, я не имел достаточного влияния и ко мне не направляли пациентов «с высокими шансами излечения». Ко мне попадали самые трудные больные, многие из которых лечились неоднократно и так и не смогли оставаться трезвыми. В то время меня это не волновало. Я считал, что могу работать с кем угодно. Никто не говорил мне, что такие пациенты, подверженные хроническому срыву, безнадежны. И я ждал, что они выздоровеют.

Когда все принимаемые тобой пациенты – это исключительно люди, которые постоянно срываются, задача может показаться непреодолимой. Зато я почти сразу начал учиться.

Первое, к чему я пришел – это то, что большинство постоянно срывающихся пациентов прошли через все, что предлагается консультантами по алкоголизму и традиционной психотерапией. Кроме того, я узнал, что многие из них больше знакомы с шагами и традициями АА, чем я сам. Они знали «Большую книгу» и «Двенадцать на двенадцать». Многим удавалось достичь длительных периодов трезвости благодаря применению принципов АА. Но почему-то они не могли заставить эти принципы действовать в своей жизни. Многие считали, что они «по природе своей неспособны к выздоровлению», и ссылались на ту часть главы 5 «Большой Книги», в которой говорится о тех несчастных, которые никогда не выздоравливают.

Я обучался в значительной степени конфронтационному типу терапии. Вскоре я понял, что с больными, склонными к срыву, конфронтация неэффективна, потому что конфронтации со стороны других людей они, пожалуй, хлебнули больше всего на свете. День за днем им противостояли почти все: начальство, жены, дети, врачи, консультанты, полицейские и т.д. Если они чему-нибудь и научились, так это иметь дело с конфронтацией.

Скоро мне стало ясно, что пациенты этой группы относятся к самим себе жестче, чем любой врач. Как правило, они во всём винили себя. Их самооценка была на самом низком уровне.

В течение первых нескольких месяцев попыток работать с этими больными, я почти не добился никакого успеха. Я решил забыть о традиционном консультировании алкоголиков и начать учиться у лучших специалистов, т.е. у самих пациентов.

Вместо составления сложнейших планов терапии, применения терапевтических стратегий, основанных на высокой степени конфронтации, и жестко структурированных терапевтических программ, я выбрал гораздо более простой подход. Во-первых, я попросил каждого пациента посещать не менее трех собраний АА в неделю.

Во-вторых, я организовал специальную терапевтическую группу, которая работала по три часа, для того, чтобы люди могли учиться общению друг с другом, проживать свои чувства и эмоции и говорить о них, а также определять общие схемы поведения в группе и затем применять эти схемы к проблемам, возникающим в других сферах их жизни.

Третий раздел терапии состоял из индивидуальных терапевтических сессий, которые были посвящены почти исключительно построению подробной истории срывов. Им предлагалось начать с их последней попытки вести трезвую жизнь. К своему удивлению, я обнаружил, что большинство из них до последнего срыва уже были убеждены в том, что они алкоголики и что им нужна постоянная программа выздоровления. Удивило меня и то, что, как оказалось, большинство из этих людей имели высокую мотивацию к тому, чтобы оставаться трезвыми. Они не хотели срываться. Они хотели пользоваться программой «Анонимных алкоголиков» (АА), услугами профессиональных консультантов и почти всем, что только могла предложить какая-либо программа терапии. Некоторые прошли через электрошоковую терапию и методы, создающие отвращение к алкоголю (когда, например, при употреблении алкоголя вызывается рвота). Других, по их желанию, на несколько

месяцев изолировали. Несмотря на все эти усилия, большинство из них возвращалось к употреблению.

Моей целью при сборе этих историй срывов было шаг за шагом подробно сформулировать понимание того, каким образом человек, осознающий важность трезвости для себя и много знающий об алкоголизме, может снова начать пить. Каким образом алкоголик убеждает себя все-таки выпить ту рюмку, которая, как это ему известно, в конце концов, убьет его?

Собирая истории срывов, я выяснил, что у пациентов было много общих особенностей. Очевидно, у большинства из этих людей присутствовали одни и те же способы мышления, эмоциональные реакции, поведение и жизненные ситуации, которые вели к срыву.

Уже после пяти или шести историй я понял, насколько трудно этим выздоравливающим алкоголикам разобраться со своими мыслями и чувствами. Выяснилось, что они не способны ясно мыслить, отдавать себе отчет в своих эмоциях или просто запоминать факты. Их способность работать с абстракциями и реконструировать свою биографию была крайне ограниченной. На создание первых нескольких историй уходило от шести до десяти часов. У людей были большие провалы в памяти, они не помнили продолжительных периодов времени. Им также было очень трудно располагать события прошлого в последовательном логическом порядке. Когда я просил их рассказать, что означали те или иные действия в прошлом, они были неспособны найти в них какой-либо смысл. Они вспоминали конкретные вещи, но с большим трудом могли абстрагироваться от них и обобщить значение этого опыта для других жизненных ситуаций.

Записав приблизительно десять историй, я сравнил результаты. Опираясь на сходные черты, я начал составлять общий список того, что я назвал признаками (предупреждающими знаками) срыва. И теперь, вместо того, чтобы начинать выяснение истории нового пациента с самого нуля, я показывал ему этот список признаков срыва. Тогда эти признаки были записаны в виде простого перечисления слов и коротких

фраз, таких как «отрицание», «оборонительное поведение», «нарастание кризиса» и т.д. Я объяснял их смысл на индивидуальной терапевтической сессии и пользовался ими для стимулирования памяти пациента и выяснения, происходили ли такие вещи с ним.

Я обнаружил, что этот список намного ускорял процесс выяснения истории больного. Кроме того, обнаружилось, что все большее число пациентов в терапевтической группе вызывались рассказывать о своих признаках срыва. Многие также начинали видеть закономерности, которые вели к срыву в прошлом. Люди стали распознавать те же самые признаки по мере их появления в нынешней трезвой жизни.

Акцент работы группы быстро сместился, и она превратилась из группы психологического роста в терапевтическую группу с очень конкретной ориентацией на профилактику срыва. Основное внимание обращалось на определение конкретных признаков срыва, распознавание их в ситуациях реальной жизни и обучение тому, какие конкретные шаги нужно предпринять для снятия признаков срыва.

Хотя на тот момент я об этом не думал, эта трехчасовая групповая терапия, вместе с процессом воссоздания индивидуальной истории срыва и продолжающимся участием в АА, стали основой создания комплексной теории срыва и практики, которая впоследствии стала известна как Планирование профилактики срыва.

За два года работы врачом в амбулаторных условиях я собрал 118 историй срывов и принялся за детальный анализ этих историй. Конечным результатом этой работы стал пересмотренный список из 37 признаков срыва, с основными закономерностями, которые наблюдались в этих 118 случаях.

В июне 1973 г. я перешел из больницы «Грант» и начал работать координатором программы помощи работникам Министерства сухопутных войск в Форте Шеридан (шт. Иллинойс). В области профилактики срывов была проведена новая работа. В августе 1974 г. я возглавил Отдел терапии алкоголизма в Центральной общественной больнице Иллинойса (ныне - Общественная больница «Гайд-Парк») в

Чикаго (шт. Иллинойс). Дальнейшая работа подтвердила обнаруженную динамику срыва.

В 1976 г. меня назначили директором Центра терапии алкоголизма в Мемориальной больнице «Инголс» в Харви (шт. Иллинойс). Там я тесно сотрудничал с доктором Харри Ханнингом (доктором медицины). Мы вместе работали с пациентами, склонными к срывам. У нас был традиционный реабилитационный центр для алкоголиков, но очень скоро мы осознали необходимость оказания специальных услуг пациентам, склонным к срывам.

Весь персонал имел подготовку в области основных принципов профилактики срыва. Мы выявили непродуктивные подходы и ошибочные убеждения, которые лишь усугубляли проблему срыва. Мы также переоценили нашу политику жесткой конфронтации и стали разделять пациентов на тех, кто просто не имел мотивации к терапии, и на тех, кто хотел излечения, но для кого традиционная терапия не давала эффекта.

Мы обнаружили, что после терапии по профилактике срыва у этих пациентов реже происходили срывы, и увеличивался срок трезвости. Если они и возвращались к употреблению алкоголя и наркотиков, то продолжительность срыва сокращалась, а последствия были менее серьезными, чем при других методах терапии. Мы были полны надежд и энтузиазма.

В 1979 г. я объединил свои усилия с Мерлин Миллер, профессиональным педагогом и писателем. Вместе мы начали работу над организацией материала, который послужил бы основанием новой модели консультирования, основанной главным образом на технологиях профилактики срыва. Первая созданная нами организация называлась Alcoholism Systems Associates (ASA) – Товарищество по системам терапии алкоголизма – и ее центр находился в г. Хейзелкрест (шт. Иллинойс). Мы проводили обучение на месте в чикагском регионе, и постепенно эти методы стали получать национальное признание.

В 1982 г. мы опубликовали книгу «Консультирование в профилактике срыва», в которой впервые были изложены основные принципы и стратегии планирования профилактики срыва. Первая половина книги была посвящена теории срыва, вторая – описанию практических шагов по профилактике срыва. Книга была написана для консультантов, но ей стали пользоваться для себя и многие выздоравливающие.

В начале 1980 гг. мы познакомились с работой Алана Марлатта (G. Alan Marlatt) и его коллег из Центра исследований зависимого поведения при Университете Вашингтона в г. Сиэтле. Хотя его работа основана на положениях бихевиористской (поведенческой) школы, а не на теории концепции болезни, реальные терапевтические методы профилактики срыва очень сходны друг с другом. Бихевиористская школа внесла огромный вклад в исследования, подтверждающие эффективность планирования профилактики срыва. В 1985 г. в книге «Профилактика срыва», изданной Аланом Марлаттом и Джудит Гордон (Judith R. Gordon) впервые были объединены и подытожены результаты этих эмпирических исследований.

Предлагаемая Вашему вниманию книга – **«Остаться трезвым – Руководство по профилактике срыва»** является попыткой обновления модели профилактики срыва с помощью новой информации, появившейся с момента издания нашей предыдущей книги. Это также попытка донести непосредственно до Вас, членов сообщества выздоравливающих, жизненно важную информацию, в которой речь идёт о выборе между жизнью и смертью – между трезвостью и срывом.

Мерлин и я надеемся, что информация, приведённая в этой книге, позволит Вам познакомиться с общим опытом тысяч алкоголиков, которые непосредственно или косвенно помогли в разработке нашей модели.

Мы представляем Вам эту книгу, желая поделиться с Вами опытом и надеждами. Мы хотим, чтобы Вы обрели надежду. Настраиваясь на это,

давайте вместе отправимся в путь. Путь, который подытожит на этих страницах основные знания о профилактике срыва, сбору которых мы отдали более пятнадцати лет.

Теренс Т. Горски

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ С ЭТОЙ КНИГОЙ

РАБОЧИЕ ЖУРНАЛЫ «ОСТАВАТЬСЯ ТРЕЗВЫМ» «Журнал упражнений» и «Руководство» РАБОЧИЕ ЖУРНАЛЫ «ОСТАВАТЬСЯ ТРЕЗВЫМ» состоят из «Журнала упражнений» и «Руководства». Эти журналы предназначены для использования с книгой «Остаться трезвым – Руководство по профилактике срыва». Пошаговый подход, примененный в рабочих журналах, будет наиболее полезен на индивидуальных или групповых консультационных сессиях людям, выздоравливающим от химической зависимости. Читателю демонстрируется весь процесс срыва, что позволяет лучше понять, почему он происходит у человека и как можно предотвратить срыв. Этот метод оказался успешным для многих выздоравливающих алкоголиков и людей с химической зависимостью. Эти проверенные принципы планирования профилактики срыва, основанные на терапевтической модели CENAPS, излагаются просто, в удобной для использования форме. («Геральд Хаус/Индепендент Пресс»)

Библиография:

АЛКОГОЛИЗМ

За последние пятнадцать проведено немало исследований природы алкоголизма. Работы, включенные в приводимый ниже список, отражают последние достижения в этой области, и рекомендуются тем, кого интересует исследовательская база и информация общего характера в связи с концепциями, положенными в основу этой книги.

КОНЦЕПЦИЯ БОЛЕЗНИ

Существует широкое признание алкоголизма как заболевания. Ниже приведены ссылки на основные работы, использованные для подтверждения этой модели алкоголизма.

Концепция зависимости как болезни принимается не всеми. Главные критики модели заболевания исходят из того, что в указанных выше источниках не сводятся воедино биологические, психологические и социальные факторы. Высказываются также сомнения в том, что у

некоторых из проблемно пьющих людей наличествует собственно зависимость, утверждается, что концепция болезни либо игнорирует таких людей, либо безосновательно навешивает на них ярлыки и необъективно подходит к ним.

Далее следуют названия некоторых из работ, критикующих концепцию алкоголизма как заболевания

АЛКОГОЛИЗМ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

Доказано, что в появлении алкоголизма играет свою роль фактор наследственности. В настоящее время продолжаются исследования в этой области. Каково генетическое влияние, способствующее повышенной подверженности алкоголизму?

В перечисленных ниже работах подытоживаются результаты последних исследований

УПРАВЛЕНИЕ СТРЕССОМ И БОЛЕЗНЬ ЗАВИСИМОСТИ

Доказано, что управление стрессом и обучение релаксации весьма помогают при терапии зависимостей. В следующих работах излагаются основы исследований и методология использования техник управления стрессом и обучения релаксации в терапии.

ВЕЩЕСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ

Химическая зависимость подразумевает привыкание к веществам, изменяющим сознание, в ч.т. алкоголю. Существует общий, основной синдром зависимости, или привыкания, но каждая группа веществ имеет свои характерные особенности, проявляющиеся в состоянии интоксикации и после прекращения употребления, и эти особенности требуют изучения. Приведенные ниже работы помогут понять сходство и различия между такими веществами. В них описываются одни и те же биологические, психологические и социальные факторы заболеваний

зависимости. Дается обзор последних исследований эндорфинов и энкефалонов и их роли в болезни зависимости.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Компульсивное (навязчивое) поведение – это действия, вызывающие интенсивное возбуждение, эмоциональное освобождение или изменение настроения, за которыми следуют длительные периоды боли или дискомфорта. Такое поведение может быть внутренним (мышление, представление, чувство) или внешним (работа, игра, разговор, и т.д.) При компульсивном поведении возникают биопсихосоциальные паттерны (жесткие схемы), аналогичные основному синдрому зависимости, возникающему при употреблении веществ, создающих привыкание. В перечисленных ниже работах дается обзор различных видов компульсивного поведения и соответствующих исследований.

ОТРИЦАНИЕ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ

Зависимость называют болезнью отрицания. При обсуждении отрицания часто используются концепции «признания» (когда диагноз признается на сознательном уровне, но не принимается на бессознательном) и «принятия», «сдачи» (когда болезнь принимается больным как на сознательном, так и на бессознательном уровнях). Типичным терапевтическим подходом является конфронтация. В приведенных ниже работах дается обзор оригинальных источников и последних версий понятий отрицания, признания, принятия и конфронтации.

ЗАВИСИМАЯ СЕМЬЯ

Как правило, зависимость описывается как семейное заболевание. По имеющимся оценкам, каждый действующий алкоголик или наркоман способствует появлению серьезных проблем у трех-пяти членов семьи. За последние пятнадцать лет произошло решительное

изменение в диагностических и терапевтических подходах. Цель семейной терапии расширилась от простой поддержки в выздоровлении алкоголика до определения поражений у членов семьи и оказания им помощи. В следующих работах рассматриваются концепции обретения возможностей, семейной терапии, созависимости, синдрома взрослых детей алкоголиков (АСОА).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ АЛКОГОЛИКОВ

По имеющимся оценкам, болезнь зависимости сокращает жизнь человека приблизительно на 11 лет. Существуют свидетельства того, что хотя трезвость увеличивает продолжительность жизни, трезвые алкоголики продолжают подвергаться большому риску повышенной заболеваемости и преждевременной смерти. Причины смерти простираются от заболеваний печени и других прямых поражений организма до рака, болезней сердца и заболеваний, связанных со стрессом. Причины наступления смерти в трезвости отражают сильное влияние болезней, связанных со стрессами и токсинами, которые могут возникать из-за замены основной зависимости на зависимость от других веществ (кофеина и никотина) и видов поведения.

КОФЕИН

В результате исследований кофеиновая зависимость определяется как клинический синдром, характеризующийся повышенной тревожностью, беспричинным страхом и раздражительностью, а также физическими симптомами, такими как тахикардия (учащенное сердцебиение) и тремор (дрожание рук). Хотя часто в этом не отдается отчета, кофеиновая зависимость может играть значительную роль в возникновении чувства дискомфорта и дисфункции у лиц, выздоравливающих от болезней зависимости. Кроме того, кофеиновая зависимость может иметь связь с возвращением к зависимому употреблению у выздоравливающих.

ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Последние исследования показывают, что выздоравливающие алкоголики страдают от не устанавливаемых клиническим наблюдением органических умственных расстройств, затрудняющих способность думать, управлять своими чувствами и эмоциями, помнить факты, нормально спать, сохранять психомоторную координацию и справляться со стрессом. Синдром является хроническим и ярко выражен на стадии раннего выздоровления в течение 30-180 дней. После этого периода симптомы периодически возвращаются, особенно в моменты, когда пациент испытывает чрезмерный стресс, усталость или плохо питается. Этот синдром называют постабстинентным синдромом, длительной абстиненцией, «сухим пьянством», «подготовкой к употреблению». Следующие работы рассматривают этот синдром, дают его описание и приводят гипотетические причины возникновения.

ЭВОЛЮЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Выздоровление определяют, как эволюционный процесс устранения повреждений, нанесенных болезнью зависимости, развития механизмов приспособления без употребления химических веществ, изменения личности и приобретения новых подходов к жизни и способам жить. Ранее считалось, что выздоровление – это лишь «процесс зеркального отражения», просто восстановление в обратном порядке после поражений, вызванных развитием болезни. Впоследствии был сделан вывод, что для успешного выздоровления требуется не просто восстановление после повреждений прошлых лет, но и приобретение совершенно новых навыков приспособления к жизни, развитие новых личностных качеств и подходов к жизни и способам жить. На приобретение этих навыков влияет длительное отравление организма, на ликвидацию которого уходит от 6 до 18 месяцев. В указанных ниже работах дается обзор основ эволюционной модели выздоровления от болезни зависимости.

АА И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ГРУППЫ САМОПОМОЩИ

«Анонимные алкоголики» (АА) и связанные с этим сообществом группы очень помогли миллионам людей выздороветь от болезни зависимости. Приведенные ниже книги – это частичный список литературы АА и других подобных групп, которая часто используется в подходах к химической и поведенческой зависимостям, основанных на принципе самопомощи.

ПИТАНИЕ

Питание – важная часть выздоровления. Большое количество людей выздоравливающих от зависимостей, плохо питаются. Многие страдают от гипогликемии (пониженного содержания сахара в крови) и диабета. Важно иметь комплексные пособия о роли правильного питания для выздоровления.

ПРОЦЕСС СРЫВА

В 1935 г. процент срывов у проходивших терапию алкоголиков составлял 98%. Лишь двум процентам алкоголиков после терапии удавалось остаться трезвыми и выздороветь. В начале 1970 гг. к выздоровлению приходило 40-60 % всех алкоголиков после терапии. Такое резкое улучшение процента выздоровления непосредственно связано с более точным пониманием природы алкоголизма (концепция болезни) и применением этого понимания в клинической практике. Процент срывов с 1970 г. остался практически неизменным. Для существенного увеличения числа успешно выздоравливающих необходимо систематическое наблюдение за пациентами, которым не удается выздороветь. На основе этой информации должно родиться новое, более точное понимание природы срыва, которое потом должно быть применено на практике. Список следующих работ – попытка отразить появление нового понимания процесса срыва.

ЧТО ГОВОРЯТ ОБ ЭТОЙ КНИГЕ

Книга **«Оставаться трезвым»** соединяет мудрость программы выздоровления АА с результатами всех исследований последних нескольких десятилетий. В ней предлагается план выздоровления. Я верю в принципы, описываемые в этой книге. Моя убежденность в их эффективности настолько сильна, что мы основали в Эшли центр комплексной профилактики срыва, основанной на этой модели.

Отец Джозеф Мартин,

Основатель Центра отца Мартина в Эшли

Работа **«Оставаться трезвым»** дает четкое определение процесса срыва у алкоголика. В ней содержится информация по профилактике срыва, которой так долго не хватало и которая так необходима. Работа написана в полном соответствии с моделью алкоголизма как физической болезни и вносит свой вклад в наше понимание алкоголизма как первичного заболевания. Поскольку невозможно предсказать, кому конкретно из пациентов потребуется специальная помощь в этой области, я считаю эту книгу обязательным чтением для персонала, работающего в терапевтических учреждениях, и для всех начавших выздоровление алкоголиков.

Джеймс Милам, доктор философии,

директор-распорядитель

Центра выздоровления Милама.

«Оставаться трезвым» - великолепная книга. Это прекрасная работа поможет созависимым и взрослым детям алкоголиков понять динамику срыва, которая так повлияла на их жизнь.

Клаудия Блэк, доктор философии

Книга **«Оставаться трезвым»** очень важна не только для выздоравливающих, но и для консультантов и других профессионалов в области здравоохранения. Слишком многие из тех, кто занимается

консультированием, считают, что трезвость начинается после последней выпитой рюмки, а срыв – с первой. Эти профессионалы должны осознать, что срыв – это процесс, а не действие. Я убежден, что книга **«Оставаться трезвым»** сделала очень много для подтверждения этой истины.

Фрэнк Лисноу,
президент Национальной ассоциации
консультантов в области терапии
алкоголизма и наркомании (NAADAC)

«Оставаться трезвым» - это отличная книга и пособие по выздоровлению для алкоголиков, склонных к срыву. Я считаю, что эта книга – большое достижение в этой области.

Дуг Тальботт, доктор медицины, Центр терапии алкоголизма и наркомании в Джорджии, Смирна, (шт. Джорджия)

Мне, выздоравливающему алкоголику, книга **«Оставаться трезвым»** помогла осознать у себя симптомы постабстинентного синдрома и научиться более эффективно справляться с ними. До чтения этой книги для снятия симптомов ПА я употреблял сахар. Эта книга помогла мне понять, как лучше конструктивно управлять симптомами, проявляющимися в трезвости. В результате я сбросил вес, начал заниматься физическими упражнениями, научился справляться со стрессом и оперативно решать проблемы. Качество моей трезвости значительно улучшилось.

Мики Томас,
Координатор Программы профилактики срыва,
Центр отца Мартина в Эшли

Как у выздоравливающего алкоголика, у меня было много проблем уже в трезвости, и я не знал, как с ними справляться. Книга **«Оставаться трезвым»** помогла мне лучше понять свои проблемы и

научиться решать их. Информация, приведенная в этой книге, дополнила и расширила то, что я узнавал, работая по программе «12 шагов».

Роберт С.

В книге **«Оставаться трезвым»** отлично сочетаются принципы профилактики срыва с традиционной моделью зависимости как заболевания. Эволюционная модель выздоровления дает оптимистический, ориентированный на рост подход к выздоровлению, совместимый с моделью научения, в которой подчеркивается рост, происходящий со временем. Я рекомендую эту книгу в качестве пособия практикующим консультантам и самим выздоравливающим клиентам.

Г. Алан Марлатт,
директор Центра исследований зависимого поведения
при Университете Вашингтона, г. Сиэтл (шт. Вашингтон)

«Оставаться трезвым» - это прекрасный ресурс для всех консультантов в области алкоголизма и других профессионалов в сфере здравоохранения, работающих с алкоголиками и лицами, злоупотребляющими иными веществами. В книге тщательно рассматриваются различные причинные факторы и практические стратегии клинического вмешательства для профилактики срыва. Данная работа стала значительным вкладом в литературу о терапии зависимостей.

Гэри Г. Форрест, доктор философии,
Психотерапевтическая корпорация в Колорадо-Спрингс (шт.
Колорадо)

«Оставаться трезвым» - важная книга для тех, кто занимается консультированием. Это один из наиболее важных вкладов в решение проблемы срыва в области терапии. Она будет полезна всем, кто желает помочь алкоголикам и членам их семей. Я рекомендую ее как материал

для обязательного изучения всеми консультантами по алкоголизму и злоупотреблению другими веществами.

Том Клонч, бывший президент

Национальной ассоциации консультантов

в области терапии алкоголизма и наркомании (NAADAC)

На меня произвело большое впечатление то, насколько ясное понимание природы не только срыва, но и болезни зависимости вообще дает эта книга. Хотя она прежде всего предназначалась для членов сообщества выздоравливающих, проблема больных с хроническими срывами представлена в ней так, что с этими идеями немедленно согласится любой консультант или врач, работающий в данной области.

Максвелл Н. Вейсман, доктор медицины, г. Балтимор (шт. Мэриленд)

ОБ АВТОРАХ

Теренс Т. Горски, магистр искусств, в настоящий момент является президентом корпорации CENAPS, частной организации по образованию и консультированию в г. Хейзелкресте (шт. Иллинойс). Он возглавлял центры терапии алкоголизма в Мемориальной больнице «Инголс» в Харви (шт. Иллинойс) и Центральной общественной больнице Иллинойса в Чикаго. Кроме того, он работал координатором программы помощи работникам Министерства сухопутных войск в Форт-Шеридане (шт. Иллинойс). Он являлся консультантом многочисленных национальных и международных программ в области терапии алкоголизма и часто выступает с докладами на конференциях в масштабе всей страны и отдельных штатов.

Мерлин Миллер, магистр искусств, является директором программы по исследованию алкоголизма/химической зависимости в Парк-Колледже, г. Канзас-Сити (шт. Миссури). С помощью корпорации

CENAPS она также разрабатывает образовательные программы и материалы для центров терапии алкоголизма и химической зависимости. Сочетая свои литературные способности и профессиональные знания, она написала множество книг по алкоголизму и зависимостям.

Горски и Миллер являются соавторами книг «Научиться жить снова – руководство по выздоровлению от алкоголизма» (совместно с Дэвидом Миллером), «Выздоровление семьи – преодоление зависимости», «Консультирование в профилактике срыва», а также авторами многочисленных обучающих пособий, брошюр и статей.

ОБУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКЕ СРЫВА

Планирование профилактики срыва требует подготовки, практики и наблюдения. Большинство соответствующих учреждений не обладают возможностями для эффективной подготовки и супервизии персонала, работающего по этим методам. Поскольку планирование профилактики срыва является специфической областью, корпорация CENAPS организует профессиональную подготовку с помощью семинаров и обучения по месту работы. Кроме того, корпорация CENAPS открывает центры по профилактике срыва в терапевтических учреждениях и для частнопрактикующих специалистов. Для учреждения, открывающего центр по профилактике срыва, CENAPS подготовит персонал и организует его супервизию, разработает схемы лечения и системы учета больных, а также соединит эти системы с прикладной исследовательской сетью.

Вы можете получить дополнительную информацию по адресу:

The CENAPS Corporation
17900 Dixie Highway
Homewood, Illinois 60430

708-799-5000

FAX 708-799-5032

Глава I. Срыв в процессе выздоровления.

Эта книга о срыве, о том, что это такое и, - что значительно важнее - о том, как его можно предотвратить. Предназначение книги - вернуть спокойствие встревоженным и успокоить беспечных. Она вернёт спокойствие многим людям - жертвам ошибочных убеждений, тем, кто сорвался, потому что не знал, как предотвратить срыв. Такие люди винят себя за прошлые срывы и считают себя безнадежными в будущем, потому, что не знают, что делать, чтобы избежать срыва. Мы намерены дать этим людям надежду, исправить их ошибочные убеждения и помочь им составить план предотвращения срыва, основанный на точной информации, который поможет им освободиться от безнадежности дальнейших срывов.

Мы не намерены тревожить тех, чья здоровая трезвость удобна и комфортна, но в наших планах потревожить наивную «сухость». Тех, кто считает, что до тех пор, пока они не употребляют алкоголь и наркотики и «таскают тело» на встречи АА[1], - им нечего беспокоиться о срыве, кто не знает, что выздоровление – это больше, чем посещение собраний. Тех, кто ещё не знает о существовании множества людей, посещающих собрания, непьющих и всё-таки нетрезвых. Тех, кто просто не пьёт или не употребляет наркотики. Эти люди сильно рискуют сорваться, и при этом большинство из них будет настоятельно отрицать этот факт. Мы намерены показать, что реалистичный взгляд на вероятность срыва – это единственный способ его предотвращения.

Срыв - комплексный процесс. Его невозможно объяснить просто. Существует множество аспектов этого процесса, которые будет необходимо понять. Возможно, Вам потребуется прочесть эту книгу более чем один раз, чтобы действительно понять и начать применять на практике принципы, которые мы попытаемся объяснить. И поскольку

всё в этом процессе важно, для нас было довольно трудно выбрать с чего начать. Возможно, будет полезным, если мы начнём с рассказа о том, чего Вы можете ожидать, читая эту книгу.

Сначала, мы собираемся обсудить болезнь зависимости. Невозможно понять процесс срыва, не поняв условий, при которых люди срываются.

Срыв - проблема, применимая ко многим зависимостям. Человек может быть зависимым от алкоголя или других изменяющих настроение наркотиков. Хотя большинство исследований срыва проводилось с алкоголиками (людьми, зависимыми от алкоголя), имеется возрастающий перечень доказательств, что те же самые методы предотвращения срыва могут применяться к целому ряду зависимостей. Для достижения целей этой книги мы будем применять следующие термины попеременно: алкоголизм, химическая зависимость, зависимость, и болезненное пристрастие. Мы будем также применять термины: «алкоголик», «химически зависимый человек», «наркоман», и «болезненно пристрастная личность», подразумевая одно и то же.

Эта книга написана для выздоравливающих от зависимости и адресована Вам, если Вы - один из них. Мы также убеждены, что она будет полезна и тем, кто не срывался или не был активно зависимым, особенно консультантам, психологам и членам семей.

Мы обсудим зависимость как био-психо-социальную болезнь. Это означает, что зависимость – это физическая болезнь (био), воздействующая на способ мышления (психо) и взаимоотношения (социо).

Давно известно, что люди с болезненными пристрастиями демонстрируют ненормальные реакции не только на употребление химических веществ изменяющих сознание, но и на их НЕупотребление. Большинство людей, размышляя о болезни зависимости, думают только о тех её признаках, которые проявляются, когда кто-то активно употребляет алкоголь или наркотики. Они и не подозревают о существовании признаков зависимости, появляющихся одновременно с

началом воздержания. Эти основанные на трезвости признаки зависимости могут активизироваться в любой момент выздоровления.

Мы собираемся детально описать некоторые из этих признаков в главе, посвящённой постабстинентному синдрому (ПАС). Затем мы опишем техники, помогающие справляться или снижать риск возврата к употреблению во время постабстинентного синдрома.

Для понимания и предотвращения срыва, также необходимо, понимание процесса выздоровления и того, что происходит в случае неполного выздоровления. Мы называем это частичным выздоровлением. Мы собираемся описать нормальный процесс выздоровления, а также взглянуть на то, что иногда блокирует достижение полного выздоровления.

Существуют ошибочные убеждения о срыве, которые мы с Вами также исследуем. Эти ошибочные убеждения могут настолько усиливать риск, что срыв действительно происходит. Смена некоторых из этих убеждений позволяет изменить поведение, ведущее к срыву.

Большинство людей, размышляя о «срыве», имеют в виду факт употребления алкоголя и наркотиков. Естественно, употребление - это срыв. Но благодаря исследованиям недавних лет, всё больше и больше людей начинают осознавать, что процесс срыва часто начинается задолго до начала употребления. Человек может стать дисфункциональным, будучи трезвым, не употребляя спиртного или наркотиков. Он может потерять контроль над своими суждениями и поведением. У него могут развиваться эмоциональные или физические проблемы. Он может стать дисфункциональным в трезвости

прежде

, чем начнёт употреблять или

вместо

употребления.

Осознание процесса срыва идёт от традиционного восприятия его как факта употребления алкоголя или наркотиков, к более глубокому пониманию того, что это процесс, включающий неосознаваемое

развитие убеждений и способов поведения, ведущих к активному бесконтрольному употреблению.

Процесс срыва – это движение прочь от выздоровления. Это не значит, что если Вы совершили грубый промах, или испытываете боль и напряжение, работая над выздоровлением, то Вы в срыве. Это значит, что если Вы вообще не обращаете внимания на своё выздоровление и не делаете ничего, способствующего процессу выздоровления, то подсознательно начинаете «дрейфовать» в направлении срыва. Если Вы увязли в частичном выздоровлении, то Ваши шансы сорваться очень высоки.

Выздоровление от болезненного пристрастия начинается с принятия того факта, что Вы не можете безопасно употреблять алкоголь или наркотики. Но одного осознания, что алкоголь и наркотики вредят Вам недостаточно. Вы должны прекратить употреблять их. Неупотребление веществ, изменяющих сознание, называется воздержанием. Но и воздержания недостаточно. Воздержание просто позволяет процессу выздоровления начаться. Принятие и воздержание это конечные средства - средства для нормальной жизни. Научение нормальной жизни без употребления алкоголя и наркотиков требует большего, чем воздержание.

Необходимо исправить физический, психологический и социальный ущерб, причинённый зависимостью. Также необходимо научиться, жить здоровой и продуктивной жизнью, не нуждаясь в алкоголе, наркотиках или зависимом реагировании на жизнь. Зависимый человек должен научиться справляться с трудностями жизни независимыми способами.

Срыв и выздоровление глубоко взаимосвязаны. Вы не можете выздороветь от зависимости не испытывая тенденций к срыву. Тенденции к срыву – нормальная и естественная часть процесса выздоровления. Они не являются чем-то, чего надо стыдиться. Наоборот, важно встречаться с ними в открытом и честном противостоянии. Если этого не делать, то они будут усиливаться. Тенденции к срыву подобны

ядовитым грибам или плесени, лучше растущим в темноте. Свет чистого точного размышления очень быстро уничтожает тенденции к срыву.

Когда признаки срыва, основанные на трезвости, становятся достаточно серьёзными, то человек становится дисфункциональным, даже не употребляя алкоголь и наркотики. В АА эти эпизоды дисфункции известны как «сухое пьянство». В этой книге мы называем их синдромом срыва. Когда признаки синдрома срыва делают жизнь достаточно болезненной, многие алкоголики снова начинают пить или употреблять наркотики, чтобы получить временное облегчение от боли. Другие не пьют, но у них развиваются серьёзные жизненные проблемы и проблемы со здоровьем, связанные с синдромом срыва.

Развитие срыва возможно прервать до того, как обнаружатся осознаваемые серьёзные последствия, вызванные его симптомами – предвестниками. Это делается при помощи планирования предотвращения срыва. В заключительной части этой книги мы собираемся объяснить планирование предотвращения срыва. Существует также рабочий журнал, управления ситуациями высокого риска, чтобы помочь Вам пройти через этот процесс и разработать собственный план предотвращения срыва.

Глава II.

БОЛЕЗНЬ ЗАВИСИМОСТИ

Чтобы понять срыв, необходимо понять болезнь зависимости. Люди часто не в состоянии выздороветь, потому что не понимают своей зависимости, или не в состоянии практиковать дела, помогающие избежать срыва. Ошибочное понимание природы зависимости, в первую очередь, а также неподходящее и неполное лечение, ведёт к срыву.

ВЕЩЕСТВА, ИЗМЕНЯЮЩИЕ СОЗНАНИЕ

Изменяющие сознание наркотики (алкоголь, лекарства) - это химические вещества, влияющие на работу мозга, путём изменения его биохимии. Прямым результатом изменения работы мозга являются физические, психологические и поведенческие изменения в человеке. Эти изменения являются причиной изменений в социальных отношениях. Все вещества, изменяющие сознание, имеют свойство менять направление мыслей, исказить точность суждений, вредить органам тела и влиять на поведение и взаимоотношения,

неважно, носит их употребление зависимый характер или нет

. Степень тяжести последствий от таких изменений зависит от используемых наркотиков (препаратов), человека, использующего эти наркотики (препараты), и, в некоторых случаях, от обстоятельств, при которых эти наркотики (препараты) употреблялись.

Основные вещества, изменяющие сознание классифицируются на четыре группы. Это - депрессанты, стимуляторы, болеутоляющие и галлюциногены. Ниже приводятся вещества, наиболее типичные для каждой из этих категорий.

1. ДЕПРЕССАНТЫ

А. Алкоголь

Б. Снотворные (седативные, барбитураты)

В. Транквилизаторы (феназепам, седуксен и т.д.)

2. СТИМУЛЯТОРЫ

А. Амфетамины

Б. Кокаин

В. Никотин (табак)

Г. Кофеин

Д. Эфедрин

3. БОЛЕУТОЛЯЮЩИЕ

А. Опиаты (героин, метадон, опиум и т.д.)

Б. Производные опиатов (морфин, кодеин, омнопон и т.д.)

4. ГАЛЛЮЦИНОГЕНЫ

А. ЛСД

Б. Фенциклидин (РСР) , кетамин

В. Гашиш (марихуана, конопля и т.д.)

Г. Псилоцибин (грибы)

БОЛЕЗНЬ ЗАВИСИМОСТИ

"Зависимость" - это состояние, при котором у человека развивается биологическое, психологическое и социальное привыкание к любым изменяющим сознание веществам. Зависимость заставляет человека употреблять наркотики для быстрого получения состояния удовлетворения (кайфа). Но за кайф есть цена, которую надо платить. Зависимость плодит долгосрочную боль и дискомфорт, сопровождаемые навязчивыми идеями, компульсивными желаниями и потерей контроля. При невозможности употребить снова зависимый человек думает, строит планы и готовится только к одному - употребить снова. Это называется навязчивыми идеями. Употребление мешает жить, но компульсивные или неподконтрольные страстные желания употребить вновь, - заставляют делать это, несмотря на долгосрочные и болезненные последствия. Зависимый человек употребляет наркотики, чтобы уменьшить боль, создаваемую употреблением наркотиков. Таким образом, продолжающееся употребление химических веществ ведёт к дальнейшему употреблению химических веществ.

Это – зависимость.

Продолжающееся употребление химических веществ, изменяющих сознание, ведёт к продолжению употребления химических веществ, изменяющих сознание.

Зависимость отличается от просто употребления алкоголя или наркотиков отсутствием свободы выбора. Употребление веществ, изменяющих настроение - это выбор. Зависимость - отнимает у человека выбор и диктует частоту, количество, и характер употребления. Зависимость всегда начинается с употребления, но употребление не всегда ведёт к зависимости.

Зависимость - физическая болезнь. Она должным образом классифицируется наравне с раком, болезнями сердца и диабетом как хроническая болезнь, причиняющая своим носителям длительный физический, психологический и социальный ущерб. Подобно жертвам этих других болезней, алкоголики также имеют физиологические состояния, являющиеся причиной их восприимчивости к развитию болезни.

Сегодня алкоголизм повсюду считается болезнью, однако, до очень недавних лет он рассматривался как психологическая или моральная проблема. Работы доктора Е. М. Джелинека (17) 50-х и 60-х годов XX века привели к принятию алкоголизма как болезни Американской Медицинской Ассоциацией (АМА), Американским Медицинским Обществом по Алкоголизму (АМСА), Национальным Советом по Алкоголизму, Американской Психиатрической Ассоциацией и Американской Академией Практики Семьи. Также как болезнь он рассматривается Американской Психологической Ассоциацией, Американской Ассоциацией Здравоохранения, Американской Ассоциацией Больниц и Всемирной Организацией Здравоохранения ООН.

Но, даже среди тех, кто признал алкоголизм болезнью, имелось общее убеждение, что её первичные основы носили всё же психологический характер. Доктор Джеймс Милам (6) (20) сделал главный вклад в признание алкоголизма ПЕРВИЧНОЙ физической болезнью. Доктор Милам убедительно доказал, что психологические и социальные факторы не играют более важной роли в развитии алкоголизма, чем в любой другой хронической болезни. Он бросил

вызов пониманию алкоголизма как болезни, вызываемой психологической восприимчивостью и выдвинул идею, что тело зависимого человека реагирует на алкоголь не так как тело независимого.

Исследования последних лет серьёзно поддерживают эту позицию. Исследования Чарльза Лейбера (31) (32), Марка Шукита (34) (35) и других указывают, что некоторые люди рождаются с телом более восприимчивым к зависимости, чем у остальных.

В то же время зависимость как первичная физическая болезнь воздействует и влияет на все области жизни человека. По этой причине мы называем болезнь зависимости био-психо-социальной болезнью.

"Био" - означает биологическое или телесное.

"Психо" - означает психическое или психологическое. "Социо" указывает на взаимоотношения с людьми.(5)

Болезнь зависимости био-психо-социальна.

Изучение нейромедиаторов мозга, - веществ, ответственных за передачу сигналов между его клетками, продвинуло понимание зависимости. Но многие найденные ответы, в свою очередь, поднимают новые вопросы. В целом, процесс химических взаимодействий в мозгу очень сложен, но уже сегодня совершенно ясно, что биохимия мозга независимого человека отличается от биохимии мозга зависимого. (21)

Многое выясняется также из исследований метаболизма печени, которые показывают, что большинство организмов людей с историей семейного алкоголизма усваивает алкоголь (разлагает его на составные части и выводит из организма) не так, как остальные, задолго до того, как у них появятся какие - либо признаки проблемного пьянства . (34)

Эти исследования серьёзно поддерживают идею генетической и наследственной основы зависимости. Люди с генетической предрасположенностью к алкоголизму не приговорены к

гарантированному развитию болезни, но находятся в группе высокого риска из-за способов, которыми органы их тела реагируют на алкоголь. (25) (26) (27) (29)

Чтобы стать зависимым, человек должен начать употреблять алкоголь, наркотики или лекарства. Степень генетической предрасположенности будет влиять на количество употребляемого алкоголя и наркотиков, и на период времени, необходимый, чтобы вызвать зависимость. Разные люди имеют различные уровни генетической или унаследованной восприимчивости к зависимости. У одних людей употребление небольшого количества алкоголя или наркотиков вызовет зависимость за короткое время. Другим же потребуется употреблять алкоголь и наркотики много, часто и в течение длительного времени, чтобы развилась болезнь. (28)

Виктор начал употреблять алкоголь в 19 лет. Впервые попробовав алкоголь, он выпил больше, чем хотел, напился и имел неприятности из-за пьянки. Ни разу в жизни он не выпил нормально. К 26 годам, всего семь лет спустя после первой выпивки, Виктор очутился в больнице, с тяжёлой формой алкоголизма. Позже, на собрании АА, Виктор описывал себя как "мгновенного алкоголика".

Василий также начал пить в возрасте 19 лет. Он редко напивался. Его первые значимые проблемы с алкоголем начались в 34 года. Употребление алкоголя не причиняло серьёзных проблем, пока ему не исполнилось 46. По-видимому, 15 лет он пил нормально, прежде чем его алкоголизм стал очевидным.

Люди начинают употреблять алкоголь или наркотики по психологическим и социальным причинам. Они пьют, потому что это позволяет им хорошо себя чувствовать (психологические причины), потому, что пьют другие люди, потому, что это помогает им принадлежать к определённой группе или классу, или потому, что

испытывают социальное принуждение к употреблению (социальные причины).

Зависимыми люди становятся по физическим причинам. У них развивается толерантность, то есть для достижения того же эффекта им требуется большее количество наркотиков. Клетки тела приспособляются к высокому уровню содержания наркотиков как к норме, и начинают функционировать нормально, только когда наркотики присутствуют в организме. Это ведет к физической зависимости. Телу становятся необходимы алкоголь, препараты или наркотики; их отсутствие является причиной абстиненции, вызывающей болезненный дискомфорт.

Чем большее количество алкоголя и наркотиков употребляет человек, чтобы почувствовать себя лучше, тем меньше ему нужды учиться применять более эффективные способы испытывать и проживать чувства, ситуации и взаимоотношения с людьми. Он перестает изучать, или забывает применять другие способы жить. Его зависимость становится психологической и социальной, так же как и физической. Воздействующей на все области жизни.

АБСТИНЕНЦИЯ

Боль, появляющаяся, когда зависимый человек прекращает употреблять алкоголь или наркотики, называется абстиненцией. Абстиненция "био-психо-социальна". Часть абстинентного страдания создаётся физическим ущербом и потребностью органов тела в наркотиках. Часть боли вызывается реакцией психики на потерю основного метода справляться с жизнью - употребления веществ, изменяющих сознание. Часть боли социальна и вызывается отделением от образа жизни, сконцентрированного на зависимости.

Абстиненция имеет две стадии. Первая называется стадией острой абстиненцией и длится от трёх до десяти дней. (20) Было время, когда люди считали, что боль абстиненции проходит за несколько дней.

Недавние исследования, однако, указывают, что Абстиненция долгосрочна и может длиться в течение месяцев и даже лет трезвости. (125) (108) (122) Эти долговременные состояния, называемые постабстинентным синдромом (ПАС) будут подробно описаны ниже.

РАЗВИТИЕ

У алкоголика развивается ряд предсказуемых признаков, вызванных употреблением алкоголя и наркотиков (15) (17) (19) (20). Эти признаки прогрессируют в трёх стадиях (17). На ранней стадии очень трудно отличить зависимое употребление от независимого потому, что видимых отличий немного. Однако тело изменяется и приспосабливается к регулярному приему наркотиков. Главным признаком ранней стадии зависимости является увеличивающаяся толерантность. Это означает, что зависимые люди, могут обычно употреблять всё большие и большие количества алкоголя или наркотиков, при этом, не пьянея и без вредных последствий.

РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ЗАВИСИМОСТИ

1. Ранняя Стадия - возрастающая

толерантность и

физическая зависимость

2.

Средняя Стадия - прогрессирующая потеря

контроля

3.

Хроническая Стадия - ухудшение био-психо-социального здоровья

Этим людям трудно осознать свою зависимость потому, что они «умеют обращаться» со спиртным (или марихуаной, или реланиумом). Самым ранним предупреждающим признаком зависимости и одновременно чаще всего фактически срывающим раннюю диагностику, является сокрытие проблемы. В то время как большинство болезней создают немедленные ухудшения в функционировании организма, эта болезнь проявляется на ранней стадии как преимущество, предоставляющее человеку возможность наслаждаться эйфорией от употребления наркотиков без последствий или «оплаты счетов».

Хоть и незаметно, но физическая и психологическая зависимость всё время растёт и изменяется от желания употребить к потребности употреблять. Клетки печени и нервной системы изменяются таким образом, чтобы усваивать большее количество химических веществ, даже большее, чем необходимо для достижения того же самого эффекта.

Увеличение количества употребляемых наркотиков повреждает печень, изменяет мозговую химию и, в конечном счёте, толерантность начинает снижаться.

Василий был поражен когда, наконец, начал лечиться. "Я не мог поверить, насколько серьёзно был болен, - говорил он.

- Проблема накрыла меня совершенно незаметно. Изменения были такими медленными, что я никогда не осознавал, насколько разрушительной стала для меня выпивка".

Для средней стадии зависимости характерна прогрессирующая потеря контроля, поскольку человек больше не способен употреблять алкоголь и наркотики в тех же количествах при этом, не пьянея и не создавая себе проблем. Неупотребление начинает причинять боль. Наркотики используются для уменьшения боли, созданной

неупотреблением. Зависимый больше неспособен функционировать нормально без алкоголя и наркотиков.

Семья и друзья начинают замечать проблемы с работой, здоровьем, браком, законом и т.д. Но пока они считают, что человек лишь ведёт себя безответственно. Они не знают пока, что зависимый и сам не желает создавать себе проблемы, что эти проблемы – часть его болезни. Они не понимают, что этот человек

не может усилием воли заставить себя пить или употреблять умеренно. Единственной альтернативой продолжению накопления проблем и развитию процесса болезни на этой стадии является лечение и полное воздержание.

Хроническая стадия зависимости отмечена ухудшениями - физическими, психологическими, поведенческими, социальными и духовными. Все системы организма могут быть угнетены на этой стадии. Мозг, печень, сердце и пищеварительная система часто повреждены. Колебания настроения обычны, так как человек употребляет наркотики, чтобы чувствовать себя лучше, но неспособен поддерживать хорошие чувства. Поскольку жизнь всё более концентрируется вокруг наркотиков, то контроля над поведением становится всё меньше и меньше. Дела, мешающие выпивке или употреблению, заброшены. Подготовка к употреблению, употребление и выход из похмелья становятся основой жизнедеятельности зависимого человека. Во время употребления он творит вещи, которых никогда бы не сделал трезвым. Во время отрезвления, он устраивает свою жизнь таким образом, чтобы защитить употребление. Он нарушает обещания, забывает обязательства, лжёт много и часто – делает всё во имя продолжения употребления. Обычна изоляция. Друзья и знакомые, отдаляются, потому что поведение зависимого становится смущающим или оскорбительным. Его жизнь полностью подчинена потребности употреблять. Поведение, ориентированное на поиск и употребление наркотиков, становится образом жизни.

ФУНДАМЕНТ ОТРИЦАНИЯ

1

1. Ранняя Стадия — несколько заметных проблем.

2

2. Средняя Стадия — проблемы не связываются с употреблением.

3

3. Хроническая Стадия — слишком болен, чтобы думать рационально.

ИЛЛЮЗОРНОЕ МЫШЛЕНИЕ

Зависимость - хроническая болезнь. Она развивается постепенно и позволяет зависимым людям приспособиться к себе так, чтобы некоторое время они могли продолжать функционировать, даже будучи больными. Поскольку они не знают, что, разнообразно компенсируясь, приспособляются к своей болезни, то способны отрицать, что болеют уже долгое время. Отрицание болезни усиливается неврологическими ухудшениями, искажающими действительность – провалами памяти, создающими в ней слепые пятна, и воздействием опьянения на восприятие и оценку ситуации. Отрицание болезни - часть болезни.

Зависимый человек отрицает существование зависимости, потому что на ранней стадии не имеется никаких физических или поведенческих проблем; проблемы средней стадии кажутся никак не связанными с его употреблением; а в хронической стадии мышление ослаблено и суждения искажены. Отрицание блокирует мотивацию к выздоровлению, маскируя болезненную действительность жизни, пойманную в цикл боли, отрицания и употребления алкоголя/наркотиков, из которого, кажется, нет выхода. (62) (63) (66)

ЦИКЛ ЗАВИСИМОСТИ

Описанное ниже - это цикл зависимости, ведущий зависимого человека в смертельную западню. Давайте поближе взглянем на этот цикл и на то, что случится с Вами, если Вы в него попадёте.

ЦИКЛ ЗАВИСИМОСТИ

- 1. Краткое удовольствие**
- 2. Долгосрочная боль**
- 3. Зависимое мышление**
- 4. Возрастающая толерантность**
- 5. Потеря контроля**
- 6. Био-психо-социальный ущерб**

1. **КРАТКОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ:** Сначала Вам даётся краткосрочное вознаграждение. Употребив, Вы чувствуете себя хорошо. Существует сильная краткосрочная выгода, заставляющая Вас считать продолжение употребления наркотиков, или разрушительного поведения желательным.

2. **ДОЛГОСРОЧНАЯ БОЛЬ И ДИСФУНКЦИЯ:** краткосрочное вознаграждение, в конечном счёте, сменяется долгосрочной болью. Эта боль, частично - от физической абстиненции, а частично - от неспособности справляться с психологическим и социальным состоянием без наркотиков, - является прямым следствием употребления алкоголя (наркотиков, лекарств).

3. **ЗАВИСИМОЕ МЫШЛЕНИЕ:** долгосрочная боль и дисфункция запускают зависимое мышление. Зависимое мышление начинается с

навязчивых идей

и

компульсивных желаний

. Навязчивые идеи - это непрерывные размышления о приятных эффектах употребления алкоголя и наркотиков. Компульсивные желания – это не имеющие разумных объяснений

побуждения или тяга к употреблению наркотиков, чтобы получить желаемые ощущения, даже если Вы знаете, что, в конечном счёте, это лишь принесёт вред. Они ведут к

отрицанию

и

рационализациям

, чтобы позволить себе продолжать употребление. Отрицание - это неспособность признать наличие проблемы. Рационализации – это взваливание вины за возникающие проблемы, - не на употребление наркотиков, - а на других людей или ситуации.

4. ВОЗРАСТАЮЩАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ: она растёт без Вашего ведома, и когда это происходит, то требуется всё большее количество наркотиков, чтобы достичь того же эффекта.

5. ПОТЕРЯ КОНТРОЛЯ: навязчивые идеи и компульсивные желания становятся настолько сильными, что Вы не можете думать о чём ни будь ином. Ваши чувства и эмоции становятся искажёнными компульсивными желаниями. Вы вздёрнуты и неудобно себя чувствуете до тех пор, пока, наконец, желание употребить не становится такой силы, что Вы не можете ему сопротивляться. Как только Вы употребляете вещества, изменяющие сознание или демонстрируете разрушительное поведение, - цикл (1-5) повторяется сначала.

6. БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЙ УЩЕРБ: В конечном счёте, наносится ущерб здоровью органов Вашего тела (физическому здоровью), мышлению (психологическому здоровью), и отношениям с другими людьми (социальному здоровью). Поскольку боль и напряжение усиливаются, компульсивное желание употребить наркотики или продемонстрировать разрушительное поведение, чтобы получить облегчение от боли растёт. Смертельная западня захлопывается. Вам нужно употреблять, чтобы чувствовать себя хорошо. Употребляя, Вы вредите себе физически, психологически и социально. Этот ущерб увеличивает Вашу боль, которая, в свою очередь, увеличивает Вашу потребность в употреблении.

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Для выздоровления от зависимости необходимо полное воздержание. Обещания сократить частоту или снизить количество употребляемых веществ, - это обещания, которые никогда не будут исполнены. Любое употребление будет активно поддерживать зависимость. Полное воздержание - необходимый первый шаг для выздоровления.

Людмила гневно протестовала против полного воздержания. "Я считала, что могу управлять своим употреблением", - рассказывала она свою историю. Она сражалась за контроль в течение пяти лет прежде, чем приняла необходимость полного воздержания. "Я боролась за обретение контроля над употреблением алкоголя и наркотиков сильнее, чем когда-либо вообще боролась за что-нибудь в жизни. И, несмотря на все мои усилия, - периодически я терпела неудачи и имела неприятности. Я, наконец, должна была спросить себя, почему контроль для меня столь важен? Ответ был прост. Потому, что я - химически зависимая и должна защищать своё право на употребление любой ценой".

Однако воздержание, само по себе, - не есть выздоровление. В большинстве случаев, просто решения прекратить употреблять недостаточно, чтобы получить долгосрочную трезвость и выздоровление, если это решение не сопровождается лечением соответствующего типа. Многие полные благих намерений химически зависимые люди делали честные попытки остановить употребление, но без помощи извне не достигали никакого успеха.

Первый шаг в лечении - детоксикация, удаление ядовитых веществ из органов тела. Признаки острого абстинентного синдрома, появляющиеся, во время этого удаления, могут быть очень серьёзны. Детокс - медицинская проблема, и нужно обращаться к врачам. Обычный метод детоксикации состоит в замене наркотиков контролируемым препаратом и постепенном снижении его дозы, пока

признаки абстиненции не спадут. Важно понимать, что детоксикация не считается выполненной до тех пор, пока замещающие препараты также не будут удалены из организма. До этих пор организм человека не считается свободным от наркотиков (препаратов).

Только детоксикация не является адекватным лечением для болезни зависимости.

Только детокс - это не адекватное лечение. Чтобы поддерживать воздержание, потребуется намного больше. Зависимость воздействует на все аспекты жизни человека. Поэтому, эта болезнь требует всестороннего лечения. Выздоровление требует долгосрочных физических, психологических, поведенческих, социальных и духовных изменений. Образование – важная часть лечения. Поскольку выздоровление от зависимости требует самоконтроля, то для зависимых пациентов совершенно необходимо в максимально возможной степени изучить свою болезнь и способы иметь с нею дело.

Индивидуальное и групповое консультирование в круглосуточных или амбулаторных лечебных программах или проживание в терапевтических сообществах - является жизненно важными компонентами лечения. Задачи консультирования заключаются в том, чтобы облегчить развитие навыков, поддержания продолжительной трезвости и долгосрочного выздоровления. Поиск причин зависимости (в эмоциональных или семейных проблемах) обычно непродуктивен. Лечение, зависимости как первичной болезни, а не как признака чего-то иного, сегодня считается наиболее эффективным.

Программа Анонимных Алкоголиков - единственное наиболее эффективное лечение от алкоголизма. При помощи Программы АА от алкоголизма поправилось больше людей, чем от любых других форм лечения вместе взятых. По этой причине участие в группах АА должно

стать жизненной частью любого плана трезвости у выздоравливающего алкоголика. Подобные группы самопомощи существуют и для других зависимостей.

Однако, на ранних этапах выздоровления, большинству людей требуется более обширная или более специализированная помощь, чем та, которую обеспечивают группы самопомощи. Когда человек физически болен, он нуждается в медицинском уходе. Некоторым людям необходимо достаточно долго находиться в безопасном окружении и поддерживать воздержание, чтобы начать выздоравливать.

Наиболее успешное лечение зависимости объединяет принципы. Двенадцати Шагов АА с профессиональным консультированием и терапией.

В ходе выздоровления человек много раз столкнется со специализированными проблемами. Это могут быть финансовые трудности, семейные проблемы, эмоциональные или психологические расстройства, или поведенческие проблемы, являющиеся прямыми последствиями зависимости. Участие в программах самопомощи обычно ослабляет их, но практика показывает, что профессиональное консультирование и терапия помогут обеспечить помощь в решении этих проблем эффективнее и быстрее. Наиболее успешные формы лечения объединяют участие во встречах групп самопомощи с профессиональным лечением.

Управление долгосрочными признаками абстиненции необходимо для поддержания трезвости. Оно включает понимание и принятие этих признаков, влияющих на способность запоминать, ясно мыслить и управлять чувствами и эмоциями. Оно также включает преодоление чувств позора, вины и страха сумасшествия, часто связываемых с

наличием этих признаков. Оно также включает освоение навыков снижения и управления стрессом, восстановление памяти, и сбалансированную жизнь.

Трезвость существенна для хорошего здоровья, и хорошее здоровье существенно для трезвости. Первое правило сохранения хорошего физического здоровья выздоравливающим человеком заключается в воздержании от всех веществ, изменяющих сознание. Это включает как нелегальные наркотики, так и прописанные врачом лекарства, если они не абсолютно необходимы для решения других серьёзных проблем со здоровьем. В этом случае они должны быть очень тщательно проверены врачом и консультантом по зависимости.

Хорошая пища жизненно важна для выздоровления. Недоедание плюс алкоголь и наркотики разрушали органы тела, и теперь оно должно восстанавливаться через сбалансированную диету. Поскольку выздоравливающие люди очень чувствительны к стрессу, им нужно избегать продуктов повышающих напряжение, типа концентрированных сладостей, кофеина и никотина. Физические упражнения важны и хорошо помогают в восстановлении и поддержании организма. Аэробные упражнения особенно выгодны для снижения уровня и управления стрессом. Время для расслабления должно быть включено в жизнь каждого выздоравливающего человека. Расслабляющие упражнения балансируют органы тела и уменьшают выработку гормонов напряжения. Игры и забавы также расслабляют и вносят позитивный вклад в здоровье и хорошее самочувствие.

Выздоровление требует решения семейных, рабочих и социальных проблем, созданных активной зависимостью. Оно также включает в себя развитие сети значимых социальных связей. Члены семьи должны стать частью программы выздоровления. Они, также как и зависимый, пострадали от употребления наркотиков. Роли, правила и ритуалы семьи должны быть пересмотрены и реструктурированы. Навыки общения в семье и за её пределами должны быть изучены или заново изучены в трезвости. Вся семья должна выздоравливать.

Трудно выздороветь от зависимости без того, что Анонимные Алкоголики называют "Духовной Программой". Принципы АА учат, что алкоголик бессилен перед своей болезнью и не способен управлять своей жизнью, пока он не примет помощи от Силы, более могущественной, чем его собственная. Жизнь, ориентированная на сохранение здоровья, вдохновляющие отношения, обязательства по отношению к ценностям вне себя и духовный рост, позволяют поддерживать долгосрочное здоровье и трезвость. Переориентация жизни на ценности, отличающиеся от употребления, является необходимой частью выздоровления. Образ жизни, способствующий употреблению, не способствует трезвости.

Глава III

ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Большинство людей замечают в зависимости только признаки, непосредственно связанные с употреблением алкоголя и наркотиков, и совершенно не видят признаков зависимости, имеющих место уже в трезвости. Но именно последние, особенно постабстинентный синдром (ПАС), столь осложняют трезвую жизнь. У 75-95% наблюдаемых выздоравливающих алкоголиков регистрируется дисфункция мозга (150). В проведённом недавно исследовании указывается, что дискомфортные признаки длительной абстиненции (воздержания от употребления), связанные с повреждениями мозга, вызванными алкоголем и наркотиками, часто могут способствовать срывам (141) (105).

Постабстинентный синдром – это ряд признаков зависимости, возникающих после периода острой абстиненции.

Пост

означает

после

Синдром

значит

сочетание признаков

Синдром

сочетание признаков

Пост - после

Постабстинентный синдром – ряд признаков зависимости, появляющихся после периода острой абстиненции.

Постабстинентный синдром (ПАС) представляет собой сочетание признаков болезни зависимости, проявляющихся в результате

воздержания от употребления веществ, вызывающих зависимость. У алкоголика эти признаки появляются на седьмой – четырнадцатый день от начала воздержания, при стабилизации после периода острой абстиненции.

Постабстинентный синдром – это био-психо-социальное явление, возникающее в результате одновременного повреждения нервной системы алкоголем или наркотиками, и психосоциального стресса от приспособления к жизни без наркотиков и алкоголя.

Выздоровление сопровождается очень сильным стрессом. Многим химически зависимым так и не удастся справиться со стрессом, не прибегая к выпивке и наркотикам. Стресс обостряет дисфункцию мозга и усиливает признаки ПАС (39) (40). Степень выраженности ПАС определяется двумя факторами: степенью дисфункции мозга, вызванной зависимостью, и силой психосоциального стресса, испытываемого в процессе выздоровления.

Как правило, интенсивность признаков ПАС достигает пика через три – шесть месяцев после начала абстиненции. Это поражение чаще всего обратимо, т.е. при условии прохождения необходимой терапии основные признаки со временем исчезают. Поэтому нет оснований для страха. При нормальном лечении и по-настоящему трезвом образе жизни можно научиться жить нормально, несмотря на повреждения.

Однако адаптация требует времени. На восстановление повреждённой нервной системы, как правило, уходит от 6 месяцев до 2 лет, если человек участвует в эффективной программе выздоровления.

ПРИЗНАКИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Как узнать, присутствует ли у Вас ПАС? Самыми характерными признаками являются трудности в решении простых жизненных задач. В их основе лежат шесть основных признаков ПАС. Это затруднения в ясности мышления, чрезмерно эмоциональное реагирование, проблемы с памятью, нарушения сна, проблемы с физической координацией и проблемы в управлении стрессом. Неспособность решать простые жизненные задачи вызванная отдельными или всеми этими признаками приводит к заниженной самооценке. Человек чувствует себя мало на что годным, находится в замешательстве, ему кажется, что он «не такой, как надо». Заниженная самооценка и страх поражения мешают продуктивной и творческой жизни. Рассмотрим эти признаки ПАС, приводящие к неспособности решать простые жизненные задачи.

ВИДЫ ПРИЗНАКОВ ПАС:

- 1. Затруднения в ясности мышления**
- 2. Проблемы с памятью**
- 3. Чрезмерно эмоциональное реагирование или его отсутствие**
- 4. Нарушения сна**
- 5. Проблемы с физической координацией**
- 6. Высокая чувствительность к стрессу**

Затруднения в ясности мышления

Во время воздействия ПАС выздоравливающий испытывает несколько видов расстройств мышления. Интеллект при этом не поражен. Просто кажется, что мозг

иногда

плохо функционирует. Он - то работает нормально, то - нет.

Наиболее распространённым признаком ПАС является неспособность сосредоточиться дольше, чем на несколько минут. Другим частым признаком постабстинентного синдрома является неспособность к абстрактному мышлению. Абстракция – это неконкретная идея или понятие, то, чего нельзя подержать в руках, сфотографировать или положить в ящик стола. Проблемы с концентрацией усиливаются, когда речь идёт об абстрактных понятиях.

Ещё один характерный признак – ригидное (негибкое), повторяющееся мышление. В голове могут снова и снова прокручиваться одни и те же мысли, при этом невозможно вырваться из этого замкнутого круга рассуждений («гонок») и упорядочить свои мысли.

Проблемы с памятью

У многих выздоравливающих распространены проблемы с кратковременной памятью. Вы можете что-то услышать и понять, но через двадцать минут забыть об этом. Кто-то может дать Вам указание или поручение, Вы точно будете знать, что нужно делать, но, уйдя, вдруг обнаружите, что неточно помните или совсем забыли сказанное.

Также, иногда, во время стресса может быть трудно вспомнить важные события прошлого. Воспоминания не исчезли, человек может легко оживить их в другое время. Человек осознаёт, что знает что-то, но просто не может припомнить этого во время стресса.

Для алкоголички по имени Диана это стало проблемой в АА.
«...

Мне было трудно рассказывать о себе в АА, - рассказывает она. – Трудно было вспомнить даже то, что происходило до того, как я начала

пить, не говоря уже о событиях пьяной жизни. Поэтому прилюдно изложить историю своей жизни для меня – проблема. Я не помню всей своей истории. Я помню, что некоторые события происходили, но не могу сказать, когда это было. Часто я что-то помню, когда нахожусь одна, и на меня ничто не давит, но не помню того же, когда волнуюсь, высказываясь на собраниях.

..»

Расстройства памяти в период выздоровления могут затруднить освоение новых навыков и усвоение информации. Навыкам обучаются путём приобретения знаний и расширения того, что уже знаешь. Проблемы с памятью затрудняют расширение уже известных знаний.

Чрезмерно эмоциональное реагирование или отсутствие эмоциональных реакций

Люди, испытывающие в период трезвости эмоциональные трудности, часто слишком остро реагируют на разнообразные ситуации. На события, требующие двух единиц эмоциональной реакции, они реагируют десятью единицами. Это всё равно, что держать нажатой клавишу умножения на калькуляторе. Вы можете разозлиться по поводу, который позже покажется Вам ничтожным. Вы можете испытывать немотивированную тревогу и волнение. Когда в результате такого чрезмерного реагирования нервная система подвергается большему напряжению, чем может выдержать, происходит эмоциональное выключение. В таком случае Вы испытываете эмоциональное оцепенение, становитесь неспособными что-либо чувствовать. И даже если знаете, что должны что-то чувствовать, то просто неспособны на это. Одно настроение может внезапно смениться другим, по непонятным Вам причинам.

Нарушения сна

Большинство выздоравливающих испытывают проблемы со сном. Часть проблем – временные, не-которые же останутся на всю жизнь. На ранних стадиях выздоровления наиболее распространены необычные

или беспокоящие сны. Они могут мешать человеку спать достаточно времени. Но по мере увеличения срока трезвости они становятся реже и спокойнее.

Мераб пил время от времени. Обычно периоды трезвости продолжались у него по несколько месяцев. В то время, когда он не пил, у него были сны, очень мешавшие ему спать. Его жена рассказывает: «
...

Мне никогда не приходило в голову, что кошмары Мераба могут быть как-то связаны с тем, пьёт он или не пьёт. Он часто в ужасе с криком вскакивал с постели. Когда мне удавалось разбудить и успокоить его, он не мог вспомнить, что ему снилось, помнил лишь, что было страшно. После года трезвости ему уже редко снились кошмары. И только тогда до меня дошло, что они были связаны с употреблением алкоголя
...

»

Даже при отсутствии необычных снов, Вы можете с трудом засыпать или постоянно просыпаться ночью. Вы можете спать по-разному: то подолгу за один раз, то в разное время суток. Некоторые из таких особенностей могут никогда не «нормализоваться», но большинство людей без особых трудностей приспосабливаются к ним.

Проблемы с физической координацией

Весьма серьёзной проблемой ПАС (хотя, возможно, не такой распространённой, как другие) являются трудности, связанные с физической координацией. Обычные признаки – это головокружения, нарушения равновесия, проблемы координации системы глаза - руки, замедленные рефлексy. В результате возникает неповоротливость, подверженность несчастным случаям. Отсюда термин «сухое опьянение». Об алкоголиках, без выпивки имеющих вид пьяных из-за того, что они неповоротливы и спотыкаются, говорят как о «сухих пьяных». Окружающим кажется, что эти люди выпили, хотя это не так.

Чувствительность к стрессу

Трудности в управлении стрессом – наиболее сложный и мучительный элемент постабстинентного синдрома. Выздоровливающие часто неспособны отличить ситуации малого и сильного стресса. Они могут не осознавать низких уровней стресса, а потом чрезмерно реагировать, поняв, что испытывают стресс. Ситуации, которые раньше бы их не беспокоили, могут показаться им стрессовыми; и, кроме того, реагируя, они всё принимают слишком близко к сердцу. Они могут действовать совершенно неадекватно ситуации – настолько неадекватно, что потом сами удивляются собственному острому реагированию.

Дело осложняется ещё и тем, что все остальные признаки постабстинентного синдрома во время сильного стресса обостряются. Существует прямая зависимость между возрастающим стрессом и степенью выраженности ПАС. Они усиливают друг друга. Интенсивность ПАС вызывает стресс, а стресс обостряет ПАС и трудности его протекания. В периоды, когда стресс невелик, признаки смягчаются и

даже могут исчезнуть.

Если Вы хорошо отдыхаете, правильно питаетесь и ладите с людьми, то, вероятно, будете чувствовать себя хорошо. При этих условиях мысли – ясные, чувства соответствуют ситуации, а память в порядке. Однако при возникновении сильного стресса мозг может внезапно выключиться. Могут возникнуть проблемы с мышлением, чувства не соответствующие ситуации, проблемы с памятью.

Если появляется путаница и хаос в мыслях, если невозможно сосредоточиться, если возникают трудности с запоминанием и никак не справиться с проблемами, то Вам может показаться, что Вы сходите с ума. Это не так. Происходящее – обычный элемент процесса возврата к здоровью, эти признаки обратимы при воздержании от употребления и работе над своей программой выздоровления. Если не отдавать себе в этом отчёта, то у Вас могут появиться чувства стыда и вины, понижающие самооценку и ведущие к изоляции, что создаст стрессовую ситуацию и обострит ПАС. Это болезненный период, но если понимать, что с Вами происходит, он не обязательно будет иметь место. По мере исцеления Вашего тела и психики и по мере того, как Вы научитесь понижать риск возникновения признаков постабстинентного синдрома,

несмотря на весьма реальные возможности их возврата, также возрастают и становятся возможными шансы на продуктивную и наполненную смыслом жизнь.

Восстановление от ущерба, вызванного зависимостью, требует воздержания от употребления. Но сам этот ущерб затрудняет воздержание. В этом состоит парадокс выздоровления. Употребление алкоголя способно временно устранить признаки ущерба. Начав пить, алкоголик почувствует кратковременное прояснение в мыслях, у него ненадолго появятся нормальные чувства и эмоции, и на некоторое время он почувствует себя здоровым. К сожалению, рано или поздно болезнь запустит механизм потери контроля, который вновь разрушит эти функции.

Поэтому необходимо делать всё возможное для сведения к минимуму признаков ПАС. Необходимо осознавать наличие ПАС и понимать, что Вы отнюдь не никчёмная личность и, что Вы не сходите с ума. Поскольку признаки постабстинентного синдрома зависят от стресса, нужно узнать о том, что представляет собой ПАС, и научиться способам управления им в тот период, когда нет сильного стресса, для того чтобы быть готовым предотвратить его признаки или справиться с ними, когда стресс усилится.

Вот примеры из жизни людей с постабстинентным синдромом, не понимавших, что с ними происходит, примеры того, как ПАС повлиял на их жизнедеятельность.

Ренат – молодой алкоголик, неженат. Прекратил пить в 22 года и с нетерпением смотрел в трезвое будущее, в котором перед ним открывались новые возможности. Пройдя курс интенсивной терапии, он стал перестраивать жизнь на основе выздоровления. Ему страстно хотелось наверстать время, упущенное за годы пьянства. Он нашёл работу, поступил в институт, занялся общественной работой.

Вскоре он стал замечать, что у него не ладится с учебой. Он обнаружил, что ему трудно там, где раньше всё было легко и понятно.

Появились трудности в денежных делах; а когда люди, которые были к нему небезразличны, пытались помочь ему разобраться, его охватывала паника и растерянность. В голове роились мысли, но он не мог привести их в порядок. «

...

Когда работница отдела финансовой помощи института стала говорить со мной о пособиях, кредитах, процентах, формах, которые нужно заполнить, я так запутался и растерялся, что перестал воспринимать её слова. В голове у меня всё пошло кругом, захотелось сбежать. Я встал и ушёл, так и не написав заявления о финансовой помощи

...

»

В отчаянии, боясь, как бы не запить, Ренат «удрал». Вместо анализа того, что нужно изменить в жизни и в чём искать поддержку, он всё бросил. Он уволился с работы, ушёл из института, перестал заниматься общественной работой. Он съехал с квартиры и переселился к родственнику, чтобы «прийти в норму». Эти действия создали новые проблемы, решать которые становилось всё труднее и труднее. Пока Ренат не обратился к консультанту и не научился некоторым способам управления личными признаками постабстинентного синдрома, он считал, что у него нервный срыв, в то время как на самом деле это был ПАС.

Тамара устроилась на новую работу вскоре после прохождения начального этапа выздоровления. Она была уверена, что сможет освоить работу и выполнять свои новые обязанности. Она без труда поняла разъясняемые ей должностные инструкции. Но спустя короткое время, попытавшись справиться с некоторыми задачами самостоятельно, она не смогла вспомнить, как это делается. Она стеснялась лишней раз попросить о помощи, т.к. считала, что должна уметь справляться с такими простыми задачами самостоятельно. Часто она допускала ошибки, пытаясь, сама разобраться в том, что надо делать.

Появилось чувство сильной тревоги; по мере нарастания стресса всё хуже становилась память. Кроме того, ей стало трудно сосредоточиться, когда ей что-либо объясняли. Она смущалась, а чувство тревоги росло. « ...

Я не могла понять, что со мной происходит, - жаловалась она. – Я знала, что способна справиться с работой. Но чем больше я старалась, тем хуже становилось. Я чувствовала, что попала в тупик, очень расстраивалась и не знала, куда обратиться за помощью ...

»

Возникли серьёзные трудности, и Тамара потеряла работу. Её мучил вопрос, как такое могло случиться, и оценка своих реальных способностей у неё значительно снизилась.

ТИПЫ ПРОТЕКАНИЯ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Признаки постабстинентного синдрома у разных людей выражаются по-разному. Они различаются по степени серьёзности, частоте и длительности. У одних признаки одни, у других – другие, у третьих они отсутствуют вовсе (126) (141).

Через какое-то время ПАС может нормализоваться, может произойти ухудшение, может не происходить никаких изменений, или признаки могут появляться и исчезать. В случае нормализации состояния человека по прошествии некоторого времени говорят о

регенеративном

ПАС. В случае ухудшения состояния ПАС называют

дегенеративным.

Если изменений не происходит, ПАС называется

стабильным

, а при появляющихся и исчезающих признаках, говорят о

периодическом

ПАС.

РЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ПАС

Нормализация

ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ПАС

Ухудшение

СТАБИЛЬНЫЙ ПАС

Без изменений

Появляющиеся и исчезающие признаки

ПЕРИОДИЧЕСКИЙ ПАС

При регенеративном ПАС со временем происходит улучшение. Чем дольше человек остаётся трезвым, тем менее выраженными становятся признаки. Людям с регенеративным ПАС выздоравливать легче, т.к. мозг быстро приходит в норму.

При дегенеративном ПАС всё происходит наоборот. С увеличением периода трезвости состояние лишь ухудшается. Это может происходить даже в том случае, если человек посещает АА и/или работает по какой-либо программе выздоровления. Наличие дегенеративного ПАС, как правило, означает высокую вероятность последующих срывов. Трезвость становится настолько болезненной, что человеку хочется убрать свою боль с помощью алкоголя или наркотиков. Он не выдерживает физически или эмоционально или совершает самоубийство, чтобы прекратить страдания.

У лиц со стабильным ПАС признаки при выздоровлении долго остаются на одном уровне. Могут быть дни некоторого обострения или смягчения признаков, но в основном изменений почти не происходит. Большинство таких выздоравливающих испытывают сильное разочарование – они думали, что чем дольше будут оставаться трезвыми,

тем лучше будут себя чувствовать. Набрав достаточный срок трезвости, многие приобретают навыки управления этими признаками.

При периодическом ПАС признаки появляются и исчезают. Сначала у людей с периодическими признаками они протекают по схеме регенеративного ПАС. Другими словами, наблюдается быстрое улучшение состояния. Но, спустя какое-то время, эпизоды ПАС периодически возвращаются, некоторые могут быть довольно острыми. У некоторых со временем эти эпизоды становятся всё короче, снижается их интенсивность и увеличивается промежуток между ними – в конце концов, они могут исчезнуть совершенно. У других такие эпизоды периодически бывают в течение всей жизни.

Этими типами описываются люди, не проходившие терапии ПАС, не умеющие управлять его признаками и предупреждать их появление. В традиционном лечении этими признаками не занимаются, так как до недавнего времени их не признавали. Если Вы знаете, что нужно делать и хотите делать это, дегенеративный ПАС можно превратить в стабильный, стабильный в регенеративный, а регенеративный - в периодический ПАС.

Наиболее распространённым типом ПАС является регенеративный, со временем превращающийся в периодический. Сначала постепенно становится лучше – и, в конце концов, признаки исчезают, а затем ПАС возвращается и вновь исчезает. Первый шаг заключается в том, чтобы привести признаки ПАС в состояние ремиссии. Это значит взять их под контроль, чтобы не испытывать их в настоящий момент времени. Следующая задача – сократить частоту их появления, длительность эпизодов и смягчить остроту признаков. Следует помнить, что даже тогда, когда Вы не чувствуете признаков ПАС, тенденция к их возвращению существует всегда. Необходимо выстроить сопротивление им – страховку, снижающую риск срыва.

УПРАВЛЕНИЕ ПРИЗНАКАМИ ПАС

Чем меньше Вы делаете для того, чтобы укрепиться против воздействия эпизодов постабстинентного синдрома, тем слабее Ваше сопротивление им. Это как с прививкой от столбняка. Чем больше времени проходит с момента последней прививки, тем выше риск серьёзно заболеть, если порезаться обо что-то ржавое. Риск возникновения признаков постабстинентного синдрома обычно повышается, если человек не заботится о себе и не работает по программе выздоровления. Если Вы хотите выздоравливать без срывов, Вам нужно осознавать возникающие в Вашей жизни стрессовые ситуации, способные увеличить риск проявления ПАС.

Поскольку Вам не избежать стрессовых ситуаций в жизни, то нужно подготовиться к тому, чтобы справляться с ними, когда они будут возникать. Человек полностью теряет контроль над собой не из-за самой ситуации, а из-за своей реакции на неё.

Так как стресс приводит в действие и усиливает признаки постабстинентного синдрома, то ПАС можно контролировать, научившись управлению стрессом. Можно научиться определять источники стресса и развить навыки принятия решений и преодоления трудностей, что поможет снизить уровень стресса. Правильное питание, физические упражнения, размеренный образ жизни и позитивный настрой – всё это играет важную роль в управлении ПАС. В качестве одного из инструментов восстановления правильной работы мозга и снижения стресса можно использовать релаксацию.

Стабилизация

Если у Вас присутствуют признаки постабстинентного синдрома, необходимо как можно скорее взять их под контроль. Вот несколько предложений, которые помогут Вам осознать происходящее и прервать протекание признаков ПАС прежде, чем они успеют выйти из-под контроля.

Вербализация:

Начните говорить с людьми, которые не станут обвинять Вас, критиковать или преуменьшать серьезность ситуации. (Например, заявлять Вам нечто наподобие: - «Иди торчи», или - «Не парься», «Ничего страшного» и т.д.) Вам необходимо говорить о том, что с Вами происходит. Это поможет реалистичнее взглянуть на положение дел. Вы сможете вывести неосознаваемые внутренние признаки ПАС на уровень их осознания. Кроме того, Вы получите поддержку людей, на которых при необходимости сможете положиться.

Выговаривание:

Как можно полнее выражайте свои мысли и чувства, даже если они кажутся Вам абсурдными и необоснованными.

Проверка реальности:

Постарайтесь узнать, разумны ли Ваши слова и поведение для людей со стороны. Ваше восприятие происходящего может очень сильно расходиться с действительностью.

Решение проблем и постановка целей:

Что Вы собираетесь предпринять прямо сейчас по поводу происходящего с Вами? Вы можете принять решение о действиях, которые изменят ситуацию.

Анализ прошлого:

Обдумайте какой-нибудь эпизод, случившийся с Вами ранее. Можете ли Вы определить, с чего он начался? Что могло бы вовремя остановить его? Вспомните о других случаях, когда у Вас появлялись признаки ПАС. Что было причиной их появления? Что положило конец их протеканию? Можно ли было найти другие способы решения проблемы, более эффективные и быстрые?

Образование и восстановление способностей

Получение новых знаний о зависимости, выздоровлении и признаках постабстинентного синдрома помогает снизить тревожность, смягчить чувство вины, растерянности, которые обычно приводят к стрессу и обострению признаков ПАС. Как выздоравливающему человеку, Вам необходима информация для осознания того, что проявление этих признаков во время выздоровления – нормальное явление.

Кроме того, Вам нужно овладеть навыками управления стрессом, чтобы знать, как прерывать и контролировать стресс и признаки ПАС при их появлении. Восстанавливая способности, можно улучшить память, научиться лучше концентрироваться и ясно мыслить.

Восстановление способностей предполагает тренировку некоторых навыков в безопасном окружении и доверительной атмосфере. Сюда входит приобретение умения не браться за несколько дел сразу, решать проблемы по мере их поступления, не перегружаясь. Вы также учитесь

записывать то, что нужно запомнить, и задавать вопросы, если Вам что-то неясно.

Когда человек больше узнаёт о постабстинентном синдроме, узнаёт, чего можно ожидать, и не реагирует на его признаки слишком сильно, увеличивается его способность жить полноценно и плодотворно.

Поведение, направленное на собственную защиту

В конечном счёте, Вы сами в ответе за защиту самих себя от всего того, что может угрожать Вашей трезвости или инициировать признаки постабстинентного синдрома. Снижение стресса, вызванного признаками постабстинентного синдрома и одновременно способствующего их усилению, должно иметь для Вас первостепенное значение. Вы должны научиться поведению, которое защитит Вас от стресса, подвергающего опасности Вашу трезвость. Такое

поведение, направленное на собственную защиту

, должно помочь Вам утвердиться в том, что Вам необходимо, и не позволять другим людям или ситуациям спровоцировать у Вас реакции, не полезные для Вашей трезвости.

Для того чтобы защититься от ненужного стресса, необходимо, прежде всего, определить для себя пусковые механизмы стресса, т.е. ситуации, способные вызвать у Вас чрезмерно сильную реакцию. Затем нужно научиться изменять эти ситуации, избегать их, изменять свои реакции или прерывать их прежде, чем они выйдут из-под контроля.

Питание

То, как Вы питаетесь, оказывает большое влияние на уровень испытываемого Вами стресса и Вашу способность справляться с признаками постабстинентного синдрома. Плохое здоровье само по себе увеличивает стресс, а неправильное питание ухудшает здоровье. Вы можете плохо питаться из-за того, что у Вас нет правильного распорядка приёма пищи, или из-за того, что Ваш организм, повреждённый

алкоголем или наркотиками, не способен усваивать поглощаемые Вами питательные вещества (188).

Воздержание от употребления алкоголя и наркотиков приносит некоторое улучшение. Но самого по себе воздержания недостаточно для перестройки тканей повреждённого организма и поддержания хорошего здоровья. Следует постоянно придерживаться новой регулярной диеты (187). В ежедневном питании должно быть сбалансировано потребление овощей, фруктов, углеводов, белков, жиров и молочных продуктов. Для того, чтобы понять, сколько калорий и какое количество каждого вида продуктов Вам необходимо каждый день, обратитесь к диетологу.

ДИЕТА ДЛЯ ВЫЗДОРАВЛИВАЮЩИХ

– Трехразовое хорошо сбалансированное питание –

– Трехразовая лёгкая закуска –

– Исключение сахара и кофеина –

Голод вызывает стресс. Постарайтесь так спланировать питание, чтобы не пропускать времени еды и периодически хорошо перекусывать. Откажитесь от сладостей, выпечки, сладких напитков, чипсов и других высококалорийных и малополезных продуктов. Особенно следует избегать продуктов, вызывающих стресс, таких как концентрированные кондитерские изделия и кофеин. И то, и другое вызывает одинаковые химические реакции в организме, порождающие тревогу или перевозбуждение. Концентрированные сласти – конфеты, желе, сиропы, сахаросодержащие напитки – ненадолго «бодрят», но где-то, через час-полтора Вы почувствуете обратный эффект – нервозность и раздражительность. Помните, что перекусывать между завтраком, обедом и ужином нужно для того, чтобы побороть усталость и нервозность. Питательная лёгкая закуска поможет утолить голод и избежать тяги к сладостям.

Валентина, выздоравливающая алкоголичка, объедалась по ночам мороженым. Она часто говорила о тяге к мороженому и считала, что, поедая его, понижает тягу к алкоголю. Утром она всегда чувствовала вялость и раздражение. В течение дня стресс усиливался до тех пор, пока она не притупляла его мороженым. Когда консультант предложил ей исключить мороженое из диеты, она поняла, что не может обходиться без него. Вместе с консультантом они проанализировали её питание, и оказалось, что она не завтракает и недостаточно питается в течение дня. Она согласилась попробовать следовать сбалансированной диете и попытаться исключить из неё мороженое. Вскоре она увидела, что в результате сбалансированного и регулярного питания, с питательной лёгкой закуской между завтраком, обедом и ужином, её тяга к мороженому исчезла, и Валентина вполне смогла обходиться без него.

Кофеин также вызывает нервозность и беспокойство. Кроме того, он мешает сосредоточению и засыпанию. Отсутствие сна и нерегулярный сон вызывают раздражительность, угнетённость, тревожность (96) (101).

Физические упражнения

Физические упражнения помогают восстановлению организма и его правильному функционированию; кроме того, они снижают стресс. Благодаря физическим упражнениям в мозгу образуются вещества, способствующие хорошему самочувствию. Эти вещества являются естественными транквилизаторами, смягчающими боль, тревожность и напряжение (45) (46).

Разные виды упражнений полезны по различным причинам. Упражнения аэробного класса, а также упражнения на растяжку, вероятно, наиболее полезны для выздоровления. Упражнения на растяжку помогают сохранить гибкость тела и ослабить мышечное напряжение. Аэробика – это ритмичные и энергичные упражнения для больших мышц. При аэробных упражнениях пульс должен

увеличиваться до 75% от максимальной частоты сокращений сердца и оставаться на этом уровне не менее 20-30 минут.

Мы рекомендуем регулярно делать аэробные упражнения. Это могут быть бег, плавание, прыжки через скакалку, езда на велосипеде или посещение занятий по аэробике. Сюда можно отнести и танцы, но помните, что движения должны быть энергичными.

Многие выздоравливающие говорят о большом значении физических упражнений для снижения интенсивности признаков ПАС. После занятий ими люди чувствуют себя намного лучше, им легче сосредоточиться, улучшается память, увеличивается работоспособность.

Выберите для себя такую форму упражнений, которая будет доставлять Вам удовольствие и которую Вы бы не бросили. Многие врачи и книги о здоровье предлагают заниматься три-четыре раза в неделю, но мы рекомендуем выздоравливающим уделять этому время каждый день, потому что это очень важно для снятия стресса. День без занятий станет днём, когда Вы сами, и никто другой лишили себя способа расслабиться, повысить работоспособность и получить заряд энергии.

Релаксация

Существуют способы быстрого снижения испытываемого стресса и избавления от него в тех случаях, когда Вы не можете изменить ситуацию или более эффективным методом справиться со стрессом в каждодневной жизни. Смех, игры, музыка, анекдоты, фантазирование, чтение, массаж – вот некоторые из разновидностей естественного снижения стресса (174).

Игра – необходимая форма релаксации, которую часто обходят вниманием. Трудно дать определение игры, потому что здесь главное не то, что Вы делаете, а то, как Вы это делаете. Мы все нуждаемся в веселье, смехе, в том, чтобы побыть детьми, почувствовать себя свободными. Для естественного снижения стресса можно использовать и другие «развлечения». Походите на массаж, попробуйте принимать

ароматические ванны с пеной, ходить на прогулки в одиночестве или в обществе друга.

Одним из способов расслабления тела и ума, способствующим снижению стресса и появлению чувства благополучия, является глубокая релаксация. Этот метод восстанавливает баланс в организме и снижает выделение гормонов стресса. При расслаблении происходит нечто противоположное реакции «драться или спастись». Когда Вы расслабляетесь, мышцы становятся тяжёлыми, температура тела повышается, частота дыхания и пульс замедляются. Мышца не может одновременно быть расслабленной и напряжённой. Напряжение не может сохраняться при физической релаксации. Техникам расслабления тела можно научиться. Правильное применение релаксации может снизить или смягчить дистресс, вызванный нарушениями процесса мышления и эмоционального процесса и нарушениями памяти, снизить чувствительность к стрессу.

Существует множество упражнений на релаксацию. Можно найти книгу с изложением упражнений или купить кассету с их записью. Вы можете принять удобное положение, закрыть глаза и повторять про себя какое-нибудь приятное Вам слово или фразу. Можно представить себя в успокаивающей обстановке, например, у тихого озера или на зелёном лугу. Выберите метод, который позволит Вам расслабляться и почаще пользуйтесь им. Вы обнаружите, что это полезное средство снижения стресса и достижения душевного покоя и умиротворения (40).

Духовность

Духовность – это активная связь с Силой, большей, чем Вы, придающей Вашей жизни смысл и цель. Работая по духовной программе, Вы сознательно и активно пытаетесь стать частью Чего-то более масштабного, великого и сильного, чем Вы сами.

Вера в Высшую Силу выводит Вас из центра вселенной и приносит душевный покой и умиротворение, давая осознание существования

Силы, не ограниченной Вашими слабостями и пределами. Путём духовного развития Вы можете получить новую уверенность в своих способностях и новую надежду. Именно с помощью программы духовного развития Вы можете с надеждой и позитивным настроем смотреть в будущее.

Работая над своей духовностью, важно пользоваться принципами Программы АА. Сообщество АА даёт рекомендации по «укреплению сознательного контакта с Богом, насколько мы Его понимали». Для этого не обязательно, чтобы у Вас был какой-то конкретный образ Бога. Но Вы должны быть открыты идее о возможности существования Высшей Силы и должны быть готовы пробовать найти связь с этой Силой. Жизнь необходимо организовать так, чтобы каждый день побыть одному для общения со своей Высшей Силой. Важно, проанализировав свои ценности и заглянув внутрь себя, определить, живёте ли Вы в согласии с этими ценностями.

Духовная дисциплина – сознательно избираемый образ действий. Многим выздоравливающим дисциплина неприятна. Они долго жили жизнью, в которой немедленно удовлетворялись все страсти, дисциплина же прямо противоположна этому. Цель духовной дисциплины – освобождение от рабства потакания своим желаниям. Духовная дисциплина включает в себя молитву и медитацию, духовное братство и регулярный контроль своего духовного роста.

Сбалансированная жизнь

Сбалансированный образ жизни означает био-психо-социальную гармонию Вашего существования. Он означает, что Вы здоровы физически и душевно, и что у Вас здоровые отношения. Он означает Вашу духовную целостность. Он означает, что Вы больше не сосредоточены лишь на одной из сторон Вашей жизни. Он означает, что Вы живёте ответственно, уделяя время работе, семье, друзьям, своему собственному росту и выздоровлению. Он означает, что Вы позволили Высшей Силе действовать в Вашей жизни. Это здоровый образ жизни.

Это означает, что найден баланс между работой и игрой, между выполнением своих обязанностей перед другими и потребностью в самореализации. Это максимально возможное приближение к Вашему оптимальному уровню стресса, достаточному для здорового существования, но не перегружающему Вас до того, что результат Вашей деятельности становится обратным её цели. При сбалансированном образе жизни происходит отказ от немедленного удовлетворения всех своих желаний в обмен на содержательную и наполненную смыслом жизнь.

Сбалансированная жизнь предполагает заботу о здоровье, ведущую к правильному функционированию организма. Если питанию, отдыху, физическим упражнениям уделяется достаточно внимания, – то Вы энергичны, умеете справляться со стрессом, получаете свободу от болезней и страданий, побеждаете усталость, восстанавливаете повреждённый организм.

Избавление от физической боли даёт возможность психологического развития. Когда Вы хорошо себя чувствуете, Вам легче думать о своих жизненных позициях и ценностях и работать над устранением отрицания, чувства вины и гнева. Сбалансированная жизнь предполагает совершение поступков, направленных на развитие уверенности в себе, повышение самооценки, при этом человек учится любить себя.

Для сбалансированного образа жизни нужно сильное социальное окружение, которое обучало бы Вас и поощряло здоровый образ жизни, направленный на выздоровление. Здоровое сообщество даёт чувство сопричастности. В нём существуют отношения, при которых Вы чувствуете себя важной частью целого. Сюда относятся члены семьи, друзья, родственники, коллеги, консультанты, работодатели, участники групп самопомощи и наставники.

Даже по прошествии двух лет трезвости, Владимир время от времени испытывал трудности с запоминанием, становился раздражительнее,

чувствовал тревогу, слишком остро реагировал на малейшие разногласия в семье и с друзьями, его захлестывала путаница мыслей и эмоций. Его жена заметила, что эти признаки чаще возникали по субботам. Почему именно по субботам? В эти дни он обычно спал дольше, проснувшись, выпивал две чашки кофе. Из-за того, что, встав, он чувствовал себя раздраженным, он стал пораньше уходить к своему спонсору из АА. Вместе они сидели за кофе с пончиками, курили трубки, разговаривали. Визит заканчивался вскоре после полудня, и Владимир приходил домой к обеду к половине второго – двум. Если кто-то из детей забывал убрать с дорожки велосипед или жена слишком долго разговаривала по телефону, он в сердцах уходил из дома. Оставшаяся часть дня была потеряна из-за «синдрома субботы», как это стали называть в семье.

Владимир попробовал действовать по-другому – может быть, его реакции как-то изменятся. Проснувшись утром, вместо кофе он стал пить апельсиновый сок. Это помогло, и он попробовал начать завтракать. Это помогло ещё больше. Со спонсором они стали пить кофе без кофеина, пончики были забыты. Домой он стал возвращаться, так чтобы оставалось время и пообедать, и позаниматься физически. Наконец, он ощутил потребность после обеда побыть вместе с семьей. Все изумлялись - «синдрома субботы» и след простыл.

Глава IV

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ И ЧАСТИЧНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Хотя болезнь зависимости и можно держать под контролем, она не поддаётся окончательному излечению. Всегда присутствует вероятность срыва. Если не принять долгосрочных мер по контролю заболевания, может произойти срыв.

Первой задачей выздоровления для алкоголика является признание того факта, что он болен разрушительной, смертельно опасной болезнью, связанной с употреблением алкоголя или других веществ,

изменяющих сознание. Алкоголик должен признать наличие у себя заболевания, подрывающего его способность оставаться трезвым и продуктивно жить.

После такого признания встаёт вторая задача выздоровления – воздержание от употребления. Необходимо полное воздержание. Оно означает, что этому человеку нельзя принимать алкоголь и наркотики ни в какой форме, так же как и снотворные, успокаивающие, или иные вещества, изменяющие сознание.

Третья задача – признание необходимости ежедневной работы над программой выздоровления, дающей поддержку и помогающей день за днём оставаться трезвым.

Выздоровление от болезни зависимости – длительный процесс. В недавно опубликованном исследовании указывается, что, в среднем, выздоравливающему алкоголику для возвращения к нормальной жизни необходимо восемь-десять лет. Для решения самых серьёзных проблем, вызванных зависимостью, требуется от двух до трёх лет. Для полного решения застарелых проблем, связанных с образом жизни, нужно от восьми до десяти лет (117).

Выздоровление – эволюционный процесс. Это означает, что оно представляет собой процесс роста и развития, с решением сначала базовых, а потом всё более сложных задач выздоровления. Это движение от

абстиненции

(прекращения употребления алкоголя и наркотиков) к

трезвости

(умению приспособиться к жизни без алкоголя и наркотиков), затем к

комфортной жизни

(умению чувствовать себя комфортно без употребления) и, наконец, к

продуктивной

жизни

(умению выстраивать наполненный смыслом трезвый образ жизни). [2]

Для простоты процесс выздоровления можно разделить на шесть эволюционных периодов (174). У каждого эволюционного периода есть своя первоочередная цель. Периоды выздоровления и их первоочередные цели перечислены ниже:

Эволюционный период Цель

1. Переходный этап Признание болезни

2. Стабилизация: Преодоление острой абстиненции и осознание мотивационного кризиса

3. Ранняя фаза выздоровления: Принятие зависимости. Приспособление к жизни без употребления

4. Средняя фаза выздоровления: Сбалансированный образ жизни

5. Зрелая фаза выздоровления: Изменение личности

6. Поддержание здорового образа: Рост и развитие

В эволюционной модели выздоровления (ЭМВ) предполагается, что успешное выздоровление зависит от выполнения конкретных задач в определённом порядке. Не выполнив некоторых предыдущих задач выздоровления, Вы останетесь неподготовленным к решению более сложных последующих задач. Важно помнить, что выздоровление – процесс очень индивидуальный. Не существует двух совершенно одинаково выздоравливающих людей. То, что мы описываем, в этой книге следует рассматривать лишь как общие принципы, а не законченную картину Вашего выздоровления. Эволюционные периоды выздоровления рассматриваются нами именно в этом контексте.

СХЕМА 1

Схема 1: Процесс выздоровления.

По мере продвижения человека через нормальные эволюционные этапы выздоровления начинается частичное выздоровление.

ПЕРЕХОДНЫЙ (ДОЛЕЧЕБНЫЙ) ЭТАП

Первоочередной задачей переходного этапа является признание у себя болезни зависимости. Вы должны осознать, что потеряли способность контролировать употребление алкоголя или наркотиков и из беспроблемного потребителя превратились в зависимого алкоголика (наркомана) (170).

В этот период, наученные последствиями своего нетрезвого поведения, Вы приходите к выводу, что не можете безопасно употреблять алкоголь и наркотики. Понимание приходит по мере того, как усиливаются проблемы, связанные с пристрастием к употреблению. Проблемы становятся всё серьёзнее, и Вы пытаетесь контролировать употребление (174). Вы можете менять водку на вино, а вино на пиво. Вы можете прибегать к другим наркотикам, таким как марихуана или амфетамины для нейтрализации опьяняющего действия алкоголя. Когда они не помогают, Вы пробуете некоторое время не пить, чтобы доказать себе, что способны контролировать употребление (177). В конечном счёте, признав поражение, Вы, осознаёте, что являетесь наркоманом или алкоголиком, не способным контролировать употребление.

Важно понимать, что понятие «переходный этап» применяется для описания внутреннего процесса, проходящего у химически зависимого. Этот процесс может проходить до, во время, а иногда проходит и после того, как человек формально пройдёт лечение. Так, например, человек может быть подвергнут принудительному лечению за вождение автомобиля в состоянии опьянения задолго до того, как он признает, что у него есть проблемы с выпивкой. Признание своей зависимости, приходящее к человеку в результате лечения, является для этого человека частью переходного этапа.

ПЕРЕХОДНЫЙ ЭТАП: На основании последствий употребления Вы осознаёте, что не можете без риска употреблять вещества, вызывающие привыкание.

ЭТАП СТАБИЛИЗАЦИИ

Главной целью этапа стабилизации является возвращение контроля над мыслями, эмоциональными процессами, суждениями и поведением. Нельзя сказать, что стабилизация наступила до тех пор, пока Вы не сможете ясно мыслить, определять и осознавать свои чувства, запоминать слова и события, выносить правильные суждения и контролировать своё поведение. Стабилизация включает выздоровление от острой абстиненции и тяжёлых признаков постабстинентного синдрома (ПАС). Она также включает в себя преодоление мотивационного кризиса, ставшего стимулом к началу лечения. В неё входит и решение других острых физических и психосоциальных проблем, способных подвергнуть опасности процесс выздоровления на ранней фазе. Во время стабилизации прерывается схема зависимого употребления; берутся под контроль признаки острой абстиненции, а также немедленно возникающие тяжёлые признаки постабстинентного синдрома, решаются проблемы физического здоровья, связанные с зависимостью, а также преодолевается основной жизненный кризис, вызвавший кризис мотивации.

СТАБИЛИЗАЦИЯ: Восстановление контроля над процессами мышления, эмоциональными процессами, памятью, суждениями и поведением.

РАННЕЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

На фазе раннего выздоровления главной целью является принятие болезни зависимости и приобретение навыков жизни без наркотиков и алкоголя. Возвращению к здоровью способствует восстановление после серьёзных физических и психосоциальных поражений, вызванных зависимостью. Этот период в значительной степени опирается на структурированную программу выздоровления, которая защитит Вас от чрезмерных стрессов каждодневной жизни. За это время Вы начнёте ценить трезвую жизнь.

Структурированная программа выздоровления позволяет выделить время на лечение физических недугов. Для смягчения признаков постабстинентного синдрома составляется программа правильного

питания и управления стрессом. Проводится терапия сопутствующих физических заболеваний.

В структурированной программе выздоровления создаётся среда, в которой Вы и Ваша семья сможете получить знания о химической зависимости и выздоровлении. С помощью этой среды можно составить собственную оценку характера и серьёзности Вашей зависимости и способов поведения, сопровождающих зависимость. Эта среда помогает осознать и принять зависимость, вытекающие из неё жизненные проблемы, а также начать их решать.

Структурированная программа выздоровления рассчитана на определённый срок. Её длительность может быть разной в зависимости от степени зависимости, состояния здоровья и уровня психосоциальных проблем. Её цель состоит в том, чтобы научить Вас жить при помощи программы выздоровления настолько нормально, насколько это возможно. Если Вы сломали ногу, то Вам на время необходим гипс, чтобы ограничить вредящие движения и создать условия для лечения. Если в результате болезни зависимости повреждены личность, и образ жизни, то структурированная программа выздоровления необходима, чтобы снизить ненужный стресс и не уйти в сторону от процесса выздоровления. После этого начального этапа выздоровления полное воздержание, трезвость и продуктивную жизнь можно поддерживать с помощью гораздо менее ограничивающей программы выздоровления, чем той, которая требуется на этапах стабилизации и раннего выздоровления.

РАННЯЯ ФАЗА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ: Принятие зависимости как болезни и обретение способности жить без наркотиков и алкоголя.

СРЕДНЯЯ ФАЗА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Первоочередной целью среднего периода выздоровления является изменение образа жизни. Пока болезнь набирала силу, у Вас сложился

образ жизни, основанный на зависимости, образ жизни, требующий употребления вызывающих привыкание веществ, для того, чтобы справиться с вызванным зависимостью стрессом. На ранних этапах выздоровления на смену этому зависимому образу жизни пришла структурированная программа выздоровления, разработанная специалистами по терапии, которые помогли Вам начать выздоровление. На среднем этапе выздоровления задача состоит в постепенной выработке нормального, сбалансированного образа жизни на основе трезвости.

Вы чувствуете себя хорошо и стабильно, Вы завершили вопрос принятия своей зависимости. Вы уже готовы к тому, чтобы сократить количество времени, посвящаемого терапии, и начать нормальную жизнь. Фокус внимания смещается теперь с воздержания от употребления на вопросы нормальной жизни, работы и семьи.

Для Вас, как для зависимой личности, нормальна возможность сформировать образ жизни, основанный на зависимости, несмотря на то, что теперь Вы больше не употребляете алкоголь или наркотики. Это происходит путём замены первоначальной зависимости на другие. Цель этапа состоит в том, чтобы найти сбалансированный образ жизни, свободный от одержимости и основанный на ценностях и деятельности, ориентированных на трезвость.

Сбалансированная жизнь включает в себя активную программу выздоровления, однако, менее интенсивную, чем на раннем этапе. Сюда относятся: работа, семейные обязанности, социальная деятельность с семьёй и друзьями, время на саморазвитие и отдых, физические упражнения и правильная диета. Важными вопросами на среднем этапе выздоровления являются управление стрессом и преодоление тенденций к появлению новых, иного рода зависимостей.

СРЕДНЯЯ ФАЗА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ: Формирование нормального, сбалансированного образа жизни.

ЗРЕЛАЯ ФАЗА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Главная цель периода зрелого выздоровления – изменение личности в сторону формирования здоровой самооценки, способности к здоровым близким отношениям и умения жить счастливо и продуктивно. Это время переоценки личных ценностей, представлений о себе, о других людях и мире вокруг, переоценки само пораженческих способов существования, близости с людьми и навыков построения отношений. Если в Вашей жизни они не действуют так, как Вам этого хотелось бы, то период зрелого выздоровления – это время для их перестройки. Для этого может потребоваться помощь специалистов.

Для некоторых выздоравливающих зрелая фаза выздоровления не представляет серьёзных проблем. Эти люди произошли из относительно нормально функционировавших семей. У них с детства сформировались здоровые представления и ценности, они овладели стратегиями конструктивного решения жизненных трудностей. Зависимость нарушила их способность к продуктивной жизни. Для таких людей выздоровление означает реабилитацию, возвращение к прежнему уровню здоровья и благополучия.

Другим повезло не так. На этапе зрелого выздоровления им приходится много работать, т.к. они выросли в дисфункциональным или зависимых семьях, или начали употреблять алкоголь или наркотики в таком раннем возрасте, что их эмоциональный рост и развитие остановились. Они так и не приобрели нормальных здоровых представлений о жизни и жизненных установок. У многих возникли эмоциональные проблемы, не связанные с зависимостью, которые привели к неспособности найти комфорт и смысл в трезвости.

Для решения проблем, уходящих корнями в детство и юность нужно сначала осознать, что из-за этих проблем возникли ошибочные представления, мешающие достижению комфортной трезвости. Эти представления формируют основу само пораженческих суждений и

решений. Вам нужно тщательно проанализировать – с помощью квалифицированных специалистов – динамику семьи, в которой Вы выросли. Вы должны определить сформировавшиеся у Вас ошибочные представления, мешающие сегодня комфортной, трезвой и наполненной смыслом жизни. Затем, Вы принимаете решения о том, как нужно думать и действовать, чтобы справляться с проблемами и вызовами, бросаемыми каждодневной жизнью. В осуществлении таких изменений день за днём помогают группы поддержки «Взрослые Дети Алкоголиков» (ВДА).

Конечным результатом решения этих давних проблем является освобождение от ошибочных представлений, сформировавшихся в детстве, и ограничивавших Ваш потенциал к достижению удовлетворения и счастья в трезвости. Это даст Вам возможность выработать здоровую самооценку, ведущую к духовному росту, формированию здоровых близких отношений, продуктивной, наполненной смыслом жизни.

Задачей зрелого периода выздоровления является формирование системы представлений, системы ценностей и навыков адаптации для полноценной и продуктивной жизни. Когда Ваш образ жизни стабилизируется, Вы захотите большего. Это опасное время, поскольку зависимый тип личности может спровоцировать у Вас желание вести образ жизни, основанный на зависимости. Вы должны осознать, что цель жизни – не в том, чтобы бежать от реальности. Когда единственной целью Вашей жизни была погоня за удовлетворением желаний, Вы знали, как достичь этого немедленно. Чтобы жить более наполненной жизнью, Вам понадобится произвести изменения, которые временно могут быть болезненными. В период зрелого выздоровления Вы определяете цель своей жизни и меняете свои ценности, что позволит Вам вести наполненную смыслом жизнь.

ЗРЕЛАЯ ФАЗА ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ: Формирование здоровой самооценки, переход к духовному росту, здоровым близким отношениям и жизни, наполненной смыслом.

ЭТАП ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В период поддержания здорового образа жизни первоочередной целью является продуктивная трезвая жизнь. Она включает в себя работу над эффективной программой выздоровления, определение признаков возможного срыва, решение каждодневных проблем и продуктивный образ жизни. Зависимость – хроническое неизлечимое заболевание. Выздоровливающий должен вести образ жизни, основанный, прежде всего, на трезвости, при этом главными задачами становятся управление стрессом, решение проблем, честность в личных отношениях. Вы должны также постоянно осознавать таящиеся опасности зависимости, тщательно избегать употребления веществ, вызывающих привыкание, и компульсивного поведения в любом виде.

ПОДДЕРЖАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ:

Сохранение трезвости и продуктивная жизнь.

ЧАСТИЧНОЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ

Выздоровление от болезни зависимости не является прямолинейным процессом. Большинство выздоравливают этапами. У них формируется новое понимание своей болезни и выздоровления. Им требуется время на то, чтобы применить и интегрировать эти новые знания в каждодневную жизнь. Затем они начинают чувствовать себя комфортно и на некоторое время перестают прилагать особые усилия, пока не появится потребность в новых знаниях.

Временный откат в выздоровлении – довольно распространённое явление. Это часто происходит, когда люди пытаются применять новые знания на практике. Стресс перемен на время заставляет их работать напряжённее, а потом они на некоторое время отступают. Когда стресс затихает, они заговаривают о том, как лучше справиться с ситуацией, закатывают рукава, и снова начинают работать. Многие выздоравливающие, в конце концов, достигают долгосрочной и комфортной трезвости (170).

Выздоровление от болезни зависимости не является прямолинейным процессом.
ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ПРОХОДИТ ТАК! ПРОХОДИТ НЕ ТАК!

Многим из выздоравливающих не удаётся пройти весь путь выздоровления. Частичное выздоровление имеет место тогда, когда они сталкиваются с трудной или непреодолимой, по их мнению, задачей выздоровления. Такая «непреодолимая» задача называется точкой застревания. Застревание не даёт им выполнить все задачи выздоровления. В результате они продолжают жить в дискомфорте, а их трезвость имеет низкое качество.

СХЕМА 2

ПРОЦЕСС СРЫВА

Схема 2: Точки застревания при частичном выздоровлении.

Точки застревания встречаются на любом этапе выздоровления. Наиболее распространены точки застревания при переходе от одной стадии выздоровления к другой.

Временное отступление с целью снижения стресса – здоровая и продуктивная реакция на попадание в точку застревания. Следующий шаг – рационально рассмотреть эту точку застревания путём её обсуждения с другими людьми и затем начать искать соответствующую помощь в преодолении этого застревания.

Вместо того чтобы совершать продуктивные шаги для преодоления точки застревания многие прибегают к отрицанию. Отрицание используется бессознательно. Автоматически блокируется осознание того, что что-то не в порядке. Точка застревания порождает стресс; отрицание, временно блокирующее осознание стресса, в конечном счёте, усиливает его.

СХЕМА 3

Схема 3: Роль отрицания при частичном выздоровлении.

Частичное выздоровление имеет место при отрицании точки застревания. Человек говорит: «У меня всё в порядке с выздоровлением. У меня всё нормально».

СХЕМА 4

Стресс

Схема 4: Стресс и частичное выздоровление.

Отрицание точки застревания вызывает усиление стресса.

По мере усиления стресса начинают проявляться и обостряться признаки постабстинентного синдрома. Это означает, что у человека появляются трудности с ясностью мышления, управлением своими чувствами и эмоциями, запоминанием слов и событий, опознанием стресса и управлением им. Сон может стать беспокойным, увеличивается риск несчастных случаев. Многие выздоравливающие не осознают признаков ПАС. Это может происходить оттого, что они не знают о ПАС. Кроме того, стресс может блокировать их способность ясно думать о самих себе. В результате они не могут управлять признаками ПАС. Вместо этого они пытаются преодолеть их с помощью ещё большего отрицания. Отрицание провоцирует стресс; стресс, в свою очередь усугубляет ПАС. ПАС порождает новые проблемы, а эти проблемы усиливают стресс, который ещё больше обостряет ПАС.

Первоначальная точка застревания часто затеняется серьёзными проблемами, вызванными неумением управлять ПАС. Человек бывает поглощён этими проблемами и не может определить коренную причину происходящего.

Он или она испытывает всё больший стресс. Увеличивающийся стресс приводит к состоянию плавающей тревожности и навязчивого влечения. Человек чувствует непреодолимую тягу делать что-нибудь – что угодно, – чтобы ослабить эту тревожность и это навязчивое влечение, часто предаваясь какой-нибудь разновидности компульсивного поведения, которое временно ослабляет стресс. Однако,

в качестве платы за кратковременное облегчение, компульсивное поведение порождает дополнительные долгосрочные проблемы.

СХЕМА 5

Суррогатные виды компульсивного поведения

Схема 5: Суррогатные виды компульсивного поведения.

Пытаясь справиться со стрессом, человек прибегает к суррогатным видам компульсивного поведения – слишком много работает, ест, тратит и т.д. Такое компульсивное поведение приносит кратковременное облегчение, но, в конечном счете, усиливает стресс.

В конце концов, стресс приводит к активации процесса срыва, и человек начинает терять контроль. Когда потеря контроля прорывается в сознание, он замечает «зловещие знаки на стене». (Если человек продолжит вести себя по-прежнему, он употребит алкоголь, наркотики, сойдёт с ума или совершит попытку самоубийства для преодоления боли). В такой момент люди часто возвращаются к работе над программой, и их жизнь стабилизируется. Выздоровление продолжается до тех пор, пока они снова не наткнутся на такое же препятствие.

По мере усиления стресса начинают проявляться и обостряться признаки постабстинентного синдрома.

СХЕМА 6

Схема 6: Процесс срыва

В конце концов, стресс становится настолько сильным, что начинается развёртывание процесса срыва, отмеченного прогрессирующей внутренней и внешней дисфункцией. Человек осознаёт риск срыва.

СХЕМА 7

Схема 7. Повторение цикла.

Человек возвращается к работе по программе, и движется вперёд до тех пор, пока не дойдёт до такой же точки застревания. Цикл начинается снова.

Часто думают, что это И ЕСТЬ выздоровление. Выздоровливающий попадает в замкнутую схему частичного выздоровления, снова и снова продвигаясь вперёд до одной и той же точки, в которой у него опять, начинается неосознаваемый процесс срыва. В конце концов, он осознаёт прогрессирующую потерю контроля, предшествующую эпизоду острого срыва. Страх срыва даёт ему мотивацию и силы предпринять некоторые действия, чтобы вернуться в процесс выздоровления, однако он снова оказывается на первой стадии выздоровления, в которой чувствует себя комфортно. Он активно работает по программе выздоровления до тех пор, пока не дойдёт до этапа, взглянуть в лицо которому у него не хватает смелости, и цикл частичного выздоровления продолжается. Одна и та же схема может повториться много раз. «БОЛЬШАЯ КНИГА» АА называет это «полумерами».

Евгения, алкоголичка 57 лет. Уже 16 лет остаётся трезвой в АА. Когда она бросила пить, ей сказали, что она должна посетить 90 собраний за 90 дней. Эффект был настолько хорош, что она не видела никаких оснований для того, чтобы менять дальше образ жизни. Евгения замужем за человеком, которого по-настоящему не любит, но чувствует себя обязанной состоять в этом браке из религиозных соображений. Она работает секретарём в большой больнице. Считает, что могла бы выполнять обязанности заместителя начальника административно - хозяйственной службы, но, считает также, что рост её карьеры заблокирован тем, что её достижения ставят себе в заслугу другие.

Когда её что-то расстраивает в отношениях с мужем или на работе, она идёт на собрания АА, разговаривает со спонсором, а затем старается препоручить свои проблемы Высшей Силе, забыв о них. Её выздоровление напоминает катание на американских горках. Она может быть оживленной или спокойной и благодарить свою Высшую Силу за выздоровление, но проходит время и она чувствует такую боль и неудовлетворенность, что ей кажется – она вот-вот умрёт.

Этот цикл вполне предсказуем. В течение трех-пяти месяцев Евгения впадает во всё большее уныние, увеличивается её тревожность, и, наконец, она начинает думать, не выпить ли ей или не принять ли транквилизаторов для утолнения боли. Она разговаривает со спонсором,

рассказывает на собраниях о своей боли и желании выпить, но никогда ни с кем не говорит о проблемах, являющихся причиной этой боли.

Когда появляются мысли о выпивке, она удваивает число своих посещений АА, иногда посещая два-три собрания за один день. Затем она начинает реже ходить на собрания и снова погружается в семейную жизнь и работу, и боль возвращается, а с ней и мысли о выпивке.

За эти 16 лет Евгения ни разу не выпила, но ей удаётся лишь на некоторое время уйти от постоянной боли дисфункционального выздоровления. Качество её трезвости могло бы намного возрасти, если бы она осознала необходимость решения тех жизненных проблем, которые время от времени провоцируют у неё мысли о выпивке.

Некоторые люди, выздоравливающие по схеме частичного выздоровления, не осознают прогрессирующей потери контроля, сопровождающей синдром срыва. Их жизнь выходит из-под контроля, даже, несмотря на то, что формально они работают по программе выздоровления. Веря в то, что одними только посещениями собраний АА или группы поддержки после терапии можно обеспечить постоянную трезвость, они срываются. После этого и они сами, и их близкие удивляются, как такое могло случиться.

Частичное выздоровление – это ещё не трезвость.

Не стоит тратить жизнь лишь на частичное выздоровление. Вы заслуживаете гораздо большего. Есть куда более приятные вещи. Результатом частичного выздоровления является жизнь, ведущая в никуда, в кризисе, боли и дискомфорте. Стресс частичного выздоровления может привести к заболеваниям, связанным со стрессом, и приводит к ним, а они, в свою очередь, могут укорачивать жизнь и укорачивают её. Вы МОЖЕТЕ осознать свои точки застревания и, преодолев их, перейти к полному выздоровлению.

Глава V

МИФЫ О ВЫЗДОРОВЛЕНИИ И О СРЫВЕ.

Подавляющее большинство срывов совсем не обязательны. Первым шагом в предотвращении срыва является понимание того, чем срыв является и чем - нет. Чем больше человек узнаёт и понимает о срыве, - тем меньше рискует испытать его, и тем меньше он ему угрожает.

Существует множество заблуждений или мифов, вовлекающих людей, склонных к срыву, в состояние безнадежности. Множество людей имеют эти заблуждения и поступают так, как будто они истинны.

Заблуждения о срыве создают самоусиливающиеся проблемы. Когда эти заблуждения становятся для Вас «правдой», то Вы ПОС-ТУПАЕТЕ в соответствии с «ней» и никак иначе.

Проблема с заблуждениями состоит в том, что они блокируют эффективные решения, необходимые для прерывания циклов срыва. Мифы о срыве создают самоусиливающиеся проблемы. Когда эти мифы становятся «истиной», то Вы начинаете поступать, как будто они истинны. Эти модели несоответствующего выздоровлению поведения заводят Вас в циклы срыва таким образом, чтобы мифы, в которые Вы верите, как в правду, становились реальностью.

Мы хотим рассеять некоторые мифы и ошибочные понятия о срыве и заменить их знанием фактов, которые помогут Вам более реалистично рассматривать возможность срыва при химической зависимости.

Заблуждения, уводящие людей, склонных к срыву в сторону от выздоровления, распространяются на четыре его области. Это:

1. 1. Заблуждения о роли употребления алкоголя и наркотиков в выздоровлении и срыве.
2. 2. Заблуждения о наличии и природе признаков, предупреждающих о вероятности срыва.
3. 3. Заблуждения о значении и роли мотивации в выздоровлении.
- 3 4. 4. Заблуждения об эффективности лечения.

Каждое из них будет детально рассмотрено, чтобы показать, как комбинация этих заблуждений (мифов) может привести человека к ряду ошибочных заключений, создающих пагубный цикл хронического срыва.

ЗАБЛУЖДЕНИЯ О РОЛИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ В ВЫЗДОРОВЛЕНИИ И СРЫВЕ

Многие, склонные к срыву люди, считают, что выздоровление – это только воздержание от алкоголя и наркотиков, а срывом является только употребление алкоголя и наркотиков. Это приводит их к убеждению, что, воздерживаясь от алкоголя и наркотиков, они выздоравливают, и только возврат к выпивке или употреблению наркотиков, означает срыв. В результате они приходят к убеждению, что не пить и не употреблять наркотики – является их главной задачей в выздоровлении.

Выздоровление – это не воздержание от алкоголя и наркотиков. Воздержание является только предпосылкой для выздоровления. Настоящий процесс выздоровления включает ряд выполняемых ежедневно задач, позволяющих управлять признаками острой абстиненции, постабстиненции и исправлять био-психо-социальные последствия зависимости. Иными словами, выздоровление – это намного больше, чем просто неупотребление алкоголя и наркотиков. Если Вы считаете, что просто неупотребление приведёт Вас к выздоровлению, то удивитесь дисфункции, вызванной признаками зависимости в трезвости. Вы почувствуете себя загнанными в угол и беспомощными потому, что заблуждения не позволят Вам найти способов справляться с этими признаками.

Многие склонные к срыву алкоголики и наркоманы расширяют ошибочные убеждения ещё дальше. Если Вы верите, что выздоровление – это воздержание от алкоголя и наркотиков то, надо полагать, - что Вы также убеждены в том, что пока не пьёте алкоголь или не употребляете наркотики, то контролируете себя и своё поведение. Вы ошибочно считаете, что когда трезвы, то всегда управляете собой, что единственным способом потерять контроль является употребление алкоголя и наркотиков. Это ведёт к заключению, что любое возвращение к алкоголю и наркотикам должно быть сознательным и преднамеренным решением. Срыв, поэтому, является сознательным и преднамеренным выбором. Следовательно, до тех пор, пока Вы не будете

пить и употреблять наркотики, то будете поддерживать контроль над собой, и всё будет прекрасно.

Давайте приглядимся внимательнее к последовательности этих заблуждений:

1. Выздоровление – это факт воздержания от алкоголя и наркотиков.
2. Срыв – это факт употребления алкоголя и наркотиков.
3. До тех пор, пока я воздерживаюсь от алкоголя и наркотиков - я выздоравливаю.
4. Когда я возвращаюсь к употреблению алкоголя и наркотиков - я нахожусь в срыве.
5. Поскольку я не пью и не употребляю наркотики, я контролирую себя и своё поведение.

Ошибочное заключение N1:

Срыв – это всегда результат сознательного и преднамеренного решения употреблять алкоголь и наркотики.

Ошибочное заключение N2:

Не пить и не употреблять наркотики - моя главная задача в выздоровлении.

Ошибка заключается в том, что неупотребление алкоголя и наркотиков не гарантирует контроля над собой и автоматического выздоровления. Неупотребление алкоголя и наркотиков прервёт череду запоев и прекратит эпизоды потери контроля, вызванные их употреблением. Но, как уже говорилось ранее, когда признаки зависимости, базирующиеся на употреблении, прерываются воздержанием, они заменяются признаками зависимости, базирующимися на трезвости. Эти признаки зависимости, базирующиеся на трезвости, могут стать настолько серьёзными, что заставят Вас потерять контроль над мыслями и поведением даже в трезвом виде.

Многие алкоголики, прошедшие через срыв, рассказывают, что они становились настолько дисфункциональными в выздоровлении, что

начинали считать возврат к употреблению наилучшим выбором. Им было так плохо, что они приходили к убеждению, что у них в жизни есть только три вещи на выбор:

- 1) Возврат к употреблению для облегчения боли.
- 2) Самоубийство.
- 3) Безумие.

Из этих трёх вещей, - употребление алкоголя и наркотиков, - действительно похоже на лучший выбор.

Воздержание от алкоголя и наркотиков – необходимое для выздоровления условие, но целью выздоровления не является. Обучение значимой и удобной жизни без алкоголя и наркотиков – вот основная цель выздоровления.

Краткосрочные и долгосрочные признаки зависимости, базирующиеся на трезвости; неспособность справляться с жизнью без алкоголя и наркотиков; а также кризис, созданный био-психосоциальными последствиями зависимости - всё это будет мешать человеку жить удобной и значимой жизнью без алкоголя и наркотиков. Чтобы выздороветь - важно прекратить употреблять алкоголь и другие вещества, изменяющие сознание, а затем научиться, как справляться с абстинентным и постабстинентным синдромами, а также жизненным стрессом не употребляя алкоголь и наркотиков.

Воздержание - не единственная цель выздоровления

ЗАБЛУЖДЕНИЯ О СИМПТОМАХ – ПРЕДВЕСТНИКАХ СРЫВА

Общее заблуждение заключается в том, что срыв - это внезапное и спонтанное событие, происходящее безо всяких предупреждающих знаков. Это убеждение плодит чувства беспомощности и бессилия. А

срыв остаётся таинственным процессом, над которым выздоравливающие люди имеют крайне мало или вообще не имеют никакого контроля. Кажется - всё, что они могут сделать - это надеяться и молиться, чтобы срыва не случилось.

Срыв не происходит внезапно и спонтанно, без предупреждения.

Правда состоит в том, что существует множество предупреждающих сигналов, предшествующих срыву. Научившись распознавать и справляться с ранними признаками, предупреждающими о срыве, алкоголик получает возможность останавливать процесс срыва прежде, чем тот начнётся. Однако, заблуждение, что срыв – это только употребление, позволяет определять лишь некоторые из них.

Люди, считающие, что срыв - это только факт употребления алкоголя или наркотиков, способны определить только признаки, непосредственно касающиеся употребления. Обычно это:

- мысли об употреблении алкоголя и наркотиков, самоубеждения в необходимости употребления алкоголя и наркотиков,
- попадание в ситуации, где другие пьют или употребляют наркотики,
- прекращение посещения групп самопомощи или иных действий, направленных на выздоровление.

Такие люди считают, что всегда знают, когда испытывают предупреждающие признаки. Они не в состоянии признать существование отрицания в трезвости и того, что оно может блокировать распознавание этих предупреждающих признаков.

Обычным итогом такого процесса ошибочных рассуждений является нечто наподобие: «Как только я опознаю предупреждающий признак, то

всегда справлюсь с ним, если захочу». Давайте рассмотрим эти заблуждения:

1. Все предупреждающие признаки касаются употребления алкоголя/наркотиков или отсутствия на встречах AA/NA.

2. Я всегда смогу опознать предупреждающие признаки в момент их появления.

3. Как только я осознаю предупреждающий признак, я всегда буду способен справиться с ним, если захочу.

Ошибочное заключение:

До тех пор, пока я не думаю об употреблении, и хожу на собрания AA/NA, - у меня всё прекрасно!

Проблема с этими заблуждениями очень серьёзна. Мысли об употреблении алкоголя и наркотиков; чувство необходимости употребления; нахождение в ситуациях их употребления и прекращение действий, направленных на выздоровление – **ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЯВЛЯЮТСЯ** серьёзными признаками, предупреждающими о срыве. Но это всё - очень поздние предупреждающие признаки, проявляющиеся в процессе срыва. К тому времени, когда эти признаки разовьются, многие алкоголики уже потеряют контроль над своими суждениями и поведением. В результате, они станут неспособными распознать эти предупреждающие признаки или принять меры, чтобы прервать их развитие.

Человек, склонный к срыву, должен знать и уметь распознавать его ранние признаки, чтобы иметь шанс самостоятельно предотвратить потерю контроля.

ЗАБЛУЖДЕНИЯ О МОТИВАЦИИ

Большинству людей, выздоравливающих от зависимости, известен факт, что срыв - довольно распространённое явление. Естественно, что многие из них ищут способы объяснить себе – почему? Учитывая

предыдущие заблуждения, многие выздоравливающие от зависимости люди вырабатывают следующие ниже мифы о роли мотивации:

1. Срыв означает отсутствие мотивации на выздоровление.
2. Я буду выздоравливать, если уже достаточно настрадался от употребления алкоголя и наркотиков, чтобы хотеть выздоровления.
3. Если я сорвался, - то значит, недостаточно страдал, чтобы хотеть оставаться трезвым.

Ошибочное заключение:

Людам, склонным к срыву, нужно больше страдать, чтобы прервать модели поведения, ведущие к срыву.

Это разрушительное заключение, к которому приходят склонные к срыву люди, может послужить для них причиной сомневаться в собственном здравомыслии, если они знают, что хотят хорошо жить, но неспособны этого добиться. Оно уничтожает самооценку, чувство собственного достоинства и плодит чувства стыда и вины.

Действительно, - некоторые химически зависимые люди срываются, потому что, не считают себя зависимыми. И они не принимают свой алкоголизм или наркоманию потому, что честно не видят достаточно серьёзных их последствий, чтобы в них убедиться. Но эта модель срыва применима только к людям, находящимся в долечebном периоде выздоровления. Это неприменимо к тем склонным к срыву людям, которые знают, что зависимы и не могут безопасно употреблять алкоголь и наркотики. И всё-таки они не могут оставаться трезвыми независимо от того, насколько интенсивно пытаются.

Большинство склонных к срыву алкоголиков ужасно страдают. Действительно, боль настолько серьёзна, что делает их неспособными функционировать трезвыми. Эта серьёзная боль фактически лишает их какой-либо пользы от программы выздоровления и от трезвости.

Боль не предотвращает срыв, а только увеличивает его риск.

ЗАБЛУЖДЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ

Многие из тех, кто выздоравливает от болезни зависимости, очень интенсивно работают, над выздоровлением. Они проходят консультирование и групповую терапию. Они регулярно посещают встречи 12 – Шаговых групп. И всё-таки срываются.

У этих людей развивается одно из двух одинаково разрушительных заблуждений. Первое – что никакая форма лечения или группа самопомощи не работает. Это, просто – неправда. Имеется множество документально подтверждённых случаев выздоровления пациентов, склонных к срыву, после возвращения и повторного прохождения курса лечения в программах выздоровления, не сработавших сразу. Всегда стоит рискнуть попытаться лечиться снова или вновь при-соединиться к АА или АН.

Второе разрушительное заблуждение – полная противоположность первому. Это – вера в то, что только лечение (АА или АН плюс профессиональное консультирование) – 100 %, эффективно для любого, кто хочет выздоравливать и, что главной причиной срыва является решение прекратить лечение. Когда люди с таким убеждением терпят неудачу при лечении, - они начинают думать, что причина в том, что в них самих что-то изначально неправильно, и это «что-то» делает выздоровление невозможным. Давайте приглядимся к этим заблуждениям:

1. Никакая форма лечения или группа самопомощи не может помочь мне оставаться трезвым.
2. Лечение – 100 %, эффективный способ предотвращения срыва.

Ошибочное заключение N1:

Я срываюсь, так как просто неспособен к выздоровлению.

Ошибочное заключение N2:

Нет никакого смысла в дополнительном лечении; я никогда не смогу нормально жить.

Факты говорят о том, что существует хорошее лечение и плохое лечение. Существует лечение, эффективное для одних, но не для других. И существует много до сих пор неизвестного о том, что является эффективным лечением для болезни зависимости. Некоторые люди срываются потому, что не получили навыков оставаться трезвыми. Но это не значит, что они никогда этого не смогут. Лечение будет успешным в 20-60 % случаев в зависимости от того, как измерять успех.

Срыв ни в коем случае не является признаком того, что Вы не сможете выздороветь. Также срыв вовсе не является указанием на то, что Вы конституционно неспособны к выздоровлению. Это – указание, что, скорее всего, Вы – довольно типичный алкоголик или наркоман и, что Вам должно, закатав рукава, вернуться в программу лечения. У Вас будут хорошие шансы, если Вы найдёте программу, применяющую планирование предотвращения срыва. Вы будете способны достичь долгосрочной трезвости или, по крайней мере, научитесь оставаться трезвыми в течение более длинных периодов времени и значительно улучшить жизнь. Цель этой книги – показать Вам как, обладая точной информацией, сделать это.

Шансы достичь долгосрочной трезвости значительно выше, если использовать планирование предотвращения срыва.

Глава VI

ПОНИМАНИЕ ПРОЦЕССА СРЫВА

Что такое срыв? Ответ на этот вопрос не столь лёгок, каким кажется поначалу. Получение точного ответа потребует исследования истории развития его понимания.

На заре движения АА, в середине 30-х годов XX века, алкоголики рассматривали срыв только как повторное начало пьянства. Срыв определялся просто как возврат к употреблению алкоголя. Поскольку некоторые хитрые выздоравливающие алкоголики стали вместо выпивки употреблять успокоительные препараты, то довольно быстро они усвоили, что не могут бесппроблемно употреблять никаких успокаивающих лекарств. Алкоголь – успокаивающий наркотик и сегодня известно, что любые успокаивающие препараты воздействуют на органы тела подобно алкоголю. Некоторые профессионалы даже стали применять термин "седативизм" вместо "алкоголизм", потому, что не употребление алкоголя является проблемой алкоголика, а реакция органов его тела на успокаивающие вещества. Так, что под срывом стали понимать использование любых успокаивающих веществ (включая алкоголь).

На волне наркотического бума в США в 60-х годах XX века и повального увлечения употреблением разнообразных наркотиков (лекарств), кое-кто стал замечать, что любой тип веществ, изменяющих настроение, мог вызывать возврат к употреблению алкоголя. Наркотики (лекарства) типа амфетаминов, марихуаны, кокаина или ЛСД воздействовали на органы тела не так, как успокаивающие вещества. Но они по-прежнему изменяли состояние разума и чувств, и настолько вредили ясности мышления, что уводили людей далеко в сторону от выздоровления. Вызывая такие же поведенческие эффекты и являясь причиной хорошего самочувствия сейчас, они причиняли боль позже и вызывали навязчивые идеи, компульсивные желания и потерю контроля. Злоупотребление любыми препаратами (наркотиками) или их комбинациями также, в конечном счёте, приводило к био-психо-социальному ущербу. Стало ясно, что любые изменяющие настроение препараты (наркотики) могут запускать цикл зависимости. В результате этого нового понимания алкоголики начали считать срывом употребление любых изменяющих сознание веществ (помните, что алкоголь - это изменяющий сознание наркотик).

Понимание того, что такое "срыв", менялось от:

- УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ к

-

**УПОТРЕБЛЕНИЮ ЛЮБЫХ УСПОКАИВАЮЩИХ
ВЕЩЕСТВ к**

-

**УПОТРЕБЛЕНИЮ ЛЮБЫХ ВЕЩЕСТВ,
ИЗМЕНЯЮЩИХ СОЗНАНИЕ.**

Продолжая считать срывом - возврат к употреблению алкоголя или наркотиков, - и профессионалы и члены АА всегда признавали, что для выздоровления требуется больше, чем просто неупотребление алкоголя и наркотиков. Только в Первом Шаге Программы АА упоминается алкоголь. Остальные Шаги говорят о том, как трезво жить. Центр внимания (Программы АА) сфокусирован на обучении значимой и удобной трезвой жизни без алкоголя и наркотиков, а не на обучении тому, как "не пить". Это ведёт нас к пониманию, что срыв - это, в большей степени, то, как человек функционирует в трезвости, поскольку именно это определяет, - вернётся он к употреблению алкоголя и наркотиков или нет. Неупотребление алкоголя или наркотиков, это предпосылка для выздоровления, но выздоровление включает намного больше, чем просто неупотребление.

Такой ход размышлений над процессом срыва наводит нас на понятие дисфункциональности в трезвости. Трезвая дисфункция может включать физическое, психологическое или социальное нездоровье. Это не значит, что употребление - не срыв. Это значит, что процесс срыва начинается задолго до факта употребления алкоголя или наркотиков. Употребление, это **КОНЕЧ-НЫЙ РЕЗУЛЬТАТ** процесса срыва. Употребление - это способ вылечить боль дисфункции химическим

путём. Дисфункция начинается с мыслительных процессов, называемых в АА "гнилым мышлением", ведущих к изменениям в поведении, называемым в АА "установками". Наконец, всё это приводит к дисфункциональному поведению в трезвости, которое АА называют "сухим пьянством". Это сухое пьянство может привести к реальному употреблению или иным формам серьёзной дисфункции типа эмоциональных расстройств, физических увечий или болезней, вызванных стрессом.

Многие выздоравливающие алкоголики, оставаясь свободными от наркотиков, совершали самоубийства или разрушались физически или эмоционально. Это - не выздоровление. Понимание процесса срыва только как факта выпивки или употребления наркотиков, не допускало ни наличия, ни лечения признаков зависимости, основанных на трезвости. Многие признаки алкоголизма и химической зависимости, основанные на трезвости, игнорировались или извращались в психологические или психиатрические проблемы. Депрессия, замешательство и беспокойство, являющиеся признаками острого абстинентного и постабстинентного синдромов, часто не опознавались как признаки зависимости. Так что соответствующего лечения для них не находилось, не предлагалось и не поощрялось. Многие выздоравливающие люди, страдавшие от этих, вызванных зависимостью проблем обращались к психологам или психиатрам, немного знавшим или вообще ничего не знавшим о болезни зависимости, являвшейся их причиной.

Расширенное понимание процесса срыва сместило фокус внимания с только употребления или не употребления. Изучение способов справиться с признаками зависимости, основанными на трезвости, при улучшении био-психо-социального здоровья, является выздоровлением от ущерба, нанесённого зависимостью. Это позволяет сосредоточиться на здоровом образе жизни, а не на алкоголе и наркотиках.

Это понимание приглашает Вас научиться распознаванию ранних признаков, предупреждающих о срыве, прежде чем Вы будете

вынуждены начать употреблять, чтобы заставить их исчезнуть. Если же Вы считаете, что только употребление является единственным индикатором срыва, то, вероятно, Вы также считаете, что чем дольше не употребляете, тем прекраснее идут Ваши дела. О других ситуациях, не менее серьезно, чем употребление, влияющих на Вашу жизнь, Вы не беспокоитесь. Пренебрежение этими другими важными областями жизни может очень вредно сказаться на Вашем выздоровлении.

РОЛЬ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ

Как только человек становится зависимым от одного наркотика, у него появляется склонность к развитию зависимости и от других веществ, изменяющих сознание. Это особенно истинно в случаях, когда другие наркотики подобны тем, зависимость от которых уже есть. Склонность к развитию других зависимостей называют перекрёстной зависимостью. Зависимость от одного наркотика будет причиной быстрого развития зависимости от любых других наркотиков той же группы. Причина - прежде всего, физиологическая. Органы тела становятся зависимыми от этого типа наркотиков, и будут реагировать тем же образом на вещества, им подобные.

Человек также может стать зависимым и от других групп веществ, изменяющих сознание. Зависимость от новых наркотиков развивается постепенно.

Человек может приобрести зависимость от самых разнообразных наркотиков. Этот процесс может быть лучше понят, если взглянуть на то, что называют уравнением зависимости:

**БОЛЬ + АЛКОГОЛЬ / НАРКОТИКИ = НЕМЕДЛЕННОЕ
УДОВОЛЬСТВИЕ + ПОСЛЕДУЮЩАЯ БОЛЬ**

Химически зависимые люди полагаются на изначально выбранный наркотик, чтобы справляться с жизнью. Если, воздерживаясь от этого

наркотика, они просто заменяют его новым, то у них может развиваться зависимость от нового наркотика.

Замещающий наркотик не может быть столь же эффективным в уменьшении боли как первично выбранный. Это заставляет их испытывать тягу и думать о первоначальном наркотике. Также, в периоды опьянения, ясность их суждений искажается, побуждая снова делать безответственный выбор в пользу возврата к употреблению первичного наркотика.

Замена одной зависимости на другую не является полным выздоровлением. Если Вы считаете, что можете благополучно употреблять в больших количествах никотин, кофеин, курить марихуану, есть пилюли для похудения или снотворные, не употребляя алкоголя или других наркотиков, то Вы находитесь в зоне высокого риска развития другой зависимости.

Это правда, что некоторые зависимости более вредны, чем другие. И некоторые химические зависимости, типа алкогольной, героиновой или кокаиновой гораздо более опасны, чем зависимость от кофеина или никотина. В большинстве случаев зависимость от кофеина не будет причиной серьёзных проблем того типа, которые вызываются зависимостью от алкоголя или марихуаны. И некоторые люди могут продолжать употреблять кофеин и никотин, не увеличивая их количества. Но правда и в том, что одержимое употребление кофеина и никотина может быть смертельным. Американское Раковое Общество сообщает, что от рака, вызванного никотиновой зависимостью, умирает больше людей, чем от злоупотребления любыми другими препаратами.

РОЛЬ КОФЕИНА

Исследования последних лет показывают, что одержимо потребляемый кофеин может быть вреден для здоровья и функционирования, и может запускать цикл зависимости у людей, стремящихся к выздоровлению от алкоголизма. (94) Джон Блаттнер

совершил обширное исследование соотношения между употреблением кофеина и выздоровлением. (96) Его результаты убедительны.

Алкоголики склонны к более тяжёлому потреблению кофеина, чем не алкоголики. Выздоровливающие алкоголики - тяжёлые потребители кофеина рассказывают об усиливающихся признаках физического напряжения и беспокойства при его употреблении. Они также сообщают о головных болях, серьёзной раздражительности и чрезмерных эмоциональных реакциях при его неупотреблении. Эти признаки являются частью кофеиновой абстиненции.

Наиболее важным аспектом исследования Блаттнера является факт повышенной склонности к срыву, установленный у тяжёлых потребителей кофеина. Похоже, что кофеин вносит свой вклад в развитие срыва следующим путём: кофеман страдает от беспокойства, напряжения, раздражительности и чрезмерно эмоционального реагирования, связанного с употреблением кофеина. Он не знает, что эти признаки вызваны кофеином и потому боится, что с ним может случиться что-то более серьёзное. Чрезмерно эмоциональное реагирование плодит ситуативные проблемы и не позволяет ему разумно справляться с другими проблемами, при их появлении. Конечным результатом являются растущие проблемы, злость и разочарование, усиливающие риск срыва.

Поскольку связь между тяжёлым употреблением кофеина и срывом становится более понятной, расширяется и наше понимание того, чем являются «вещества изменяющие сознание», чтобы внести в их список вещества типа кофеина и никотина, которые раньше считались безопасными для выздоровления.

РОЛЬ КОМПУЛЬСИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СРЫВЕ

Компульсивное (маниакальное, одержимое) поведение - это действия, вызывающие сильное волнение или выход эмоций, сопровождаемые долгосрочной последующей болью или дискомфортом. Это поведение может быть внутренним (мысли, воображение, чувства)

или внешним (работа, игры, разговоры, и т.д.). Компульсивное поведение позволит Вам ненадолго почувствовать себя хорошо, но, в конечном счёте, ослабит Вас.

Многие выздоравливающие алкоголики или наркоманы, пытаются заменять употребление наркотиков различными видами компульсивного поведения. В результате у некоторых из них развиваются серьёзные формы маниакального поведения, вредящие выздоровлению.

Вспомните уравнение зависимости: БОЛЬ + АЛКОГОЛЬ/НАРКОТИКИ = НЕМЕДЛЕННОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ + БУДУЩАЯ БОЛЬ. Когда человек прибегает к одержимому поведению, как к замене алкоголя или наркотикам, уравнение видоизменяется: БОЛЬ + КОМПУЛЬСИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ = НЕМЕДЛЕННОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ + БУДУЩАЯ БОЛЬ. Уравнения будут идентичными, если заменить маниакальное поведение на алкоголь и наркотики.

Мы сгруппировали восемь основных типов компульсивного поведения.

1.

Еда / сидение на диете

- включает в себя маниакальное обжорство, маниакальное голодание (часто называемое анорексией), а также комбинацию маниакального обжорного разгула, сопровождаемого маниакальным сидением на диете или vomiting (часто называемое булемией).

2.

Азартные игры

- маниакальное желание рискнуть.

3.

Работа / достижения

– маниакальная необходимость быть занятым или выполнять работу или превосходить других во всём, что Вы делаете.

4.

Тренировки

- маниакальная потребность стимулировать тело физическими упражнениями.

5.

Секс

- маниакальная необходимость в сексуальных контактах.

6.

Поиск острых ощущений

- маниакальная потребность испытывать интенсивное напряжение или острые ощущения.

7.

Хаос

- маниакальное желание избежать порядка в жизни.

8.

Траты

- маниакальная нужда в покупках или приобретении имущества.

ФОРМЫ МАНИАКАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Еда / сидение на диете 5. Секс
2. Азартные игры 6. Поиск острых ощущений
3. Работа / достижения 7. Хаос
4. Тренировки 8. Траты

Дмитрий почти потерял семью из-за употребления марихуаны и реально потерял её из-за своего компульсивного бега. Он пошёл лечить зависимость от марихуаны, когда его жена и дети уехали из дома. Они согласились вернуться, когда он согласился лечиться. Он стал применять бег как часть своей программы выздоровления. Он решил пробегать по пять километров в день трижды в неделю и скоро достиг цели. Но удовлетворён не был. Он начал бегать каждый день - перед работой, в обеденный перерыв и после работы. Надежды семьи на то, что трезвый он будет участвовать в семейной жизни, не оправдывались, - он редко бывал дома. Он участвовал в забегах и ездил от одного старта к другому. В те дни, когда он не бегал, он был беспокоен и раздражителен. Жена не ценила его обычных комментариев, типа: "Ну, по крайней мере, сегодня я трезвый". Она решила, что такой тип трезвости не вернул ей мужа, и

она снова уехала. Это - пример того, как компульсия причиняет проблемы тем же образом, что и химическая зависимость.

ПОЗИТИВНЫЕ ВЫВОДЫ НАПРЯЖЕНИЯ ВМЕСТО КОМПУЛЬСИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Одно и то же поведение может быть и компульсивным, и некомпульсивным. Компульсивное поведение определяется не столько тем, что Вы делаете, сколько тем, как Вы это делаете. Любое продуктивное поведение может стать одержимым, если применяется способом, заканчивающимся долгосрочной болью или дисфункцией.

Существуют различия между маниакальным поведением и ПОЗИТИВНЫМ ВЫВОДОМ НАПРЯЖЕНИЯ. Позитивный вывод напряжения - это деятельность, обеспечивающая безболезненную радость жизни. Иными словами, это хорошее самочувствие сейчас, без создания боли позже. Здоровые тренировки, например, являются позитивным выводом напряжения. Они обеспечивают приятный и полезный вывод энергии. Но практикуются они рационально и не маниакально. И в результате не создают проблем в будущем.

Здоровый секс - также является способом позитивного вывода напряжения. Выражение сексуальности между любящими и заботящимися друг о друге людьми, выполненное в безопасной, ответственной манере - даёт радость и прилив сил обоим партнёрам. Оно не маниакально, усиливает обоих партнёров, является свободным выбором обоих и, обычно, происходит в обстановке, где отрицательные последствия маловероятны.

Для каждого компульсивного поведения существуют параллельные способы поведения, применение которых в неманиакальных, умеренных формах помогает формировать способы позитивного вывода напряжения. Некоторые люди используют одержимое поведение так же, как и наркотики. Цель его заключается в том, чтобы изменить настроение, "выключить" навязчивые мысли и убежать от

действительности. Поведение становится компульсивным, когда оно применяется, чтобы не видеть реальности. Поведение становится способом позитивного вывода напряжения, когда проясняет реальность и помогает человеку более эффективно с ней справляться.

Если человеку важно обрести высококачественную трезвость и избежать срыва, то ему желательно воздерживаться от одержимых форм поведения, а также определить для себя и практиковать ряд способов позитивного сброса напряжения, дающих свободное от боли удовольствие.

У некоторых алкоголиков и наркоманов развиваются серьёзные проблемы с компульсивным поведением. Попытки прекратить его, лишь плодят боль и чувства, подобные абстинентному синдрому. Если это происходит с Вами, то Вам требуется специальная помощь, чтобы остановить маниакальное поведение. Фактически у Вас две проблемы: химическая зависимость и проблема компульсивного поведения. Не бойтесь получить помощь. Она поможет сделать Вашу трезвость гораздо более удобной и поможет избежать срыва.

Компульсивное поведение - это не то, что Вы делаете, а как Вы это делаете.

ПРОЦЕСС СРЫВА

Склонность не замечать признаки срыва в трезвости, перекрёстная зависимость от «приемлемых наркотиков» типа никотина и кофеина, и различные виды компульсивного поведения позволяют начаться ПРОЦЕССУ срыва (запускают дисфункцию в трезвости). Запуская процесс дисфункции, Вы начинаете процесс срыва. Рассмотрение процесса срыва приводит к осознанию существования предупреждающих об опасности признаков, предшествующих факту употребления. Если Вы осознаете наличие признаков,

предупреждающих о срыве, прежде чем употребите, то сможете получить помощь и прервать этот процесс.

Трезвость - это отказ от наркотиков, плюс воздержание от компульсивных моделей поведения, плюс улучшение био-психо-социального здоровья. Трезвость включает в себя все эти три вещи. Вы трезвы настолько, насколько выполняете эти три вещи; и чем в меньшей степени Вы их выполняете, тем менее трезвыми являетесь. Трезвость не определяется только тем, пили Вы сегодня или нет. Она определяется тем, насколько полноценный вклад в неё Вы сегодня сделали.

ТРЕЗВОСТЬ ЭТО:

Неупотребление наркотиков +

Воздержание от компульсивных моделей поведения +

Улучшение био-психо-социального здоровья.

Планирование предотвращения срыва основано на том факте, что признаки болезни зависимости не прекращаются с началом воздержания. Эта болезнь имеет две стороны. Первая проявляется, когда Вы пьёте или употребляете. Это - очевидная сторона болезни. Не столь явно, но болезнь простирается и в воздержание и вводит свою порочную пошлину, когда Вы пытаетесь выздороветь. Эта сторона болезни, основанная на трезвости - столь же мощна и разрушительна, как и сторона, основанная на употреблении алкоголя и наркотиков. И Вы даже более беспомощны перед моментами её проявления, потому, что зачастую вообще их не признаете или неправильно истолковываете.

Признаки зависимости, основанные на трезвости, ведут к срыву.

ОТРИЦАНИЕ В ТРЕЗВОСТИ

Очень легко перенести отрицание в выздоровление. Даже подтверждая свою зависимость и прекратив употребление, Вы продолжаете думать привычными способами, поддерживающими то, во что ВЫ ХОТИТЕ верить. Легче заявить: «Теперь, когда я бросил употреблять, - всё в порядке» чем допустить, что Вы должны тщательно следовать программе выздоровления всю оставшуюся жизнь.

Когда видеть вещи такими, какие они есть - неудобно или чем-то угрожает, - легче выкинуть их из головы или изменить их в своём сознании, таким образом, что они покажутся менее угрожающими. Отфильтровывание болезненной информации - это способ справляться с ситуацией, приносящий краткосрочное облегчение, но вызывающий, в конечном счёте, ещё более интенсивную боль. Компромисс в пользу неточного понимания быстро даст Вам чувство безопасности. Таким образом, Вы сможете быстро справиться с болезненной реальностью, выталкивая её из сферы своего осознания, но за это есть цена. Этой ценой может стать срыв.

Существуют обстоятельства и состояния, которые будут ориентировать Вас на плохие решения в выздоровлении. Эти ситуации приведут к срыву, если Вы позволите отрицанию, самообману и недостатку точной информации затуманить Ваше понимание того, что должно делать, чтобы иметь прогресс в выздоровлении.

Существуют признаки, сопровождающие процесс развития срыва. Если подтверждение наличия этих предупреждающих признаков неудобно, или чем-то Вам грозит, то их легко выкинуть из сознательного понимания или «перекрутить» их в более приемлемую реальность. Это поможет Вам почувствовать себя спокойнее и удобнее на данный момент. Но это также позволит процессу срыва продолжать набирать обороты, пока он не выйдет из-под контроля.

Признаки срыва обычно развиваются на

подсознательном уровне

. Находясь вне Вашего сознательного понимания, они растут и усиливаются. Вы не осознаёте их наличия, пока они не выйдут из-под контроля. До тех пор, пока Ваше

восприятие, суждения и поведение находятся вне контроля, Вы будете, вероятно, неспособны прервать процесс срыва прежде, чем он закончится эпизодом употребления.

Несмотря на то, что срыв - это очень реальная возможность, его можно избежать. Проходя процесс планирования предотвращения срыва, Вы сможете научиться способам управления признаками срыва, основанными на трезвости, и переводу их в область сознательного понимания прежде, чем станет слишком поздно. Вы сможете научиться прерыванию процесса срыва прежде, чем станете неуправляемыми.

Вы можете учиться у прошлого. Фактически, прошлое - Ваш лучший и наиболее эффективный преподаватель. Оно научит Вас, что работает, а что нет. Позволяя прошлому научить себя, как остаться трезвым, Вы сможете избежать зависимого употребления в будущем. И сможете избежать других типов дисфункции таких, как эмоциональный или физический крах.

Существуют предсказуемые и прогрессирующие предупреждающие признаки, возникающие у большинства выздоравливающих людей перед возвращением к употреблению. Предупреждающие признаки начинаются с незначительных изменений в мышлении и поведении. Вы убеждаетесь, что зависимость - больше не самая важная проблема. Другие вещи становятся более важными. Вы начинаете применять старые модели поведения вместо тех, о которых узнали на лечении и сделали частью своей программы выздоровления. Старые модели поведения вызывают старые проблемы и старые способы отрицания. Эти изменения усиливают дискомфорт и делают возврат к употреблению не только возможным, но и желательным. Но, скорее всего, Вы не будете осознавать изменений, имеющих место в Вашем мышлении и поведении.

Планирование предотвращения срыва научит Вас распознавать эти изменения, и делать положительный выбор вместо употребления наркотиков или моделей компульсивного поведения, позволяющих продолжать изоляцию, отрицать и убегать от реальности. Вы сможете прерывать такое поведение в любой точке, если будете знать, как это сделать.

До того, как у Вас начнутся неприятности, Вы будете должны создать план, который позволит Вашей семье, друзьям, консультанту и членам группы самопомощи помочь Вам прервать потенциальный, или фактический срыв, который может произойти. Вы должны разработать некоторые правила, которым должны будут следовать другие люди, чтобы помочь Вам избежать разрушительных последствий срыва. Планирование Предотвращения Срыва - это процесс обретения сознательного понимания признаков срыва и совершение действий, которые позволят Вам убрать их из своей жизни.

Глава VII

СИНДРОМ СРЫВА

Выздоровление от зависимости должно быть активным процессом. Выздоровливающие люди должны ежедневно работать над программой выздоровления. Они должны ежедневно напоминать себе, что страдают от зависимости. У них должна быть активная программа выздоровления, обеспечивающая руководящие принципы для эффективной и производительной жизни.

Выздоровление похоже на подъём по эскалатору, идущему вниз. Остановка невозможна.

Выздоровление от зависимости - это подъём по эскалатору, идущему вниз. Невозможно остановиться. Когда Вы прекращаете подниматься, то возвращаетесь назад. Не нужно специально делать что-то для того, чтобы признаки, ведущие к срыву, развивались. Всё, что Вам нужно сделать, - это быть не в состоянии практиковать соответствующие шаги выздоровления. При отсутствии сильной программы выздоровления, предупреждающие признаки развиваются спонтанно. Как только Вы

откажетесь от программы выздоровления, - появление признаков постабстинентного синдрома (ПАС) остаётся лишь вопросом времени, и если ничего не делать для того, чтобы управлять ими, то Вы вступаете в зону неконтролируемого поведения, которую называют

синдромом срыва

. Потеря управления над признаками постабстинентного синдрома заканчивается синдромом срыва.

Признаки постабстиненции, испытывают большинство выздоравливающих людей, но они различаются по степени серьёзности. Серьёзность признаков синдрома срыва определяется тем, насколько человек способен управлять их интенсивностью.

Синдром Срыва = ПАС - Управление интенсивностью его признаков

Если Вы испытываете постабстинентный синдром (ПАС), и не делаете того, что необходимо для эффективного управления его признаками, синдром срыва, в конечном счёте, возьмёт верх. Его признаки будут расти и прогрессировать. Существует множество ранних предупреждающих признаков и множество изменений в мышлении, чувствах и поведении, происходящих перед потерей контроля. В конечном итоге Вы потеряете контроль над самими собой и начнёте прогрессирующий спуск вниз по кривой, ведущей к употреблению алкоголя, наркотиков или к другим острым эмоциональным или физическим реакциям, если не сделаете чего-либо для прерывания этой прогрессии.

Для Вас важно всегда помнить, что срыв это не только факт употребления спиртного или наркотиков. Это – прогрессирующий процесс, создающий подавляющую потребность в алкоголе или наркотиках. Именно эта прогрессия называется синдромом срыва.

Возможно прервать эту прогрессию прежде, чем предупреждающие признаки станут явными. Как правило, это очень трудно даётся тому, кто

ничего не делал, для прерывания синдрома срыва, до тех пор, пока его признаки не стали совершенно очевидными, потому, что к этому времени он уже теряет контроль над своими суждениями и поведением. Обычно, срыв не есть сознательный выбор. Исследования показывают, что срывающиеся люди вообще не осознают ранних признаков, предупреждающих о срыве во время их проявления. Позже, оглядываясь назад, они могут определить, что пошло не так, как надо, но в то время, когда это реально происходило, они не осознавали, что эти проблемы возникали и росли. Признаки срыва развиваются на бессознательном уровне. Вы не будете знать, что они имеют место, если не научитесь переводить эти предупреждающие признаки в область сознательного понимания.

Процесс срыва включает не только факт употребления спиртного или наркотиков. Это – прогрессия, создающая подавляющую потребность в алкоголе или наркотиках.

Эта прогрессия легко активизируется при отсутствии эффективной программы выздоровления и неумении эффективно справляться с признаками ПАС. Обычно, процесс начинается с

изменений

. Изменения - это нормальная часть жизни, но и главная причина напряжения. Изменением может стать любое внешнее событие, вынудившее Вас повести себя определённым способом. Или это могут быть изменения в мышлении, или в отношении.

Изменения плодят

напряжение

, на которое Вы чрезмерно реагируете, и к которому, вероятно, имеете низкую толерантность (т.е., способность переносить –

прим. перев

).

Вместе с ростом напряжения, обычно появляется тенденция отрицать его наличие, и запускаются механизмы

отрицания

, являющиеся частью болезни зависимости. Вы начинаете справляться с напряжением, отрицая его, так же, как когда-то раньше отрицали свою болезнь: «У меня нет проблем. Я сумею справиться. Всё в порядке...».

Взросшее напряжение усиливает

признаки постабстинентного синдрома

, но отрицание не позволяет Вам осознать, что происходит. Если ничего не делать, то признаки ПАС усиливаются. Вы теряете контроль над мышлением, чувствами и памятью. Вы уже не способны ясно мыслить, излишне горячитесь, не можете запомнить простых вещей. Напряжение усиливается. Способность думать, чувствовать и запоминать теряется.

Затем следует потеря контроля над поведением. Ваше

поведение изменяется

. Несмотря на то, что Вы ходите в те же места и участвуете в тех же самых делах, - поступаете Вы уже иначе. По-другому обращаетесь с людьми. Взаимодействуете с ними иными,

разрушающими социальное окружение
способами.

Фактически,

ломается вся структура жизни

. Изменяется распорядок дня. Вы отказываетесь от регулярных привычек, дающих жизни последовательность и упорядоченность. Пренебрегаете планом выздоровления и избегаете его выполнения.

В конечном счёте,

теряется контроль над суждениями

. Вы принимаете решения, которых никогда бы не приняли в нормальном состоянии. И, в результате, совершаете ошибки, создавая кризис. Жизнь становится неуправляемой. Происходит

потеря контроля

. Вы замечаете, что больше не управляете своей жизнью. Приходят мысли о том, что, наверное, Вы просто сходите с ума. Не видно никаких альтернатив развитию сумасшествия, кроме самоубийства или употребления алкоголя или наркотиков (лекарств), чтобы излечить ими боль. Кажется, что

другого выбора нет

Здесь Вы впадаете в состояние

острой дегенерации

. Ваша жизнь разваливается. Вы можете вернуться к употреблению, потому что оно кажется лучшим, чем иные варианты. Но не все из тех, кто испытывают синдром срыва возвращаются к употреблению. Некоторые выберут другие, не менее разрушительные альтернативы. Некоторые совершат самоубийство или покалечатся в серьёзных несчастных случаях. У других произойдут нервные срывы, физические или эмоциональные разрушения. У третьих разовьются вызванные напряжением болезни типа головных болей, мигрени, язва или гипертонии.

Развитие срыва можно прервать прежде, чем предупреждающие о срыве признаки, станут очевидными.

Константин - 47-летний мужчина, женат, имеет двоих детей подросткового возраста. Не пил в течение семи лет. Был уверен, что даже под страхом смерти не вернётся к выпивке. В течение 17 лет работает на железной дороге.

Последние несколько лет Константин трудился там в ночную смену. Его устраивал меньший уровень контроля над работой, а также свободное время днём, позволявшее иметь дополнительный заработок. Но из-за сокращения штатов, он был переведен работать в день.

Перевод в дневную смену создал Константину много напряжения, поскольку, теперь, он должен был спать, в неурочное для него время, а, кроме того, возникли финансовые проблемы, вызванные невозможностью дополнительного заработка. Более того, теперь он был окружен своими домочадцами, и ему было трудно привыкнуть к детскому шуму.

Когда близкие к нему люди стали замечать, что он выглядит встревоженным, Константин неоднократно говорил им: "Всё образуется. Мне только нужно немного времени, чтобы приспособиться". Но, вскоре, ему стало казаться, что дети специально шумят, чтоб разозлить его, а жена только и ждёт, чтобы поспорить. Его мысли путались и постоянно носили мрачный оттенок. Принятие самых простых решений было затруднено.

Константину не очень нравились люди, участвовавшие в вечерних встречах АА, по сравнению с дневными, и поэтому ему было легко убедить себя начать пропускать их.

Хотя обычно ему не требовалось долго раздумывать насчёт звонков друзьям, чтобы поделиться новой шуткой, звонки и шутки звучали всё меньше и реже. Казалось, что ничего не нужно делать, чтобы "настроить его против" и вызывать его неприязнь.

Дети Константина начали уходить, когда он бывал дома. Его жена отдалилась и в доверительных беседах со своим спонсором говорила, что не знает, сколько ещё сможет выдержать такое положение дел.

Наконец, Константин престал посещать встречи АА совсем. Он больше не встречался с приятелями в кафе, и больше не обедал вместе с друзьями. Он редко ел вместе с семьёй и стал скорее перекусывать, чем регулярно питаться.

Из-за финансовых затруднений Константин продал хороший грузовик и купил другой, гораздо более подержанный, обслуживание которого оказалось вдвое дороже прежнего. Он решил оплатить прокладку подъезда к дому вместо оплаты ремонта моечной машины и телевизора. Плохие решения делали его финансовые проблемы ещё хуже и создали другие проблемы в жизни. Он начал просыпаться и сказывался больным вместо того, чтобы идти на работу.

Жена Константина дошла до точки и грозила разводом, начальство на работе сделало ему два устных и один письменный выговор, а сын входил в дом только в сопровождении друга, чтобы избежать стычек.

Всё ещё твёрдо не желающий пить, Константин стал **планировать** самоубийство. "Всё будет выглядеть, как будто я попал под поезд..."

Его жена, узнав, что срыв может быть прерван, предложила ему на выбор: лечение или развод. Он выбрал лечение. Он выбрал жизнь вместо самоубийства. Он пошёл лечить срыв, даже не употребив спиртного.

Синдром срыва - это болезнь зависимости, основанная на трезвости.

Синдром срыва может уничтожить здоровье и благосостояние; разрушить семью и образ жизни. Это – болезнь зависимости, в трезвости, способная разрушить выздоравливающего человека.

РАЗВИТИЕ СРЫВА

Изменение

Напряжение

Отрицание

ПАС

Изменение поведения

Разрушение отношений

Потеря контроля над мыслями

Потеря контроля над поведением

Сужение выбора

Острая дегенерация

Возврат к употреблению

Множество выздоравливающих людей считают, что, если они не пьют, то в их выздоровлении всё прекрасно. Это - ошибка. Процесс срыва начинается намного раньше начала употребления. Помните, что начинается он тихо и незаметно у Вас внутри. В течение длительного периода времени Вы не будете осознавать прогрессию срыва, потому что она развивается подсознательно.

Будут возникать и внешние предупреждающие признаки, но Вы не сможете применить их к своей ситуации, если не будете иметь заранее изученных для опознания предсказуемых образцов. Люди вокруг Вас, скорее всего, также не опознают их потому, что признаки срыва часто путают с признаками других расстройств.

Синдром срыва обратим при соответствующем лечении. Научившись распознавать стадии процесса срыва, можно прервать его развитие.

ПРЕРЫВАНИЕ СИНДРОМА СРЫВА

Управление признаками ПАС - лучший метод предотвращения срыва. Однако, когда Вы - уже находитесь в эпизоде дисфункции, может быть слишком поздно использовать самостоятельные методы и Вам потребуется некоторая помощь, чтобы стать устойчивыми и предотвратить дальнейшее развитие процесса срыва.

Первое, что необходимо сделать, - это попасть в безопасную, управляемую окружающую среду, где Вы будете защищены и от имеющего место кризиса, и от прямой возможности употребления алкоголя или наркотиков. Если случай не особо острый, то некоторого времени в тихой, спокойной окружающей обстановке, вероятно, будет для Вас достаточно, чтобы начать обращать процесс вспять. Если ситуация умеренно серьёзна, может быть, будет необходимо взять отпуск и побыть некоторое время вдали от мест и людей, усиливающих проблему.

Если признаки срыва серьёзны, может потребоваться госпитализация до того, как произойдёт употребление, или прежде чем начнутся серьёзные неприятности иного типа. Иногда, находясь в остром эпизоде дисфункции, человек считает, что если не употребит, то сойдёт с ума или совершит самоубийство. Вы должны заранее знать, что существуют и другие доступные варианты для выбора. Стационарное лечение - один из таких вариантов. Лучше пройти стационарную программу, предотвращающую серьёзные последствия, чем проходить детоксикацию.

Есть люди, которые предпочтут умереть, чем употребить. Именно поэтому количество самоубийц среди выздоравливающих алкоголиков так высоко. Это очень грустно, потому что возможно выздороветь от алкоголизма или наркомании, но невозможно поправиться от смерти. Если Вы когда-либо почувствуете, что Ваша жизнь в опасности, потому что боль настолько серьёзна, что самоубийство является адекватным выбором, **НЕМЕДЛЕННО** ищите и обращайтесь за помощью.

Существуют другие пути решения проблем, незаметные пока, сквозь призму боли.

Крайне важно осознавать и помнить, что не существует такого положения дел, при котором Вы не смогли бы прервать синдром срыва в любой точке процесса, если знаете, как опознать его признаки, знаете, что существуют не только разрушительные, но и конструктивные пути решения проблем, и признаете, что имеете право выбора.

ФАЗЫ И ПРИЗНАКИ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ О СРЫВЕ

(Признаки Внешней Дисфункции)

Процесс срыва вынуждает выздоравливающего человека чувствовать боль и дискомфорт от не употребления. Эти боль и дискомфорт могут стать настолько серьёзными, что человек становится неспособным к нормальной жизни, при не употреблении, и чувствует, что употребление в любом случае не может быть хуже, чем оставаться трезвым. Тридцать семь признаков, предупреждающих о срыве, были идентифицированы в 1973 году Теренсом Т. Горским в результате клинических интервью со 118 выздоравливающими пациентами. Эти люди были схожи по четырём главным признакам: (1) все они закончили 21- или 28-дневные программы лечения алкоголизма; (2) все они признавали, что не могли более безопасно употреблять алкоголь или наркотики (лекарства); (3) все они приняли сознательное решение сохранять постоянную трезвость, при помощи Анонимных Алкоголиков (АА), и профессиональных амбулаторных послелечебных программ; и (4) все они, в конечном счёте, вернулись к употреблению, несмотря на изначальные намерения оставаться трезвыми.

Наиболее часто встречаемые признаки срыва в этом клиническом исследовании были сведены в Диаграмму Срыва, изображающую признаки, предупреждающие о срыве. Эти признаки были разделены на 10 стадий, и формулировки были слегка изменены, для более лёгкого их понимания.

Фаза 1: Внутренние изменения

Внешне у меня всё обстоит неплохо, но я прибегаю к старым способам мышления и обращения с чувствами, из-за которых мне на самом деле худо. Наиболее распространённые признаки надвигающегося срыва:

◆ 1-1

Усиление стресса

: Я начинаю чувствовать большее напряжение, чем обычно. Иногда это вызвано проблемой или ситуацией, которую легко увидеть. В других случаях причиной являются небольшие проблемы, из-за которых стресс медленно накапливается со временем.

◆ 1-2

Изменения в мышлении:

Я начинаю думать, что программа выздоровления уже не так важна для меня, как раньше. Иногда всё идёт так хорошо, что, как мне кажется, не нужно затрачивать много усилий на работу по программе. В других случаях у меня возникают такие проблемы, которые программа выздоровления вроде бы не помогает решать, и я говорю себе: «Так стоит ли стараться?»

◆ 1-3

Изменения в чувствах:

У меня появляются неприятные чувства, которые мне не нравятся. Иногда я пребываю в эйфории, как будто всё идёт по-моему, хотя я знаю, что на самом деле всё не так. Потом это сменяется депрессией, как будто у меня ничего не получается. Я знаю, что такие колебания настроения не означают для меня ничего хорошего.

◆ 1-4

Изменения в поведении:

Я начинаю по-другому вести себя. Внешне я выгляжу и говорю так, как будто всё ещё обстоит хорошо, но в глубине души я знаю, что не занимаюсь программой выздоровления так, как занимался ей раньше, и что-то идёт не так.

Фаза 2: Отрицание

Я перестаю обращать внимание на других и честно говорить им то, что я думаю и чувствую. Наиболее распространённые признаки надвигающегося срыва:

◆ 2-1

Беспокойство о себе:

Я испытываю тревогу по поводу изменений, происходящих в моём мышлении, чувствах и поведении. Эта тревожность приходит и уходит, обычно, я чувствую её недолго. Иногда я начинаю бояться, что не смогу выздороветь дальше, но мне не хочется об этом думать.

◆ 2-2

Отрицание факта своего беспокойства

: Я пытаюсь справиться с этой тревожностью, прибегая к старым, самопораженческим способам думать и действовать. Я начинаю обманывать себя по поводу происходящего и пытаюсь убедить себя, в том, что всё хорошо, когда на самом деле это не так. Иногда я верю собственной лжи самому себе, и мне удаётся забыть о проблемах и на какое-то время почувствовать себя лучше. Как правило, лишь по прошествии некоторого времени я замечаю, что обманывал себя. Только размышляя и рассказывая о ситуации спустя какое-то время, я способен увидеть, как плохо мне было, и что я отрицал эти чувства.

Фаза 3: Избегание и самозащита

Я стараюсь избегать всех и всего, что заставляет меня честно признать, как изменились мои мысли, чувства и поведение. Если мне говорят об этом прямо, я обороняюсь и не слушаю того, что мне пытаются сказать другие. Наиболее распространённые признаки надвигающегося срыва:

◆ 3-1

Вера в то, что я никогда не сорвусь:

Я убеждаю себя в том, что мне не нужно тратить много энергии на программу выздоровления, потому что я никогда не сорвусь. Я не спешу говорить об этом людям, участвующим в моей программе выздоровления, поскольку знаю, что такой разговор будет мне неприятен. Я говорю себе, что это не их дело.

◆ 3-2

Сосредоточение на других, а не на себе:

Я сдвигаю фокус собственного внимания с себя и начинаю больше беспокоиться о выздоровлении других, чем о своём собственном. Я про себя даю оценки своим друзьям, супруге, другим выздоравливающим. Если только другие прямо не вынуждают меня, - я держу эти оценки при себе. Кроме того, я пытаюсь «переводить стрелки» и критикую их. В AA/AN это часто называют «работать по программе других людей».

◆ 3-3

Самозащита:

Я не хочу делиться с другими тем, что я думаю и делаю, так как боюсь, что меня будут критиковать или противоречить мне. Я чувствую испуг, сержусь и пытаюсь обороняться, когда мне задают вопросы или указывают мне такие стороны в моём выздоровлении, которые мне не хочется видеть. Я обороняюсь даже тогда, когда никакой обороны не требуется.

◆ 3-4

Компульсивное поведение:

Я начинаю прибегать к разным видам компульсивного поведения для того, чтобы отвлечься от чувства тревоги. Я заикливаюсь на старых, негибких, самопораженческих способах мышления и действия. Я пытаюсь контролировать разговор тем, что или слишком много говорю, или, наоборот, постоянно молчу. Я начинаю работать больше, чем мне нужно, и перегружаю себя разными видами деятельности. Окружающие считают меня образцом выздоровления, поскольку я активно участвую в группах самопомощи. Я склонен действовать, как врач, по отношению к другим, но неохотно говорю о своих

личных проблемах. Я избегаю простого, неформального общения с людьми, если не могу контролировать ситуацию.

◆ 3-5

Импульсивные действия

: Я начинаю сам создавать себе проблемы, плохо продумывая свои действия и импульсивно совершая необдуманные поступки. Обычно это происходит в стрессовых ситуациях. Иногда я чувствую себя плохо по своей вине, но ищу себе оправданий и обвиняю других людей в своих проблемах.

◆ 3-6

Одиночество

: Я начинаю проводить всё больше времени наедине с собой, потому что с другими мне неуютно. Обычно у меня находятся предлоги и причины для того, чтобы уйти от общения с людьми. Я начинаю чувствовать себя одиноким. Вместо того чтобы преодолевать одиночество, пытаюсь общаться с людьми, я со всё большей навязчивостью стараюсь делать все сам.

Фаза 4: Нарастание кризиса

У меня появляются непонятные мне трудности в выздоровлении. Даже если у меня есть желание решить эти проблемы, и я очень стараюсь сделать это, на месте каждой преодолённой трудности возникают новые проблемы, и не одна. Наиболее распространенные признаки надвигающегося срыва:

◆ 4-1

Туннельное видение:

Я начинаю думать, что моя жизнь состоит из отдельных, не связанных друг с другом частей. Я сосредоточиваюсь на одной маленькой части своей жизни и не вижу ничего другого. Иногда я вижу только хорошее и упускаю из виду или игнорирую плохое. Таким образом, я могу ошибочно полагать, что всё в моей жизни прекрасно, когда на самом деле это не так. Иногда же я обращаю внимание только на негативные стороны и непомерно их раздуваю. Это приводит меня к выводу, что мне ничего не удастся, даже если в моей жизни происходит много хорошего. Я не вижу «всей картины», не могу понять как, то, что я делаю в одной части своей жизни, может вызывать проблемы в других её частях. Я не знаю, откуда возникают проблемы.

◆ 4-2

Малая депрессия:

Я впадаю в депрессию, уныние, подавленное состояние духа, безразличие и апатию. Я становлюсь вялым, слишком много сплю, редко чувствую себя живущим полной жизнью, или просто хорошо. Иногда мне удается отвлечься от таких настроений, заняв себя другими вещами и не говоря о своей депрессии.

◆ 4-3

Плохое планирование

: Мне так плохо, что я не могу строить реалистических планов. Иногда я составляю грандиозные планы и пытаюсь сделать больше, чем могу. Иногда же начинаю недооценивать себя, планируя сделать слишком мало, поскольку не верю в себя. А временами я совсем ничего не планирую. Я отказываюсь думать о том, что буду делать дальше. Я воспринимаю лозунг «Живи сегодняшним днем» как рекомендацию ничего не планировать и не думать о том, что я буду делать дальше. Мои планы начинают больше основываться на желаниях, а не на реальности.

◆ 4-4

Планы начинают проваливаться:

Мои планы начинают проваливаться, и каждый провал порождает новые проблемы. Как правило, я слишком сильно реагирую на каждую проблему или пытаюсь справиться с ней неправильными методами, так что возникает новая, более серьёзная проблема. У меня появляются те же проблемы с работой, друзьями, семьей и деньгами, которые у меня были до начала выздоровления. Когда возникают эти проблемы, я чувствую вину и раскаяние. Я изо всех сил стараюсь решить их, но, кажется, всегда что-то идет не так и создаёт ещё более серьёзную проблему, которая может вызвать более глубокую депрессию.

Фаза 5: Иммобилизация

Во время этой фазы я чувствую себя попавшим в бесконечный поток неразрешимых проблем и готов сдаться. Кажется, что я не в состоянии сдвинуться с мёртвой точки и заставить себя делать то, что, как я знаю, мне необходимо делать. Наиболее распространенные признаки надвигающегося срыва:

◆ 5-1

Мечтания и несбыточные надежды:

Становится труднее сосредоточиться и разобраться в том, что происходит. У меня появляются фантазии о том, чтобы уйти «от всего этого» или чтобы «меня спасло» какое-нибудь невероятное событие. Я начинаю предаваться мечтам и желаю получить то, чего хочу, без каких-либо усилий с моей стороны. Я хочу, чтобы случилось что-нибудь волшебное и избавило меня от всего этого.

◆ 5-2

Ощущение безвыходности:

Я начинаю чувствовать себя неудачником, у которого никогда ничего не получится. Мои неудачи могут быть реальными или воображаемыми. Я преувеличиваю мелкие проблемы и непомерно раздуваю их, не замечая того, что у меня получается. Я начинаю верить, что «сделал всё, что мог, но выздоровление не наступает».

◆ 5-3

Неопределённое желание быть счастливым

: У меня присутствует туманное желание «быть счастливым» или «добиться успеха», но я не составляю никаких планов для того, чтобы это произошло. Я хочу быть счастливым, но у меня нет ни малейшего представления о том, что я могу сделать, чтобы стать счастливым. Я не желаю усердно трудиться или платить цену за то счастье, которого хочу. Я желаю, чтобы случилось чудо, которое избавит меня от проблем.

Фаза 6: Путаница в мыслях и сверхреагирование

В течение этой фазы мне трудно ясно мыслить и управлять своими мыслями, чувствами и действиями. Я становлюсь раздражительным и часто излишне реагирую на мелочи. Наиболее распространённые признаки надвигающегося срыва:

◆ 6-1

Проблемы с ясностью мышления:

Мне трудно ясно мыслить и решать простые проблемы повседневной жизни. Иногда ум лихорадочно работает, и я не могу отключить этот процесс, иногда же, кажется, мозг отключается, и всё вылетает из головы. Мои мысли блуждают. О чём-либо одном я могу думать не больше нескольких минут. Я запутываюсь, мне трудно понять взаимосвязь и взаимовлияние вещей и явлений. Мне также трудно решить, что нужно делать дальше в жизни и выздоровлении. В итоге я, как правило, принимаю плохие решения, которых я бы не принял, если бы не было этой путаницы в мыслях.

◆ 6-2

Трудно управлять чувствами и эмоциями

: Мне становится трудно управлять своими чувствами и эмоциями. Иногда я слишком остро реагирую на некоторые события и слишком близко принимаю всё к сердцу. Иногда же наступает бесчувственность, я не могу дать себе отчёт о своих чувствах. Время от времени, казалось бы, без всяких на то причин, я чувствую себя как-то странно, испытываю «бредовые» чувства. Я задаю себе вопрос, не схожу ли я с ума. У меня происходят сильные колебания настроений - время от времени меня охватывает депрессия, тревога, испуг. В результате я не верю своим чувствам и эмоциям и часто пытаюсь игнорировать их, подавлять или забывать о них. Из-за колебаний в настроениях у меня начинают появляться новые проблемы.

◆ 6-3

Трудности с запоминанием:

Иногда мне бывает трудно что-нибудь запомнить, освоить новую информацию или навыки. Кажется, то, что я хочу запомнить, немедленно испаряется из памяти. Кроме того, мне трудно вспомнить основные события своего детства, юности или взрослого периода жизни. Иногда я ясно всё помню, иногда те же самые события мне не припомнить. Кажется, мне закрыт доступ к этим воспоминаниям, мне их не вытащить, я от них отрезан. Иногда неспособность запоминать приводит к принятию неправильных решений, которых я бы не принял, если бы память работала нормально.

◆ 6-4

Периоды замешательства

: Все чаще я чувствую замешательство. Оно становится всё сильнее и продолжительнее. Я не могу с точностью сказать, что правильно, а что нет. Я не знаю, что предпринять для решения своих проблем - все мои попытки решить их, кажется, лишь усугубляют проблемы. Я злюсь на самого себя, т.к. не могу решить проблем и только ещё больше всё порчу.

◆ 6-5

Трудно управлять стрессом:

Мне становится труднее справляться со стрессами. Иногда я чувствую оцепенение и не могу распознать мелкие признаки обычных стрессов. Иногда же мной без причины овладевает сильный стресс. Чем бы я ни занимался, под воздействием стресса я не могу расслабиться. Способы, которыми расслабляются другие люди, у меня либо не работают, либо лишь обостряют стресс. Кажется, что я испытываю такое напряжение, что теряю контроль. Стресс становится настолько сильным, что я не могу справиться с обычными делами. Я начинаю бояться физической или эмоциональной катастрофы.

◆ 6-6

Раздражение на близких:

Мои отношения с друзьями, близкими, консультантами и другими выздоравливающими становятся натянутыми. Иногда я ощущаю угрозу себе, когда другие говорят об изменениях, замеченных ими в моём поведении и настроениях. Временами же мне абсолютно всё равно, что они скажут. Споры и конфликты становятся всё острее, несмотря на мои усилия решить их. У меня появляется чувство вины.

◆ 6-7

Легко выхожу из себя:

Я становлюсь раздражительным, чувствую разочарование. Я без причины теряю самообладание, а потом испытываю чувство вины. Я часто излишне реагирую на мелочи, которые в принципе не должны были бы меня волновать. Я начинаю избегать людей, поскольку боюсь выйти из себя и устроить сцену. Попытки держать себя в руках лишь усиливают стресс и напряжение.

Фаза 7: Депрессия

Во время этой фазы у меня наступает настолько сильная депрессия, что я не способен справляться с обычными делами. Иногда я не понимаю, зачем живу, появляются мысли о самоубийстве или возвращении к употреблению или другому старому образу жизни как способу избавиться от депрессии. Депрессия настолько сильна, что я не могу скрыть её от окружающих. Наиболее распространённые признаки надвигающегося срыва:

◆ 7-1

Нерегулярное питание:

Я либо начинаю переедать, либо теряю аппетит и ем очень мало. В результате я набираю вес или худею. Я могу отказаться от еды, перестаю есть регулярно, в одно и то же время. Полноценная сбалансированная диета сменяется «перекусыванием».

◆ 7-2

Отсутствие желания действовать:

Я не могу ничего начать, не могу довести дело до конца. В такие моменты я не способен сосредоточиться; чувствую тревогу, страх, беспокойство. Мне часто кажется, что я зашел в тупик, что у меня нет выхода.

◆ 7-3

Неспокойный сон:

Я не могу полноценно спать. Мне трудно заснуть. Когда же это удастся, я вижу странные или тревожные сны, часто просыпаюсь, мне трудно снова заснуть, мой сон прерывист и редко бывает глубоким и расслабляющим. После ночи сна я просыпаюсь усталым. Я путаю день с ночью. Иногда я очень поздно засыпаю из-за бессонницы, потом долго сплю днём, т.к. утром чувствую такую усталость, что не могу встать. Временами я чувствую себя настолько изнурённым, что сплю подолгу – иногда целыми сутками.

◆ 7-4

Разрушение распорядка дня

: У меня полностью расстраивается режим дня. Я перестаю вставать и ложиться в одно и то же время. Я начинаю пропускать завтраки, обеды и ужины, ем, когда придётся. Мне трудно приходить на деловые встречи в назначенное время и планировать неофициальные встречи. Время от времени я чувствую, что завален работой, перегружен, а потом мне вдруг нечего делать. Мне трудно выполнять планы и решения, я испытываю напряженность, неверие в свои силы, страх и тревожность, которые не дают мне делать то, что нужно.

◆ 7-5

Периоды глубокой депрессии

: Депрессия наступает всё чаще. Приступы её обостряются, длятся дольше, мешают жить. Депрессия настолько сильна, что её замечают другие и мне нелегко её отрицать. Депрессия ощущается сильнее во время незапланированных и неструктурированных промежутков времени. Усталость, голод и одиночество усугубляют её. Под воздействием депрессии, я ухожу в изоляцию, становлюсь раздражительным, злюсь на окружающих и часто жалуясь, что никому до меня нет дела, и никто не понимает моих проблем.

Фаза 8: Потеря контроля над поведением

В течение этой фазы я не контролирую свои мысли, чувства, поведение. Я не могу продуктивно следовать плану на день. По-прежнему, я отрицаю, что неправильно веду себя, не признаю потери контроля, несмотря на окружающий меня хаос и серьёзные проблемы. Наиболее характерные признаки надвигающегося срыва:

◆ 8-1

Нер

е

гулярное участие во встречах АА и терапевтических групп.

Я начинаю искать оправдания, чтобы пропускать встречи АА и терапевтических групп. Перестаю признавать значимость АА и лечения в целом. У меня развивается отношение типа: «Если АА и консультирование не помогают мне, то зачем придавать этому столько значения?» Есть другие, гораздо более важные вещи.

◆ 8-2

Установка «Мне всё равно».

Я пытаюсь поступать так, как будто мне безразличны возникающие проблемы, чтобы скрыть чувства беспомощности, потерю самоуважения и уверенности в себе.

◆ 8-3

Открытый отказ от помощи.

Я избегаю людей, способных мне помочь. Я отталкиваю окружающих тем, что злюсь на них, критикую, унижаю или просто тихо отдаляюсь от них.

◆ 8-4

Неудовлетворённость жизнью

. Кажется, всё так плохо, что я начинаю думать о возврате к употреблению алкоголя или наркотиков потому, что хуже уже не будет. Жизнь кажется неуправляемой, несмотря на неупотребление.

◆ 8-5

Ощущение бессилия и беспомощности.

Мне трудно что-нибудь начать. Я не могу ясно мыслить, не могу сосредоточиться. Я начинаю думать, что не способен ничего сделать, как следует и, что выхода нет.

Фаза 9: Признание потери контроля

В этой фазе моё отрицание ломается, и я внезапно осознаю всю серьёзность своего положения, насколько неуправляемой стала жизнь и как мало у меня сил и способности к контролю, чтобы что-то решить. Это осознание очень болезненно и пугающе. К этому времени я настолько изолирован от окружающих, что, похоже, рядом никого не осталось, кто мог бы помочь. Наиболее характерные признаки надвигающегося срыва:

◆ 9-1

Трудности с физической координацией и несчастные случаи.

У меня появляются трудности с физической координацией – головокружения, плохое равновесие, несоответствия движений рук направлению взгляда, замедленная реакция. Я чувствую, что неуклюж и подвержен разным неприятным случайностям.

◆ 9-2

Жалость к себе.

Я чувствую себя несчастным и использую жалость к себе как средство привлечения внимания в АА и членов семьи. Мне стыдно, я чувствую, что безумен, эмоционально неустойчив и неполноценен. Я не верю, что когда-нибудь снова буду чувствовать себя нормальным человеком. Также, я чувствую вину, так как знаю, что всё делаю неправильно и полноценно не работаю над своим выздоровлением. Стыд и вина приводят к тому, что я прячу от окружающих признаки приближающегося срыва, перестаю быть искренним по поводу чувств, которые испытываю. Чем глубже я прячу эти признаки, тем сильнее они

становятся. Я пытаюсь со всем этим справиться, но понимаю, что не могу. В результате я начинаю верить, что безнадежен и жалею себя.

◆ 9-3

Мысли о социально приемлемом употреблении

. Я начинаю думать, что употребление поможет мне начать чувствовать себя лучше. Я начинаю надеяться, что сумею всего на один день вернуться к употреблению алкоголя и наркотиков. Я верю, что в этот раз сумею контролировать ситуацию. Иногда я способен гнать эти мысли прочь, но ещё чаще они сильны настолько, что я не в силах остановиться. Я чувствую, что если не употреблю, то сойду с ума или покончу с собой. Употребление алкоголя или наркотиков действительно выглядит здоровой и разумной альтернативой.

◆ 9-4

Сознательная ложь.

Я знаю, что вру, использую отрицание и занимаюсь оправдыванием своего поведения, но не могу остановиться. Я теряю контроль и регулярно делаю вещи, разрушающие мою систему ценностей. Кажется, я неспособен остановиться и контролировать своё поведение.

◆ 9-5

Полная потеря уверенности в себе.

Я чувствую себя попавшим в ловушку, загнанным в тупик, так как не могу ясно мыслить или делать то, что, как я знаю, необходимо для решения моих проблем. Я чувствую себя беспомощным и безнадежным. Я начинаю считать себя никчёмным, ни на что не способным человеком, у которого никогда ничего не получится в жизни.

Фаза 10: Уменьшение выбора.

На этой стадии я чувствую боль и неспособность справляться с жизнью. Мне кажется, что в моём случае есть только три выхода – сойти с ума, покончить с жизнью или лечить боль при помощи употребления алкоголя или наркотиков. Я больше не верю, что кто-нибудь, или что-нибудь сможет мне помочь. Наиболее характерные признаки надвигающегося срыва:

◆ 10-1

Беспричинное сопротивление.

Я злюсь из-за своей неспособности вести себя так, как мне хотелось бы. Иногда мой гнев направлен на мир вообще, иногда на кого-то или что-то конкретное, а иногда на себя самого.

◆ 10-2

Разрыв с АА и прекращение лечения.

Я прекращаю участвовать во встречах АА. Если мне назначен приём локаторов, я могу забыть, что надо их принять, или же специально избегаю их приёма. Если спонсор или иной человек являются частью лечения, напряжение между нами усиливается настолько,

что отношения прекращаются. Я прекращаю профессиональное консультирование, несмотря на то, что понимаю, что нуждаюсь в помощи.

◆ 10-3

Крайнее одиночество, неверие в свои силы, злость и

напряженность:

Я чувствую себя полностью разбитым. Я верю, что другого пути, кроме сумасшествия, самоубийства или возврата к употреблению нет. Я чувствую беспомощность, безнадежность и, кажется, схожу с ума.

◆ 10-4

Потеря контроля над поведением.

Мне всё труднее и труднее контролировать свои чувства, мысли, суждения и поведение. Эта прогрессирующая и лишаящая сил потеря контроля начинает вызывать проблемы во всех областях моей жизни, включая физическое здоровье. Неважно, насколько интенсивно я пытаюсь сохранять контроль, у меня ничего не выходит.

Фаза 11: Употребление алкоголя и наркотиков

Во время этой фазы я возвращаюсь к употреблению алкоголя и наркотиков, пытаюсь контролировать употребление, теряю контроль, и осознаю, что зависимость снова разрушает мою жизнь.

◆ 11-1

Попытки контролировать употребление.

Я убеждаю себя в том, что у меня нет выбора, но употребление алкоголя и наркотиков каким-то образом улучшит моё состояние или позволит на какое-то время уйти от проблем. Я планирую только контролируемое, социально приемлемое употребление на короткое время. Если я буду употреблять, то только в компании и недолго. Я начинаю регулярно, понемногу употреблять. Я уверен, что это лишь на короткое время и всё под контролем.

◆ 11-2

Разочарование, стыд и вина.

Я чувствую разочарование, так как алкоголь и наркотики не дают мне того, чего я ждал. Я испытываю вину из-за того, что снова начал употреблять. Мне стыдно, потому, что я - дефективная и ущербная личность, а мой срыв лишь доказывает это.

◆ 11-3

Потеря контроля.

Употребление алкоголя и наркотиков вырывается из-под контроля. Иногда это происходит медленно, иногда – практически мгновенно. Я начинаю употреблять столько же и так же, как и раньше.

◆ 11-4

Проблемы со здоровьем и с жизнью.

У меня развиваются серьёзные проблемы с жизнью и со здоровьем. Семья, работа, взаимоотношения с друзьями серьёзно повреждены. Страдает физическое здоровье, и мне становится так плохо, что я вновь нуждаюсь в профессиональном лечении.

СИНДРОМ СРЫВА

Внутренняя Дисфункция

- Ухудшение мышления
- Эмоциональное ухудшение
- Проблемы с памятью
- Высокое напряжение
- Проблемы со сном
- Проблемы с координацией

Внешняя дисфункция

- Возвращение отрицания
- Избежание и защита
- Усиление кризиса
- Приостановка
- Замешательство и
сверхреагирование

Потеря Контроля

- Депрессия
- Потеря контроля над поведе-
нием
- Осознание потери контроля
- Сужение выбора

-

Эпизод срыва

Глава VIII

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СРЫВА.

Большинство срывов при зависимости не неизбежны. Многие алкоголики срываются, потому что не понимают ни самого процесса развития срыва, ни того, что надо делать для его предотвращения. Правильные действия с Вашей стороны и со стороны людей в Вашей жизни помогут предотвратить или прервать синдром срыва до того, как последствия примут трагический оборот. Планирование предотвращения срыва минимизирует его разрушительный потенциал. Планирование предотвращения срыва может дать Вам чувство безопасности. Вы будете твердо знать, что делаете всё необходимое, чтобы избежать срыва. Вы сумеете распознать ранние признаки, предупреждающие о срыве, и разработать план для прерывания синдрома срыва, если он возникнет. Планирование предотвращения срыва должно стать необходимой частью Вашей программы выздоровления.

Планирование предотвращения срыва минимизирует его деструктивный потенциал.

Шаги планирования предотвращения срыва включают:

- 1. Стабилизацию:** контролируйте себя
- 2. Самооценку:** осознавайте, что происходит у Вас в голове, в сердце и в жизни.
- 3. Знания о срыве:** узнайте больше о срыве и что нужно делать, чтобы предотвратить его.
- 4. Предупреждающие признаки:** составьте список своих собственных признаков, предупреждающих о срыве.
- 5. Управление предупреждающими признаками:** учитесь прерывать развитие предупреждающих признаков до того, как потеряете контроль над собой.
- 6. Инвентаризацию:** учитесь опознавать предупреждающие сигналы во время их проявления.

7. Обзор программы выздоровления: удостоверьтесь, что Ваша программа выздоровления способна помочь Вам справиться с предупреждающими о срыве сигналами.

8. Участие близких: учите остальных, как взаимодействовать с Вами, чтобы избежать срыва.

9. Отслеживание и закрепление результата: регулярно обновляйте план предотвращения срыва.

1.

СТАБИЛИЗАЦИЯ

-

Я должен вернуться к самоконтролю и ответственному поведению.

1.

Стабилизация:

До того, как начать планирование предотвращения срыва, Вы должны начать контролировать себя. Стабилизация означает процесс возврата контроля над своими мыслями, эмоциями, памятью, суждениями и поведением после срыва. Срыв - это время кризиса для Вас и Вашей семьи. Срыв нарушил ход Вашей жизни. В это время нормально чувствовать себя испуганным, злым, разочарованным и виноватым. Вам нужна помощь. И Вы должны повернуться к людям, которым можно доверять, на кого можно положиться, и кто сможет совершить необходимые действия, чтобы вернуть Вам трезвый образ жизни. Если Вы не в состоянии сохранять твёрдый контроль над своими мыслями, эмоциями и поведением, то следует встретиться с консультантом или обратиться в реабилитационный центр. Для стабилизации Вам может понадобиться профессиональная помощь.

2. ОЦЕНКА - С помощью других я должен выяснить, что является причиной срывов.

2.

оценка:

Второй шаг в планировании предотвращения срыва - это выяснение его причин. Это можно сделать, вспомнив как историю употребления, так и специфические предупреждающие знаки и симптомы, возникавшие во время каждого периода попыток вести трезвый образ жизни. Эта информация даёт ценные идеи насчёт того, что шло не так и что может быть изменено, чтобы увеличить шансы начать жить не употребляя. Помните, что Ваш лучший учитель – это Ваше прошлое. Если Вы не будете учиться на собственных ошибках, то Вам суждено повторить их.

3. ОБРАЗОВАНИЕ - Я должен узнать как можно больше о процессе срыва и о том, как предотвратить его.

3.

Изучение:

Чтобы предотвратить процесс срыва, Вы должны понимать его. Чем большей информацией Вы владеете о зависимости, выздоровлении и срыве, тем большими средствами обладаете для выздоровления. Вам следует понимать признаки постабстинентного синдрома: - что приводит Вас к высокому риску их развития; что может их запускать; и чего стоит остановить их или справиться с ними. Вы должны быть хорошо знакомы с признаками, предупреждающими о срыве и быть способными приводить примеры собственными словами, чтобы удостовериться, что понимаете суть. Вы уже начали процесс обучения, начав читать эту книгу. Но читать в одиночестве недостаточно. Концепция, представленная в этой книге, должна быть закреплена и обсуждена с другими людьми. Подготовленный для работы с зависимыми консультант, должен помогать Вам закреплять и применять этот материал. Если это невозможно, это должен делать Ваш спонсор из АА или иной человек, читавший эту книгу, и не употребляющий алкоголь и наркотики. Помните, что Вы не завершите своего обучения до тех пор, пока не сможете честно и открыто применять информацию, которую узнали, к собственной жизни. Зависимость - это болезнь отрицания. Без вовлечения других в процесс предотвращения срыва, отрицание может увести Вас далеко в сторону от понимания того, что происходит с Вами на самом деле.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ПРИЗНАКОВ —

Я должен определить те признаки, предупреждающие о срыве, которые будут служить мне информацией о том, что у меня проблемы с сохранением трезвости.

4.

Идентификация признаков, предупреждающих о срыве:

каждый человек имеет уникальный список предупреждающих сигналов, определяющих начало процесса срыва. Это сигналы, которые Вы посылаете самому себе и другим о возможности возврата к употреблению или о наличии признаков, предупреждающих о грозящем развитии срыва. Проблемами могут стать как внешние, так и внутренние факторы. Признаками срыва могут стать проблемы со здоровьем, эмоциональные проблемы, проблемы с памятью, суждениями или несоответствующее общепринятым правилам поведение.

Необходимо составить список личных предупреждающих признаков, указывающих на грозящую Вам опасность. Он должен быть составлен на основе опыта прошлых срывов. Выберете из списка примерно пять применимых к Вам. Назовите их своими словами и придумайте каждому своё описание, отражающее Ваш собственный опыт непосредственно с этим предупреждающим сигналом. Вам следует создать чёткий и ясный

список индикаторов, отрывающих Вас от продуктивной и комфортной жизни и толкающих к срыву.

5.

УПРАВЛЕНИЕ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМИ СИГНАЛАМИ — У меня должен быть конкретный план, чтобы предотвратить и остановить развитие предупреждающих признаков.

5.

Как справляться с предупреждающими сигналами:

по идее, каждый предупреждающий о срыве признак, это проблема, которую нужно предотвратить или решить. Если Вы хотите избежать проблем, то, в таком случае, стоит пересмотреть каждый признак, задавая себе вопрос: «Как мне избежать появления этой проблемы?»

Вы должны помнить, что зависимость - это болезнь с тенденцией к срыву. Это значит, что каждый выздоравливающий человек имеет склонность испытывать признаки срыва, способные снова привести его к употреблению алкоголя или наркотиков. Как только Вы поймёте и примете этот факт, у Вас появится возможность спланировать встречу с неизбежным будущим. И проблемы, и признаки срыва у Вас будут. Если Вы хотите избежать их развития, - Вам нужно будет рассмотреть каждый случай, имевший место в прошлом, и выработать план как с ним справляться в случае, если подобная угроза срыва возникнет снова.

Естественно, Вам придётся усвоить новые способы реагирования на сигналы, предупреждающие о срыве. Определите, что надо будет сделать, если возникнет конкретный признак срыва. Как развитие срыва может быть прервано в этом случае? Какие позитивные действия можно будет предпринять, чтобы удалить этот признак срыва? Составьте перечень из нескольких вариантов и возможностей ликвидации проблемы из своей жизни.

Перечень вариантов предоставляет больше шансов выбрать лучшее решение и возможность определить новую тактику, если первый вариант не сработает. Выберите наиболее разумное решение, дающее

возможность прервать процесс срыва. Это будет Вашей новой реакцией, на возникший конкретный предупреждающий признак.

Практикуйте каждую новую реакцию, пока она не станет привычкой. Если Вы можете реагировать по-новому в моменты высокого стресса, - тренируйтесь при меньшем стрессе. Практикуйтесь и практикуйтесь, пока реакция не станет привычкой. Если Ваша новая реакция не срабатывает, - придумайте новый более эффективный план.

Вы не можете позволить себе роскошь пропустить выработку плана прерывания признаков срыва, если они возникнут. Если у Вас нет такого плана, - Вы не сможете их прервать.

6.

ЕЖЕДНЕВНАЯ ИНВЕНТАРИЗАЦИЯ — Мне нужно проверять себя дважды в день, чтобы иметь возможность замечать первые признаки появляющихся проблем и исправлять их прежде, чем, они выйдут из-под контроля.

6. Самоконтроль: любая успешная программа выздоровления включает в себя ежедневную инвентаризацию. Десятый шаг АА напоминает нам, что мы должны продолжать проводить самопроверку, а если выяснится, что мы были неправы, - немедленно признавать это. Ежедневная инвентаризация поможет Вам определить предупреждающие признаки до того, как начнёт работу отрицание. Любой предупреждающий сигнал серьёзен, так как именно он может стать первым шагом к выпивке, физическому или эмоциональному срыву. При отсутствии ежедневной самопроверки Вы, скорее всего, проигнорируете ранние сигналы и будете не в силах прервать синдром срыва, когда он станет более чем явным. Для плана предотвращения срыва, Вам следует создать особую систему самоконтроля, которая фиксировала бы возможные признаки срыва. Попробуйте включить эту систему в свой ежедневный план. У Вас теперь есть список собственных

предупреждающих признаков. Как Вы сможете определить, что один из них активизировался?

Чтобы самопроверка стала привычкой, мы рекомендуем Вам установить два ритуала в день. Первый должен иметь место утром. Выделяйте ежедневно от пяти до десяти минут в день для чтения ежедневника и тезисного определения планов на день. Спросите себя, готовы ли Вы к этому дню, что сможете сделать, для его облегчения эмоционально и физически, чтобы встретить трудности дня и поддерживать у себя комфортное ощущение реальности.

Второй ритуал самопроверки должен быть проведён вечером. Подведите итоги дня, подумайте, что Вы выдержали, и что может быть улучшено. Какие внутренние ресурсы применялись для прохождения трудностей? Как Вы можете подкрепить самого себя, тем самым, усилившись? Какие слабости стали очевидны, и как можно скорректировать эти изъяны, добиваясь большего в этой области?

Внимательно пересмотрите список личных предупреждающих о срыве сигналов. Присутствует ли в данный момент какой-нибудь из них в Вашей жизни? Если да то, что можно сделать, чтобы это исправить? Существуют ли ещё какие-нибудь признаки, которые могли бы быть добавлены к этому списку?

Вам может помочь привычка вести ежедневный дневник выздоровления, чтобы вовремя засечь предупреждающий симптом. Он поможет Вам увидеть, что Вы делаете успехи по части выздоровления. В конце концов, это прогресс, к которому мы стремимся, а не недостижимое совершенство. Однако, просто знание признаков своего срыва не всегда сможет Вам помочь. Помните, что признаки срыва часто могут развиваться подсознательно. И Вы не будете знать, что с Вами происходит. Самоконтроль - это способ ежедневного сознательного отслеживания своего состояния. При совершении самопроверки дважды в день, возрастают шансы осознать появление предупреждающих признаков на ранней стадии, а также возможность остановить их до того, как Вы потеряете контроль над собой.

7.

ОБЗОР ПРОГРАММЫ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ - я должен пересмотреть свою программу выздоровления, чтобы убедиться, что она поможет мне справляться с предупреждающими о срыве признаками.

7.

Закрепление программы выздоровления:

выздоровление и срыв - это две оборотные стороны одной монеты. Если Вы не находитесь в процессе выздоровления, значит, Вы под угрозой срыва. Хорошая программа выздоровления обязательно включает в себя предотвращение срыва. Ваша предыдущая программа выздоровления работала? Как она может быть улучшена? Вы должны научиться решать свою задачу изо дня в день. Вы признаёте свою зависимость? Вы справляетесь с её симптомами? Внимательны ли Вы к потребностям своего здоровья? Разработайте себе новую программу выздоровления, основанную на том, что помогало, а что нет - оставьте в прошлом. Вы должны удостовериться, что для каждой проблемы, признака или предупреждающего сигнала в Вашей программе есть что-то, что поможет с ними справиться.

8. ВОВЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ

-

Я должен просить других помочь мне оставаться трезвым, рассказав им о моих предупреждающих признаках, и прося об обратной связи, если они заметят развитие каких-либо симптомов.

8.

Участие значимых людей:

Вы не можете выздоравливать, находясь в изоляции. Полное выздоровление включает помощь и поддержку разных людей. Они нужны Вам для успешного выполнения плана предотвращения срыва. Процесс срыва часто полностью бессознателен. Несмотря на ежедневный самоконтроль, Вы, всё же, можете не заметить того, что происходит. Поэтому важно вовлечь в Ваш план предотвращения срыва других людей. Члены семьи, коллеги, товарищи по АА могут быть весьма полезны в опознании предупреждающих сигналов, пока ещё возможно с ними что-то сделать.

Чтобы остальные смогли помочь Вам, они должны иметь представление о Ваших предупреждающих сигналах и достаточно желать помогать Вам, чтобы вовремя о них сообщить. Вы должны регулярно общаться с этими людьми, чтобы они могли заметить, когда

что-либо пойдёт не так. Вы, в свою очередь, должны слушать и делать то, что они скажут.

Выберите значимых для Вас людей, которые будут задействованы в предотвращении срыва. Это могут быть члены Вашей семьи, поддерживающий коллега, близкие друзья, спонсор или доверенные лица из АА.

Составьте список всех людей, с которыми Вы ежедневно контактируете. Выберите из списка тех, кто, по Вашему мнению, сможет Вам помочь в сохранении трезвого образа жизни и избежать срыва. Эти люди сформируют Вашу систему вмешательства в процесс развития срыва. Вспомните, как каждый из этих людей взаимодействовал с Вами в прошлом, когда у Вас проявлялись признаки срыва. Тогда это помогло сохранить трезвость? Что бы они могли ещё сделать, чтобы помочь выздоровлению? Теперь определите, что бы Вы хотели, чтобы сделал каждый из них в следующий раз при проявлении симптомов срыва.

Соберите всех этих людей. Объясните им свой список предупреждающих знаков и заключите договор с каждым поддерживающим человеком на тему, что он или она будут делать при проявлении у Вас симптомов срыва, и что они будут делать, если Вы начнёте употреблять. Что Вы хотите, чтобы они сделали, и что они собираются предпринять, если отрицание активируется настолько, что Вы перестанете понимать, что существует проблема?

Вы и Ваша команда вмешательства должны прорепетировать или разыграть ситуацию, при которой Вам плохо. Разыграйте сцену, когда Вы проявляете предупреждающие признаки, но отрицаете их наличие. Позвольте им прорепетировать, что они будут делать, чтобы помочь Вам прервать синдром срыва.

Позвольте Вашей команде вмешательства принимать участие в Вашем выздоровлении. Вдохновите их на поддержку Вашей программы выздоровления и отказ от поддержания признаков срыва. Также запомните, что члены Вашей семьи тоже выздоравливают. Вы должны

осознать их потребности и дать обязательство помогать им в их собственной программе выздоровления.

9. ВЫПОЛНЕНИЕ И ПОДКРЕПЛЕНИЕ - я должен пересматривать свой план предотвращения срыва через одинаковые промежутки времени по мере личностного роста и изменений в ходе выздоровления.

9.

Отслеживание и закрепление результата:

зависимость не уйдёт никогда. Это хроническое заболевание на всю жизнь. Выздоровление от зависимости - это образ жизни. Так как планирование предотвращения срыва - часть выздоровления, - оно также должно стать образом жизни.

Планирование предотвращения срыва должно проявляться в каждом аспекте выздоровления Ваш план по предотвращению срыва должен быть совместим с Программой АА и другими поддерживающими группами, которыми Вы пользуетесь для сохранения трезвого образа жизни. Он также должен быть совместим с программой выздоровления Вашей семьи.

Предотвращение срыва должно тренироваться, пока не станет привычкой. Мы все рабы наших привычек. Единственная свобода, которую мы можем обрести, - это аккуратно выбирать привычки, рабами которых готовы стать. Особенно верно то, что для выздоравливающего человека свобода кроется в структуре. Только в привычке и структуре программы сохранения трезвого образа жизни Вы можете обрести свободу от рабства зависимости.

Вы должны быть полны желания повторять и обновлять свой план предотвращения срыва с постоянной частотой и распознавать новые проблемы, грозящие разрушением трезвого образа жизни. Планирование предотвращения срыва - это процесс, который должен стать неотъемлемой частью Вашего выздоровления. Вашем выигрышем станет свобода, возможность наслаждаться комфортным состоянием, будучи трезвыми, уверенность, что Вы понимаете процесс срыва, что

сможете распознать свои собственные предупреждающие о срыве признаки, и что у Вас есть план действий для прерывания этих симптомов по мере их проявления.

Глава IX

СИНДРОМ СРЫВА И СЕМЬЯ

Как правило, зависимый обычно является первым из членов своей семьи, обратившимся за помощью. Другие члены семьи соответственно пытаются оказать помощь алкоголику в обретении трезвости. Многие из них отказываются осознать тот факт, что у них самих тоже имеется проблема, требующая специального лечения. Обычно такие люди отрицают свою роль в семье, поражённой зависимостью, сваливая и личные проблемы, и проблемы семьи на алкоголика или наркомана, выступающего в роли «козла отпущения». У них формируются далёкие от реальности ожидания того, насколько улучшится семейная жизнь, когда алкоголик бросит пить. Когда же эти ожидания не оправдываются, члены семьи начинают обвинять в неудачах зависимого, даже если тот успешно работает над своей программой выздоровления. Их отношение и поведение могут стать факторами, осложняющими выздоровление зависимого члена семьи и даже способствовать срыву.

Члены семьи могут оказать большую помощь в предотвращении срыва у зависимого (81). В Плановом предотвращении срыва (ППС) применяется мотивация семьи к тому, чтобы алкоголик не пил. По мере того, как члены семьи вовлекаются в планирование предотвращения срыва, всё большее внимание уделяется вопросу созависимости и её роли в семейном срыве. Членам семьи оказывается помощь в её осознании и в том, чтобы начать активно заниматься своим собственным выздоровлением. Зависимость рассматривается как семейная болезнь, затрагивающая всех членов семьи, поэтому им и требуется терапия. Зависимому нужна терапия зависимости. Остальным членам семьи нужна терапия созависимости.

Термин «созависимость» иногда употребляется лишь применительно к супруге или супругу зависимого, а остальных членов семьи называют иначе. Мы же применяем понятие «созависимый» в отношении ЛЮ-БОГО ЧЕЛОВЕКА, ЧЬЯ ЖИЗНЬ СТАЛА НЕУПРАВЛЯЕМОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СОВМЕСТНОЙ ЖИЗНИ С ЗА-ВИСИМЫМ ЧЕЛОВЕКОМ.

Созависимость – это поддающийся определению хронический и развивающийся предсказуемым образом синдром (набор признаков – прим. перев.). Когда люди, поддерживающие близкие отношения с зависимым человеком, пытаются контролировать употребление им алкоголя, наркотиков, или его зависимое поведение (перед которым они бессильны), они теряют контроль над своим собственным поведением (перед которым они не бессильны), и их жизнь становится неуправляемой.

Пытаясь обрести контроль над тем, перед

чем ты бессилён, ты теряешь контроль над тем, управлять чем тебе по силам.

В результате попыток приспособиться к изматывающим последствиям стресса от жизни с зависимым и компенсировать их, у человека, страдающего созависимостью, развиваются её признаки физического, психологического и социального характера. По мере развития созависимости её признаки, вызванные стрессом, также становятся привычными. Кроме того, эти состояния приобретают свойство взаимоусиления: наличие одного признака созависимости автоматически вызывает другие её признаки. В конечном итоге, созависимость становится самостоятельной проблемой, отдельной от первоначально породившей её зависимости. Признаки созависимости продолжают присутствовать даже тогда, когда алкоголик бросает пить или начинает посещать АА, или когда созависимый разрывает отношения.

Состояние созависимости проявляется в трёх стадиях развития:

Ранняя стадия: нормальные попытки решения проблем и налаживания ситуации

Нормальная реакция любой семьи на боль, кризис и дисфункциональное поведение одного из её членов заключается в том, чтобы уменьшить боль, ослабить кризис и помочь больному так, чтобы можно было сохранить семью. Когда речь идёт о зависимости, такие попытки не помогают, т.к. эти меры не позволяют зависимому испытать болезненный, но полезный ему опыт, приводящий к осознанию того, что его зависимость приводит к проблемам. На этой стадии созависимость – это просто реакция на признаки болезни зависимости. Нормальный отклик на ненормальную ситуацию.

Средняя стадия: привычные самопораженческие реакции

Если реакции на стресс и кризис, предписанные культурой, не приносят облегчения страданий, вызываемых зависимостью в семье, члены семьи начинают ПЫТАТЬСЯ СИЛЬНЕЕ. Они прибегают к прежним средствам, но чаще, с большей интенсивностью и всё более отчаянно. Они пытаются оказывать ещё большую поддержку, больше помогать, больше защищать. Они перекалывают на себя ответственность зависимого человека, не отдавая себе отчёта в том, что из-за этого зависимый становится лишь ещё более безответственным.

Ситуация несколько не улучшается, а, наоборот, ухудшается, и сознание неудачи лишь усиливает реакцию. У членов семьи появляется неверие в свои силы, разочарование, тревога, чувство вины. Они всё больше обвиняют самих себя, у них снижается самооценка, их поведение становится самопораженческим. Они уходят в изоляцию. Полностью сосредотачиваются на поведении больного члена семьи и своих попытках проконтролировать его. У них остаётся мало времени на то, чтобы сконцентрироваться на чём-либо другом. В результате они теряют контакт с нормальным миром за пределами своей семьи.

Хроническая стадия: крах семьи и усугубление стресса

Постоянное, привычное реагирование на зависимость в семье приводит к развитию специфичных способов повторяющегося, вращающегося по кругу самопораженческого поведения. Эти способы поведения становятся автономными, самоусиливающимися и продолжают присутствовать даже в том случае, когда исчезают симптомы первоначальной зависимости.

Искренние усилия, предпринятые членами семьи для того, чтобы помочь, провалились. Порождённое этим отчаяние и чувство вины приводят к смятению, хаосу и неспособности прекратить дисфункциональное поведение, несмотря на понимание того, что их попытки безрезультатны. **ТЕРЯЕТСЯ КОНТРОЛЬ** над мыслями и поведением созависимого, и новое состояние мыслей и поведения теперь продолжает существовать независимо от первоначальной зависимости одного из членов семьи.

Деградация созависимого является биопсихосоциальным процессом. Неэффективные попытки проконтролировать употребление алкоголя алкоголиком и его поведение доводят хронический стресс до уровня, на котором развиваются связанные с ним физические заболевания: сильные головные боли, язвы, повышенное кровяное давление. Этот хронический стресс может привести к нервному срыву и другим эмоциональным расстройствам. Само неуправляемое поведение представляет собой образ жизни, образованный вокруг зависимости, захватившей все сферы жизнедеятельности, даже те, которые кажутся не связанными с зависимостью. Социальная деградация усиливается по мере того, как сосредоточенность на зависимости начинает мешать поддержанию отношений и социальной активности. К духовной деградации приводит полная концентрация на проблеме, не оставляющая места для интереса к чему-либо не относящемуся к ней, особенно потребностям, связанным с высшим смыслом жизни.

Выздоровление от созависимости происходит, когда человек учится принимать симптомы зависимости и отстраняться от них. Это означает приобретение навыков управления симптомами созависимости. Это означает, что человек учится сосредотачиваться на собственных потребностях и личностном росте, учится уважать и любить себя. Человек учится

выбирать

правильный способ поведения. Он учится управлять своей собственной жизнью.

Поскольку созависимость представляет собой хроническое состояние, она, как и зависимость, может иметь рецидивы. Однако состояние срыва у созависимого бывает труднее определить. Без постоянной работы над программой выздоровления и без должной заботы о себе старые чувства и способы поведения, находящиеся, казалось бы, под контролем, могут снова всплыть на поверхность и выйти из-под контроля. Жизнь снова становится неуправляемой;

у созависимого наступает срыв.

ПРИЗНАКИ СРЫВА У СОЗАВИСИМОГО

В ходе наблюдений консультантов, работавших с выздоравливающими членами семей, были выявлены признаки приближающегося срыва для созависимых супругов. На основании этих наблюдений составлен приведенный ниже список (90). [3]

1. Частичная потеря структуры дня. Ежедневный распорядок дня члена семьи нарушается временной ситуацией, например, болезнью, изменением расписания уроков у детей, отпуском, каникулами и т.п. После такого события или болезни супруг/супруга не возвращается к выполнению всех дел своей программы выздоровления.

2. Отсутствие заботы о себе. Супруг/супруга перестает заботиться о своей внешности, а порой отказывается от приносящих радость мелочей, так как - ...«это всего лишь для моего удовольствия»... Человек снова начинает заботиться, прежде всего, о других, и только во вторую или третью очередь – о себе.

3. Неспособность эффективно устанавливать и соблюдать границы. У супруга/супруги появляются проблемы с поведением детей. Устанавливаемые границы то слишком неопределённые, то слишком жесткие, что приводит к возникновению новых проблем с дисциплиной.

4. Прекращение конструктивного планирования. Супруг теряет ясное представление о том, что ему/ей следует делать, ему/ей кажется, что личные обязанности захлестывают его/её. Вместо того чтобы определить самое важное, и начать делать это, человек хватается за первое попавшееся дело, в то время как более важная работа остаётся незавершенной.

5. Нерешительность. Член семьи становится всё в большей степени неспособным принимать решения, связанные с повседневной жизнью.

6. Компульсивное поведение. У супруга/супруги временами возникает непреодолимое желание делать что-либо без остановки. Сколько бы ни было уже сделано – всё кажется недостаточным.

7. Усталость или отсутствие отдыха. Человек теряет способность спать столько времени, сколько ему необходимо для того, чтобы почувствовать себя отдохнувшим. Сон, если он есть, становится прерывистым.

8. Возвращение иррационального чувства обиды. Созависимый ловит себя на том, что он перебирает в уме людей и события, которые принесли ему боль, вызвали у него гнев, расстроили его. Вспоминая всё это, человек снова переживает старые эмоции и чувство обиды.

9. Возвращение стремления контролировать людей, ситуации и мир вокруг себя. По мере того как созависимый чувствует, что теряет контроль над жизнью, он начинает открыто пытаться контролировать других людей или ситуацию, или манипулировать ими. Непосредственным объектом такого контроля может быть зависимый человек, но это не обязательно.

10. Защитное поведение. Созависимый может сам быть не вполне доволен своими действиями, но в ответ на критику будет резко и гневно отстаивать правильность своих действий.

11. Жалость к себе. Созависимый начинает размышлять о текущих или прошлых проблемах и в результате раздувает их значимость. Иногда он вопрошает: «Почему именно со мной всегда что-то происходит?»

12. Чрезмерная трата денег / Беспокойство о деньгах. Супруг (или супруга) может проявлять большое беспокойство о материальном положении семьи, а тем временем импульсивно тратить деньги для того, чтобы «лучше себя почувствовать». Он (или она) убеждает себя, что купленное заслужено им, но при этом чувствует вину, и ему (или ей) становится ещё хуже.

13. Неправильное питание. Член семьи «теряет» аппетит, так что даже любимые блюда не вызывают у него интереса. Или же он начинает переедать, независимо от того, есть у него аппетит или нет, только, чтобы почувствовать себя лучше. Переедание приносит удовлетворение лишь на короткое время или совсем не приносит его.

14. Поиски «козла отпущения». Человек всё больше стремится возлагать вину за всё на других людей, на события или на то место, где он находится. Причины своего плохого самочувствия созависимый ищет вне себя.

15. Возвращение страха и общего чувства тревоги. Временами созависимый испытывает нервозность. Ситуации, не вызывавшие раньше страха или тревоги, теперь сопровождаются этими чувствами. Супруг (супруга) может даже не знать о причинах этой нервозности.

16. Утрата веры в Высшую Силу. Созависимый теряет веру в Высшую Силу, что бы она для него ни означала. Появляется тенденция почти во всём полагаться только на собственные силы, или искать поддержку у зависимого члена семьи (алкоголика или наркомана).

17. Прекращение регулярного посещения групп «Ал-Анон». Супруг (супруга) изменяет свой график посещения собраний сообщества «Ал-Анон». Он (она) может начать реже ходить на собрания, объясняя это нехваткой времени или тем, что собрания не помогают или вообще не нужны.

18. Умственные «гонки». Созависимому кажется, будто он попал на «бегущую дорожку», движущуюся слишком быстро. Несмотря на попытки замедлить ход мыслей, они продолжают непрерывно скакать с одной нерешённой проблемы на другую.

19. Неспособность выстроить логическую цепочку мыслей. Супруг (супруга) старается решать проблемы и вдруг застревает на вещах, которые раньше казались простыми. Кажется, что ум перестаёт работать и абсолютно ни в чём невозможно разобраться. В результате он (или она) чувствует бессилие перед жизнью и разочарование.

20. Замешательство. Человек отдаёт себе отчёт в том, что он переполнен чувствами, но не понимает, в чём проблема.

21. Расстройства сна. Всё чаще становятся бессонные ночи или прерывистый сон. Чем больше человек старается заснуть, тем меньше у него это получается. Если и удаётся заснуть, то сон нельзя назвать спокойным. Утром человек выглядит не отдохнувшим, а усталым.

22. Неестественные эмоции. Созависимый начинает проявлять чувства, не осознавая их источников. Сильные чувства могут нахлынуть без всяких на то причин.

23. Потеря контроля над поведением. Созависимый начинает выходить из себя, особенно по поводу зависимого члена семьи и/или детей. Теряя самообладание, человек может незаслуженно строго наказывать детей, кричать на зависимого, ударить его, швырять вещи.

24. Стихийные перепады настроения. Настроение созависимого может измениться без всякой прелюдии. Скачки могут быть драматичными. Человек больше не чувствует, что ему немного не по себе или что он скорее доволен ситуацией – с вершин эйфории он падает в пропасть уныния.

25. Неспособность получать поддержку в межличностных (неформальных) отношениях. Созависимый перестаёт поддерживать связь с семьёй и друзьями. Это может происходить очень постепенно. Человек отказывается от приглашений в гости, пропускает дни, когда семья собирается вместе, перестаёт звонить или отвечать на телефонные звонки.

26. Чувство одиночества и изолированности. Созависимый начинает проводить больше времени в одиночестве. Он обычно ищет рациональные объяснения такому поведению – слишком занят, дети, учёба, работа и т.д. Вместо того чтобы решать проблему своего одиночества, созависимый всё больше отдаётся навязчивым состояниям или ведёт себя импульсивно. Изоляция может оправдываться убеждением себя в том, что его (её) никто не понимает, и что на самом деле никому до него (неё) нет дела.

27. Туннельное мышление. Невзирая на характер вопроса или ситуации, созависимый держится за своё видение проблемы или решение и неспособен воспринимать другие точки зрения. Его ум невосприимчив к новому (закрывает).

28. Возвращение периодов смутной тревоги и/или приступов паники. Созависимый может начать снова (или впервые) испытывать наплывающую временами тревожность, для которой, казалось бы, нет никаких причин. Иногда накатывает необъяснимый страх. Эти неконтролируемые чувства могут расти подобно снежному кому, пока не наступит жизнь полная постоянной боязни самого страха.

29. Проблемы со здоровьем. Возникают проблемы с физическим здоровьем: головные боли, мигрень, боли в желудке, груди, сыпь, аллергия.

30. Приём лекарств или употребление алкоголя для облегчения страданий. Отчаянно стремясь хоть как-то смягчить физическую и/или эмоциональную боль, созависимый может начать пить, употреблять наркотики или принимать лекарства, отпускаемые по рецепту. Употребление алкоголя и приём лекарств приносят временное облегчение на фоне усугубляющихся проблем.

31. Полный отказ от посещения собраний групп поддержки и терапевтических сессий. По целому ряду соображений (вера в то, что он больше не нуждается в группе, парализующий страх, чувство обиды) созависимый полностью прекращает посещение собраний или терапевтических встреч, или и того, и другого одновременно.

32. Неспособность изменить самопораженческое поведение. Несмотря на признание созависимым того, что его действия вредны для него, он не может не продолжать своё поведение вопреки пониманию ситуации.

33. Развитие установки «Мне наплевать». Человеку легче поверить в то, что ему «наплевать», чем в то, что он «потерял контроль». Для защиты собственного достоинства созависимый прибегает к

рационализации: «Мне плевать». В результате происходит смещение системы ценностей. То, что раньше было важным, теперь игнорируется.

34. Полное нарушение распорядка дня. Созависимый больше не верит в то, что возможна упорядоченная жизнь. Он начинает пропускать назначенные встречи и мероприятия (забывать о них), не способен регулярно питаться, ложиться и вставать вовремя. Созависимый не способен совершать простые действия повседневной жизни.

35. Отчаяние и мысли о самоубийстве. Созависимый начинает считать ситуацию безнадежной. Он чувствует, что остаётся всего два или три выхода: сойти с ума, совершить самоубийство или заглушить боль лекарствами и/или алкоголем.

36. Полное физическое истощение. Физические признаки становятся настолько серьёзными, что требуется медицинская помощь. Это может быть любой из ряда симптомов, обострившихся настолько, что организм созависимого больше не может нормально функционировать (язвы, мигрень, боли в сердце, сильные и учащенные сердцебиения).

37. Полное эмоциональное истощение. Перепробовав, на его взгляд, всё, что можно, чтобы справиться с ситуацией, созависимый больше не видит выхода совладать со своей неуправляемой жизнью. На этом этапе созависимый может впасть в такую депрессию, враждебность или тревожность, что полностью теряет контроль над собой.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СРЫВА В СЕМЬЕ

Хотя каждый член семьи отвечает за своё собственное выздоровление и никто не может выздороветь за другого, симптомы как зависимости, так и созависимости влияют на вероятность срыва

других членов семьи. Даже если алкоголик больше не пьёт, и у него уже нет симптомов болезни, вызванных непосредственно употреблением алкоголя, признаки постабстинентного синдрома и созависимость влияют друг на друга. Как и признаки постабстинентного синдрома, - признаки созависимости чувствительны к стрессу. Стресс усиливает признаки, а признаки усиливают стресс. В результате зависимый и созависимый образуют порождающую стресс пару, бессознательно и невольно осложняющую выздоровление партнёра и создающую высокий риск срыва.

Что могут сделать члены семьи для того, чтобы понизить риск собственного срыва и риск срыва выздоравливающего зависимого? Они могут начать знакомиться с информацией о болезни зависимости, о выздоровлении и обычных симптомах, сопровождающих выздоровление. Они должны осознать, что признаки постабстинентного синдрома являются, скорее, симптомами зависимости в трезвости, а не дефектами характера, эмоциональным расстройством или душевной болезнью. В то же время, они должны признать и принять наличие у самих себя симптомов созависимости и, составляя планы собственного выздоровления, начать участвовать в сообществе «Ал-Анон» и/или персональной терапии.

Клинический опыт планирования предотвращения срыва в ряде терапевтических программ показывает, что семья может стать мощным союзником в предотвращении срыва у зависимого. В 1980 г. в планирование предотвращения срыва были внесены изменения, ставящие своей целью участие в нём значимых других людей, включая членов семьи. Это значительно повысило эффективность программ. Однако, с развитием клинического опыта, выявились новые проблемы. Многие члены семей часто отказывались участвовать в планировании предотвращения срыва. Другие же участвовали в ней таким образом, что положение только ухудшалось.

В 1983 г. в планирование предотвращения срыва включили, кроме программы для зависимых, также программу для созависимых. В новой

форме планирования предотвращения срыва используется мотивация семьи к налаживанию трезвой жизни зависимого. Поскольку в планировании предотвращения срыва начинают участвовать члены семьи, большее внимание уделяется созависимости и её роли в семейном срыве. Членам семьи помогают осознать собственную созависимость и начать активно участвовать в программе собственного выздоровления. При этом зависимость рассматривается как семейная болезнь, затрагивающая всех членов семьи, которым, поэтому, необходима терапия.

Все члены зависимых семей, склонны возвращаться к самопораженческим видам поведения, способным привести их к потере контроля. У зависимого или созависимого члена семьи может произойти срыв в острой форме. Подобно тому, как серьёзные проблемы могут появляться в жизни зависимых, несмотря на то, что они абсолютно прекратили употребление алкоголя или наркотиков, жизнь созависимого также часто становится дисфункциональной, несмотря на то, что зависимый трезв и активно работает над своей программой выздоровления.

Необходимо защитить семью от стресса, который могут вызвать признаки постабстинентного синдрома, проявляющиеся у выздоравливающего человека, а также совместно разработать план, который позволил бы защитить выздоравливающего человека от стресса, порождаемого признаками созависимости. Помните, что никто не стал больным за один день. Выздоровление тоже потребует времени. Составьте личный план предотвращения срыва и помогайте выздоравливающему зависимому в выполнении разработанного им плана предотвращения срыва.

Семейное планирование предотвращения срыва призвано помочь в предотвращении острых эпизодов срыва у выздоравливающего зависимого, предотвращении кризисов у созависимого, в разработке плана предотвращения срыва, как для зависимого, так и для созависимого и в разработке плана раннего вмешательства

(интервенции), целью которого является прерывание срывов в острой форме как у зависимого, так и у созависимого. Для зависимого это означает прерывание проблем, вызванных как признаками постабстинентного синдрома (ПАС) в трезвости, так и вызванных употреблением алкоголя или наркотиков в случае возврата к употреблению. Для созависимого это означает прерывание кризиса созависимости. Семье необходима работа с консультантом с целью выработки оформленного плана предотвращения срыва, так чтобы они могли поддерживать друг друга в выздоровлении и помогать проводить вмешательство в случае выхода симптомов срыва из-под контроля.

Практика семейного планирования предотвращения срыва включает в себя двенадцать основных процедур:

1. Стабилизация: Первым шагом в планировании предотвращения срыва является стабилизация состояния как зависимого, так и созависимого. Состояние зависимого стабилизируется с помощью процесса детоксикации или терапии проявлений постабстинентного синдрома. Состояние супруги (супруга) стабилизируется путём преодоления кризиса созависимости, с помощью отстранения от кризиса у зависимого, возвращения к реалистичному взгляду на вещи и развития основных качеств сопротивляемости у личности. Это часто требует как посещения групп «Ал-Анон», так и профессионального консультирования.

2. Оценка: Прежде чем составлять план предотвращения срыва, необходимо провести оценку состояния зависимого, созависимых и семейной системы. В ходе такой оценки анализируются текущие проблемы каждого из членов семьи, их готовность и способность начать работать над личной программой выздоровления, а также их готовность участвовать в программе семейного выздоровления.

3. Приобретение знаний об алкоголизме, созависимости и срыве: Точная информация – самый мощный из всех инструментов

выздоровления. Зависимый и семья должны узнать, что представляют собой болезнь зависимости, состояние созависимости, терапия и планирование предотвращения срыва. Такое просвещение лучше всего организовать с семьёй как с отдельной единицей в виде регулярных семейных занятий. Приобретение новых знаний полезно дополнять отдельными программами групповой терапии для каждого из членов семьи. Зависимому следует присоединиться к группе зависимых, взрослому созависимому – к группе созависимых, а созависимым детям – к детской группе. Именно на таких групповых терапевтических сессиях начинается индивидуальное выздоровление всех членов семьи.

4. Определение признаков срыва: Как зависимому, так и созависимым необходимо определить личные признаки, указывающие на то, что их жизнь становится дисфункциональной. И это также лучше делать в группе. У зависимого больше возможностей распознать признаки приближающегося срыва, когда такой человек работает с другими зависимыми. Созависимым легче всего определить первые признаки срыва, работая с другими созависимыми. Полезным пособием для определения у себя признаков срыва являются списки таких признаков для зависимых и созависимых.

5. Признание признаков срыва семьёй: После составления каждым членом семьи личного списка признаков срыва и его проработки в своей группе планируется проведение ряда семейных сессий. Во время таких сессий все члены семьи зачитывают свои собственные списки признаков срыва, чтобы получить обратную связь. Остальные члены семьи обсуждают признаки и помогают оценить их, если они точно определены и заметны. Благодаря обратной связи, к списку могут быть добавлены новые признаки срыва. Поскольку у каждого члена семьи есть свой список признаков, предшествующих острой форме срыва, в группе нет одного конкретного пациента. Все

участвуют в работе с позиции равенства. По существу люди говорят друг другу: «Мы все поражены, хотя и по-разному, болезнью зависимости».

6. Семейный план предотвращения срыва: Члены семьи обсуждают каждый из своих признаков срыва, действия семьи в связи с этими признаками в прошлом и эффективные стратегии, к которым можно бы было прибегнуть в будущем. Определяются будущие ситуации, в которых вероятно появление признаков срыва. Обсуждаются стратегии и более эффективного управления признаками срыва для каждого из членов семьи. В ходе этого процесса проигрывается множество соответствующих ролей, и решаются многие проблемы. Часто определяются проблемы, для дальнейшей работы с которыми, люди возвращаются в отдельные терапевтические группы.

7. Обучение планированию дня и его анализу: Все члены семьи обучаются составлению плана дня утром и анализу прошедшего дня вечером. Здесь большое внимание уделяется структурированию времени, реалистичной постановке целей и решению проблем.

8. Обучение общению: Для того чтобы план предотвращения срыва был действенным, члены семьи должны научиться эффективно общаться. Семья учится давать и получать обратную связь конструктивно и с заботой друг о друге.

9. Анализ выполнения программ выздоровления: Все члены сообщают семье о той программе выздоровления, которую они приняли для себя. Главный вопрос здесь: «Как Вы и я узнаем, правильно ли идёт моё выздоровление?» Всем предлагается рассказать о своих нуждах в выздоровлении, и продемонстрировать, как продвигается терапия.

10. План прерывания отрицания: Как зависимость, так и созависимость являются болезнями отрицания. Отрицание является по большей части бессознательным. Ни зависимый, ни созависимый не

отдают себе отчёта в своём отрицании, когда на самом деле проявляют его. Важно как можно раньше начать учитывать реальное наличие отрицания. Каждому члену семьи должен быть задан вопрос: «Что должны делать твои близкие, если в ответ на их слова о присутствующих у тебя конкретных признаках срыва ты отрицаешь их, игнорируешь слова своих близких, расстраиваешься, злишься?» Каждый из членов семьи должен предложить специальные планы работы со своим собственным отрицанием. Такое открытое обсуждение даёт основу для возможного вмешательства (интервенции), если отрицание станет проблемой в будущем.

11. План раннего вмешательства (интервенции) в срыв:

Зависимые и созависимые люди подвержены срывам. Срыв означает наступление дисфункциональности в выздоровлении. Для выздоравливающего зависимого при срыве может иметь место употребление алкоголя или наркотиков, либо человек может просто испытывать такую депрессию, тревогу, злость, разочарование, что не сможет нормально функционировать в трезвости. Для созависимого срыв означает возврат к состоянию кризиса созависимости, мешающему нормальной жизни. Как только члены семьи входят в фазу срыва в острой форме, они теряют контроль над своими мыслями, эмоциями, суждениями и поведением. Часто для прерывания кризиса им требуется прямая помощь других членов семьи. Во многих случаях они оказываются от этой помощи. Они действуют так, как если бы помощь была им не нужна, хотя они в ней отчаянно нуждаются. Семья обучается процессу интервенции. Интервенция (вмешательство) – это способ помочь людям, которые отказываются от помощи. Обучение интервенции позволяет значительно сократить продолжительность и остроту периодов срыва у членов семей.

12. Последующее наблюдение и закрепление: Зависимость и созависимость относятся к числу состояний, которые, возникнув

однажды, присутствуют у человека всю оставшуюся жизнь. Может наблюдаться временное облегчение симптомов, но окончательно они не исчезнут никогда. Они тихо дожидаются тех периодов, когда человек перестает заниматься своим выздоровлением, и активизируются. Необходима непрерывная работа над программами выздоровления, включающая участие в группах АА/АН, «Ал-Анон» и периодические профилактические проверки на предмет наличия признаков срыва с помощью профессионального консультанта по вопросам зависимости.

Глава X

ГРУППЫ САМОПОМОЩИ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ СРЫВА

Предотвращение срыва - образ жизни. Распознавание и прерывание признаков срыва должно стать ежедневной практикой. Как и любую привычку, предотвращение срыва трудно усвоить. Многие склонные к срыву люди, говорят, что нуждаются в поддержке, чтобы продолжать работу над планом предотвращения срыва. Они считают, что встречи с другими людьми, также работающими над предотвращением срыва очень полезны. Они устраивают регулярные собрания, чтобы обсудить свои дела по предотвращению срыва и обменяться информацией.

В некоторых местах эти группы самопомощи по предотвращению срыва были включены в формат собраний групп АА. В других местах появились специальные встречи АА для алкоголиков, склонных к срывам. Эти встречи часто называют "Встречами бриллиантовых мечтателей".

Некоторые члены АА обсуждают свои успехи в предотвращении срыва во время регулярных встреч групп АА. С того момента как они включают планирование предотвращения срыва в обычную практику двенадцатишаговых собраний АА, обычно это перестает быть проблемой.

Некоторые группы АА, однако, отказываются обсуждать предотвращение срыва во время встреч групп АА. Хотя плановое

предотвращение срыва полностью совместимо с Программой АА, - оно не является частью Программы АА. Ни сам метод, ни литература типа этой книги не были одобрены конференциями. В результате на многих встречах АА не позволяется обсуждать методы планового предотвращения срыва.

В результате, некоторыми выздоравливающими людьми были созданы группы самопомощи по предотвращению срыва, независимые от АА, но сотрудничающие и с АА, и с другими двенадцатишаговыми группами и программами. Эти люди не прекращают ходить в АА. Они просто начинают ходить на дополнительные группы самопомощи, специально ориентированные на проблемы предотвращения срыва.

Группа по предотвращению срыва – это структурированная встреча, разработанная, для подстраховки зависимых людей, склонных к срыву, с целью опознания предупреждающих признаков срыва и обучения тому, как эффективно с этими признаками справляться.

Группа создана как добровольное учреждение самопомощи. Для участия в группе не существует никакой платы, или членских взносов. Главными целями группы является помощь людям, склонным к срыву в осознании индивидуальных проблем, и совместные встречи для обмена опытом, а также поддержка во время кризисов.

Группа предотвращения срывов создана, для сотрудничества с Анонимными Алкоголиками и с программами, связанными с 12 Шагами АА. Также эта группа создана, чтобы работать совместно с профессиональным консультированием. Группа предотвращения срыва не создавалась вместо, или в качестве замены АА или профессиональному консультированию.

Единственным условием для членства в группе предотвращения срыва является честное, но неудачное стремление к трезвости, или страх того, что срыв может стать реальностью. На встречах группы предотвращения срыва признаётся, что люди склонные к срыву испытывают много неудач в выздоровлении. Длинная цепь неудач часто заставляет их клеймить себя как неудачников. Из-за уникальных

проблем, идущих рука об руку с длинной цепью неудач в выздоровлении, людям, склонным к срыву, нужна группа поддержки, чтобы найти общение и понимание у других выздоравливающих людей, испытавших подобные неудачи.

Многие предупреждающие знаки развиваются вне сознания, намерений или желаний человека, склонного к срыву. Группа предотвращения срыва создана, для предоставления обратной связи членам группы о признаках срыва, наблюдаемых у них другими её членами. Ведущими факторами, делающими плановое предотвращение срыва (ППС) таким эффективным являются: ежедневная инвентаризация с целью опознания ранних предупреждающих признаков; усилия, чтобы остановить предупреждающие признаки, прежде чем они выйдут из-под контроля; открытые и честные высказывания о предупреждающих признаках; что человек делал, чтобы остановить их; и получение обратной связи от других.

Опыт участников Группы предотвращения срыва говорит, что не существует безнадежных алкоголиков или наркоманов. Выздоровление возможно даже для людей с длинной историей постоянных срывов и неудач. Ключ к выздоровлению – это комбинация профессиональной помощи, участие в двенадцатишаговых группах самопомощи, и специализированные Шаги планового предотвращения срыва.

АА говорят, что выздоровление возможно, через следование двенадцати базовым Шагам. Эти же Шаги применяются и в плановом предотвращении срыва. ППС предполагает, что существуют пути к успешному выздоровлению и пути к срыву. Путь к успешному выздоровлению может быть описан как последовательное решение основных задач выздоровления. Путь к срыву может быть описан в терминах частичного выздоровления, а также в виде стадий и предупреждающих о срыве сигналов.

АА говорят, что некоторые люди, кажутся «...органически неспособными быть честными перед самими собой...», ППС утверждает, что, обучение этих людей умению определять, что с ними происходит

психологически, социально и духовно, поможет им выяснить, чего им недостаёт, чтобы стать «...способными быть честными перед самими собой». АА предлагают двенадцать Шагов для выздоровления. ППС применяет их особым способом к людям, склонным к срыву.

Первый Шаг гласит, что мы стали бессильны перед алкоголем, что потеряли контроль над собой. ППС учит, что мы бессильны не только перед алкоголем, но также и перед признаками долговременной абстиненции, сопровождающей выздоровление. ППС также описывает «неуправляемую жизнь» в связи с понятием «вынужденное поведение». Жизнь остаётся неуправляемой до тех пор, пока мы прибегаем к одержимому или компульсивному поведению, чтобы избежать встреч с самими собой, своим мышлением, эмоциями и поведением.

Второй Шаг приглашает нас поверить, что только Сила, более могущественная чем наша, сможет вернуть нам здравомыслие. Этот Шаг говорит о том, что мы были безумны, когда пили и употребляли наркотики. ППС описывает трезвую невменяемость под воздействием постабстинентного синдрома, зависимого («гнилого») мышления, ошибочных убеждений и зависимого социального окружения, подпитывающего ошибочные убеждения.

ППС подтверждает обещание Второго Шага о возможности выздоровления. Оно также утверждает, что выздоровление не может происходить исключительно внутри человека, склонного к срыву, потому что его понимание искажено зависимым мышлением и ошибочными убеждениями. Он должен поверить, что не может выздороветь в одиночку, но что эффективная помощь существует. Существует Сила, которая даст ему настойчивость и мужество найти и применять знания и методы, чтобы выработать дисциплину, необходимую для выздоровления.

Третий Шаг говорит о принятии решения препоручить нашу волю и жизнь под защиту Бога, насколько мы Его понимали. Когда этот Шаг

применяется к плановому предотвращению срыва, он означает сдачу воле Бога в использовании новой информации и дисциплинированном исполнении плана предотвращения срыва.

Четвертый Шаг говорит о бесстрашной и глубокой оценке себя. ППС предлагает специализированную инвентаризацию, основанную на глубоком и бесстрашном исследовании признаков постабстинентного синдрома, признаков частичного выздоровления, и предупреждающих о срыве сигналов, указывающих, на то, что постабстинентный синдром выходит из-под контроля. Эта специализированная инвентаризация фокусируется на осознании и оценке Вашей собственной модели срыва.

Пятый Шаг говорит о признании перед Богом, собой и другим человеком точной природы наших изъянов. В условиях ППС недостаточно лично знать, каковы Ваши предупреждающие сигналы. Вы должны обсуждать эти предупреждающие сигналы на встречах АА, в терапевтических группах, со спонсором из АА, консультантом, и членами семьи. ППС далее приглашает Вас к созданию команды предотвращения срыва, включающую ключевых друзей, членов семьи и членов АА. Чем больше людей будут близко знакомы с Вашими предупреждающими сигналами и смогут помочь Вам в их опознании и остановке, тем в большем выигрыше Вы, будете.

Шестой Шаг предлагает нам стать полностью готовым к тому, чтобы Бог исправил все эти дефекты нашего характера. В ППС дефекты характера подразделяются на три категории.

Первая категория

включает повреждения мозга (постабстинентный синдром) вызванные хроническим употреблением. Выздоровление от них требует времени, правильного питания и навыков справляться со стрессовыми ситуациями.

Вторая категория

включает зависимое мышление и ошибочные убеждения, создающие дискомфорт в выздоровлении. Самопораженческие мысли и модели поведения должны быть идентифицированы путём обсуждения их с другими и открытости для обратной связи от других.

Третья категория

включает проблемы с мышлением и жизнью, связанные с духовным ростом и развитием.

ППС предлагает категоризировать и точно обозначить дефекты характера. Различные типы этих дефектов требуют различных подходов для их исправления. Необходимость разных подходов к разным типам проблем ярко проиллюстрирована фразой отца Мартина, сказавшего: "Если меня собьёт грузовик, - отвезите меня в больницу, - не везите меня в церковь или на собрание АА. Пока я нахожусь в больнице, я буду применять принципы АА, чтобы иметь силы пройти лечение".

ППС предлагает нам выздоравливать от физиологических (органы тела), нейрологических (мозг и нервная система) и психологических (мышление, чувства и поведение) последствий болезни. Этот процесс становится возможным посредством программы духовного роста, дающей нам силы и надежду оставаться в процессе выздоровления без возврата к употреблению.

Седьмой Шаг говорит о том, что мы смиренно просили Бога избавить нас от наших недостатков. Бог создал упорядоченную вселенную. Пагубные пристрастия нарушают этот порядок в жизни каждого человека. Но Бог также создал путь выздоровления. ППС говорит, что есть путь к выздоровлению. Он не прост, но он есть. Изучая, что это за путь и прося сил для его прохождения, все три типа отрицательных черт характера со временем исчезнут.

...Человек тонул в наводнении и молился, чтобы Бог спас его. Люди с берега кинули ему верёвку, но он отказался от неё, говоря, что Бог спасёт его. Он был отброшен от берега, и проплывающая мимо лодка бросила ему спасательный жилет. Он отверг его со словами: «Бог спасёт меня». В конце концов, когда его отнесло к бурлящему водопаду, над его головой появился вертолёт, и кто-то бросил ему верёвку. Человек прокричал: «Нет, спасибо. Бог спасёт меня». Так он и утонул. Через несколько минут он стоял перед Богом. Он был зол, потому что Бог позволил ему утонуть

и сказал: «Боже, почему ты меня не спас?» Бог ответил: «А что ты хотел, чтобы Я сделал? Трижды Я посылал к тебе помощь, а ты отвергал её».

Если действительно захотеть, чтобы Бог избавил Вас от негативных черт характера, необходимо осознать, что часто Он действует через других людей. Бог часто избавляет нас от недуга, посылая к хорошему психиатру, или другим людям. Он всегда даёт нам шанс. Но мы всегда можем ответить: «Нет, спасибо, я не буду делать этого».

Шаг Восьмой говорит о том, что мы должны составить список из людей, кому мы когда-либо причинили зло. Мы должны хотеть загладить свою вину. Иными словами, мы должны готовиться к очищению. Мы должны выправить свои старые отношения. Этот Шаг говорит, что необходимо точно определить, кому мы навредили, как мы им навредили, и подготовиться к заглаживанию вины. Люди склонные к срыву обычно могут составить очень длинный список тех, кому они причинили вред.

Шаг Девятый говорит о необходимости стараться загладить свою вину. Нельзя форсировать события, нельзя наносить вред людям, перед которыми Вы собираетесь извиниться. ППС говорит о том, что нам необходимо выправить прошлые отношения, это очень важно в планировании предотвращения срыва. Однако надо обратить внимание на то, что данный Шаг стоит под номером 9. Старание загладить вину слишком быстро, может причинить столько боли, что только ускорит срыв.

Шаг Десятый говорит о том, что нам необходимо продолжать проводить своё моральное исследование, и если что-то не так, быстро ликвидировать проблему. ППС предлагает специальную форму ежедневной инвентаризации, состоящую из утреннего планирования и вечернего обзора. ППС говорит, что необходимо моментально распознавать предупредительные знаки и незамедлительно принимать какие-то меры. Чем дольше признак срыва остаётся без внимания, тем

быстрее он разрастается в неуправляемую массу проблем, способных повлечь за собой возврат к пагубному пристрастию.

Шаг Одиннадцатый говорит нам стремиться через молитву и медитацию устанавливать и укреплять контакт с Богом, как мы Его понимали, молясь лишь о том, чтобы получить силы для того, чтобы исполнить Его волю. Молитва и медитация обеспечат нас силой, воодушевлением и мужеством, чтобы просить и получать помощь.

Шаг Двенадцатый говорит, что, обретя духовное пробуждение, необходимо нести его другим алкоголикам, и практиковать это новое знание во всех своих делах. Повторяющиеся срывы несовместимы с духовным ростом.

ППС утверждает, что у людей, склонных к срыву, особые нужды, но они должны знать, что существует надежда на выздоровление. Сам факт того, что один из склонных к срыву людей может стабильно выздоравливать, несёт в себе надежду для других людей, пытающихся это сделать. Но нужно больше, чем просто надежда. Есть необходимость передавать знания, умения и персональную поддержку. В результате, ППС настоятельно рекомендует групповую терапию и группы по предотвращению срыва, как основные средства изучения планирования предотвращения срывов. Если это совместить с принципами работы АА, получается очень мощная формула выздоровления.

КАК ПРОХОДЯТ ВСТРЕЧИ

Встречи групп по предотвращению срыва проходят следующим образом:

1.

Открытие встречи.

Встречу открывает председатель, называя название встречи, представляя себя и здороваясь со всеми присутствующими. Он назначает

члена группы, чтобы тот прочитал преамбулу.¹ Потом другой член группы, по просьбе, председателя зачитывает основные правила работы группы.

2.

Время тишины.

Короткий период времени 2-3 минуты объявляется председателем для того, чтобы люди могли расслабиться, очистить разум и подготовиться воспринимать содержание встречи. Во время этого расслабления может быть применено простое расслабляющее упражнение, такое как, глубокий вдох, который надо на мгновение задержать, а потом медленно выдохнуть и расслабиться. Цель данного расслабления, очистить разум присутствующих, чтобы они могли сконцентрироваться только на теме встречи.

3.

Чтение специального материала.

Председатель имеет право выбрать тему для обсуждения. Каждая тема должна быть снабжена материалом, который можно будет зачитать группе в течение 3-5 минут. Чтение подобного материала подготовит почву для докладчика.

4.

Докладчик.

Председатель также ответственен за выбор из присутствующих человека, который находится на завершающей

1. Смотри Приложение.

стадии выздоровления. Докладчик должен будет обсудить собственный опыт, относящийся к теме, прочитанной председателем в п.3. Необходимо обсудить ситуации, связанные с рассказанным председателем. Это должно занять не больше 15-20 минут.

5.

Перерыв.

Объявляется короткий перерыв. Во время перерыва предлагается кофе без кофеина, кола-лайт, и если есть закуски, то они не должны состоять из сахара и углеводов. Это могут быть орешки, фрукты или сыры. Участники группы должны осознавать, что кофеин и сахар могут вызвать состояние, способствующее возбуждению и появлению предупреждающих о срыве признаков.

6.

Комментарии.

У членов группы есть возможность прокомментировать тему и всё, о чём говорилось на встрече или любые другие темы, которые они выберут для обсуждения в группе. Обязанностью председателя является заострить внимание на том, что все члены группы имеют право высказаться, но высказывания не должны занимать больше 3-5 минут. Когда кто-то высказывается, – другие члены группы обязаны слушать. Вопросы, конфронтация или обратная связь в этой части встречи запрещены.

7.

Обратная связь.

Заключительной частью встречи является обратная связь. Любой из членов группы, который хочет поделиться информацией о своём выздоровлении и получить отзывы от других её членов, получает такую возможность. Человек, желающий услышать мнения группы о той или иной части своего выздоровления, должен вкратце рассказать о ней и очертить круг своих проблем. После этого у группы появляется возможность задавать проясняющие вопросы. Эта часть встречи строго структурирована, каждый из присутствующих получает возможность задавать вопросы для уточнения полученной информации. Когда все кто хотел, задали свои вопросы, председатель имеет право повторно спросить присутствующих о желании предоставить получателю обратную связь. Обратная связь состоит из 4 основных вопросов:

1. Что я думаю о том, что только что было

рассказано?

2. Что я чувствовал, когда это рассказывалось?

3. Что отдаляет рассказчика от срыва.

4. Что приближает его к срыву.

Важно, чтобы человек, получающий обратную связь, делал это совершенно добровольно. Никого нельзя принуждать к её получению. Важно также, чтобы всё произносимое было сказано честно, таким образом, у членов группы будет вырабатываться чувство поддержки друг друга. Целью данной части встречи является поддержка людей, в чьих программах выздоровления есть явно слабые стороны, которые могут повредить всему процессу.

8.

Заключение.

Председатель должен обозначить время и место следующей встречи, назначить докладчика на неё.

9.

Продолжительность встречи.

Типичная встреча подобной группы продолжается около двух часов. Вступительная часть и время расслабления не должны превышать 15 минут. Чтение основной темы и представление докладчика занимают приблизительно 30 минут. Время, отведённое на комментарии, не должно превышать 30-40 минут. Обратная связь должна быть лимитирована 40 минутами. Не более двух человек за встречу имеют возможность получить обратную связь от группы. Время, отведенное на каждого, составляет приблизительно 20 минут.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представьте себя путешествующими по пустыне. Вы видите фигуру вдалеке. Это бородатый, полуголый старик, стоящий на четвереньках и копающий песчаную землю руками.

- Что ты тут делаешь? – Спрашиваете Вы старика.

- Я копаю, чтобы найти спрятанные сокровища,
отвечает старик.

- Как давно ты трудишься над этим?

- Недели, может быть месяцы. Это тяжёлая и медленная работа.

Вы замечаете окровавленные пальцы и стёртые локти старика. Вы говорите, что копать таким образом крайне неэффективно, и что яма, вырытая им, едва ли полметра глубиной. Вы предлагаете ему лопату. Достаете из рюкзака лёгкую складную лопату и вонзаете её в землю. В считанные минуты Вы демонстрируете старику, что с помощью прогрессивных методов можно достичь больших результатов, чем голыми руками.

Вдруг происходит удивительная вещь. Глаза старика наполняются ненавистью, и у него на лице возникает злая гримаса. Он оборачивается к Вам, выхватывает лопату, отбрасывает её, и заявляет, чтобы Вы убирались со своими нововведениями. "Я, - кричит он, - копал так (голыми руками) всю жизнь, и это прекрасно работало! Поэтому убирайтесь, а я буду копать так, как привык..."

Многие люди ищут избавления от пагубных привычек тем же способом, как старик ищет сокровища. Они пытаются поддерживать трезвость, не применяя ни инструментов АА, ни профессионального лечения. Конечно, если Вы уверены, что единственный способ закончить дело - копать голыми руками, - продолжайте. Но это медленная и тяжёлая работа и в таком случае шансы найти сокровища очень невелики.

АА - мощный инструмент в процессе выздоровления, который можно сравнить с лопатой, когда речь идёт о поиске сокровищ. Лопата

поможет Вам эффективнее копать. Наличие лопаты отнюдь не гарантирует, что Вы найдете то, что ищете, но значительно увеличивает Ваши шансы и сильно упрощает процесс.

Ещё в 1935 году основатели АА вселили надежду в алкоголиков, что выздоровление возможно. Они изобрели лопату в виде Программы "12 Шагов", которая, многих привела к выздоровлению. С 1935 года люди многое узнали о выздоровлении. Основные принципы АА оказались эффективными. Сокровища в виде длительного душевного покоя могут быть обнаружены, если искать там, где советуют Вам 12 Шагов. С применением "лопаты" эта задача значительно упростилась.

Но, давайте вернемся к нашему старику. Представьте, что он принял лопату, которую Вы ему предложили. И, представьте, также, что через некоторое время он наткнулся на камень, который не берёт лопата. Вы предлагаете ему кирку, и она справляется с задачей. Профессиональное лечение и АА, - это мощные инструменты, которые помогли множеству людей.

Но всё ещё существуют люди, которые, используя руки, лопату и кирку, до сих пор натываются на гигантские валуны, которые не устранить с помощью инструментов, имеющихся в наличии. ППС – это отбойный молоток, самый мощный из всех существующих инструментов, если его правильно применять.

Необходимый набор инструментов не освобождает Вас от необходимости копать и руками, причём, в правильном, месте. Правильные инструменты созданы лишь для того, чтобы ускорить работу. Они также не могут гарантировать успех, но в значительной степени увеличивают Ваши шансы.

ППС не создано для того, чтобы заменить АА или профессиональный подход к решению проблемы, а также, ни в коем случае не преуменьшает важность принципов АА. Оно просто добавляет ещё один мощный инструмент к уже существующим.

Модель планирования предотвращения срыва не конец истории. Люди постоянно совершенствуют инструменты решения подобных проблем. Они постоянно находятся в поиске новых путей. И скоро будут изобретены новые инструменты.

Мы надеемся, что данная книга избавила Вас от некоторых страхов, связанных с возможным срывом. Мы уверены, что основная проблема выздоравливающих людей в том, что они игнорируют многие важные вещи. Чем больше мы узнаем о пагубных пристрастиях, тем эффективнее сможем помогать людям на пути выздоровления. Эта книга является попыткой пролить на Вас свет разума. Слепой страх срыва больше не должен одолевать Вас. Чем больше мы поймём о процессах, связанных с возникновением срыва, тем чётче сможем определить пути, с помощью которых возможно его предотвратить. Мы в состоянии заменить мысли, основанные на желаниях, научно подтвержденными фактами.

Запомните, эта книга не окончательный ответ. Это только начало. Ещё многому надо научиться. Необходимо проанализировать большое количество личного опыта. Постоянно появляются новые научные изыскания. Возможно, завтра мы узнаем что-то, что в значительной степени улучшит данный метод. Наша цель - узнать максимально много о данном недуге, чтобы люди, смирившиеся с неминуемой гибелью, научились, как выживать.

Мы искренне надеемся, что эта книга окажется Вам полезной. Но, запомните, - только голых знаний недостаточно. Знания должны быть применены на практике. Применяйте полученные новые знания к своим программам выздоровления.

Несите новые мысли в АА, свои семьи, и другим страдающим алкоголикам. Организуйте группы по предотвращению срыва, где склонные к срыву люди смогут почувствовать себя как дома. Очень важно предлагать поддержку подобным Вам склонным к срыву людям, а не осуждать их. Мы искренне верим, что люди, прочитавшие данную книгу, примут её как руководство к действию и начнут исследовать и

изучать возможности борьбы с убийцей №1 в мире – болезнью зависимости.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

Группа самопомощи по предотвращению срыва

Группа самопомощи по предотвращению срыва, это структурированная встреча, разработанная для того, чтобы помочь склонным к срыву людям, страдающим зависимостью, распознавать приближающийся срыв и научиться управлять его симптомами. Группа создана как добровольная организация самопомощи. Для вступления в неё не требуются ни взносы, ни сборы, ни специальное членство. Основная задача данной организации - помочь склонным к срыву людям в определении своих индивидуальных проблем, а также организация встреч, на которых эти люди могли бы оказывать друг другу обоюдную помощь и под-держку в периоды кризисов.

Группа по предотвращению срыва разработана для совместной работы с АА и другими аналогичными программами. Она также рассчитана на сотрудничество с профессиональными консультантами. Группа по предотвращению срыва не рассчитана на замещение групп АА или, профессиональной помощи.

Единственным условием для вступления в данную группу является ряд честных попыток предотвращения срыва в периоды трезвости, не увенчавшихся успехом, а также опасения, что срыв может случиться. Члены групп самопомощи по предотвращению срыва выяснили, что люди склонные к срыву переживают многочисленные неудачи в попытках выздоровления. История неудач часто приводит их к тому, что они сами начинают считать себя неудачниками. В связи с тем, что уникальные проблемы таких людей зачастую соседствуют с целой вереницей неудач на пути выздо-ровления, то подобным людям необходима специаль-ная группа поддержки, в которой они смогут

обрести помощь от стабильно выздоравливающих людей, испытывавших когда-то подобные неудачи.

Множество признаков, предупреждающих о срыве, развиваются вне ведома склонных к срыву людей. Группа по предотвращению срыва имеет целью обеспечение обратной связи между её членами, которые смогут сообщать о наблюдаемых друг у друга признаках срыва. Основными факторами, благодаря которым группы по предотвращению срыва считаются такими эффективными являются: ежедневная инвентаризация, позволяющая распознавать симптомы приближающегося срыва на ранних стадиях, попытки приостановить симптомы, раньше, чем они выйдут из-под контроля, открытые беседы с другими членами группы о признаках срыва, и возможных способах их предотвращения.

По опыту людей, входящих в состав подобных групп - нет безнадежных алкоголиков. Выздоровление возможно даже для людей с хроническими срывами и длинным рядом неудачных попыток остаться трезвыми. Ключом к выздоровлению считается профессиональный уход за подобными людьми, участие в 12-Шаговых группах самопомощи, и специальные шаги планирования предотвращения срывов.

БИБЛИОГРАФИЯ

АЛКОГОЛИЗМ

За последние пятнадцать лет проведено немало исследований природы алкоголизма. Работы, включённые в приводимый ниже список, отражают последние достижения в этой области, и рекомендуются тем, кого интересует исследовательская база и информация общего характера в связи с концепциями, положенными в основу этой книги.

1. Johnson, Vernon E.,

I'll Quit Tomorrow.
New York, Harper & Row, 1973.

2. Kinney, Jean, and Leaton, Gwen,

Loosening the Grip.
St. Louis, Mo., C. V. Mosby

Co., 1978.

3. Kissin, Benjamin and Begleiter, Henri,

The Biology of Alcoholism, Volumes. The

Pathogenesis of Alcoholism—Psychosocial Factor.

New York, Plenum Press,

1983,

4. Kissin, Benjamin and Begleiter, Henri,

The Biology of Alcoholism, Volume

7,

The

Pathogenesis of Alcoholism—Biological Factors.

New York, Plenum Press, 1983.

5. Miller, M., Gorski, T., Miller, D.,

Learning to Live Again.

Independence, Mo.,

Independence Press,

1980.

6. Milam, James and Ketcham, Katherine,

Under the Influence—A Guide to

the Myths and Realities of Alcoholism.

Seattle, Washington, Madrona Publishers,

1981.

7.

Pattison, E. Mansell and Kaufman, Edward,

Encyclopedic Handbook of Alcoholism.

New York, Gardner Press, 1982.

8. Royce, James E.,

Alcohol Problems and Alcoholism—A Comprehensive Survey

New York, The Free Press, 1981.

9. U.S. Department of Health and Human Services,

First Special Report to Congress
on Alcohol and Health.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism,

Rockville, Maryland, December, 1971.

10. U.S. Department of Health and Human Services,

Second Special Report to

Congress on Alcohol and Health.

National Institute on Alcohol Abuse and

Alcoholism, Rockville, Maryland, June, 1974. 11. U.S.

Department of Health and

Human Services,

Third Special Report to Congress on Alcohol and Health.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville,

Maryland, June, 1978.

12. U.S. Department of Health and Human Services,

Fourth Special Report to

Congress on Alcohol and Health.

National Institute on Alcohol Abuse and

Alcoholism, Rockville, Maryland, January, 1981,

13. U.S. Department of Health and Human Services,

Fifth Special Report to Congress

on Alcohol and Health.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism,

Rockville, Maryland, December, 1983.

КОНЦЕПЦИЯ БОЛЕЗНИ

Существует широкое признание алкоголизма как заболевания. Ниже приведены ссылки на основные работы, использованные для подтверждения этой модели алкоголизма.

14. Davies, D. L., Definitional Issues in Alcoholism. In

Alcoholism: Interdisciplinary

Approaches to An Enduring Problem,

R. E. Tarter & A.A. Sugarman (Eds).

Reading, Mass., Addison-Wesley, 1978.

15. Glatt, M. M., "The Question of Moderate Drinking Despite Loss of Control."

British

Journal of Addiction,
1976, 71, 135-144.

16. Glatt, M. M., "Alcoholism Disease Concept and Loss of Control Revisited."

British

Journal of Addiction.
1976, 71, 136-144.

17. Jellinek, E. M.,

The Disease Concept of Alcoholism.
New Haven, Conn., College

and University Press, in association with Hillhouse Press, New Brunswick, N.J., 1980.

18. Keller, M., "On the Loss of Control Phenomena in Alcoholism."

British Journal of

Addiction,
1972, 87, 163-186.

19. Knott, David H., M.D., Ph. D.,

Alcohol Problems Diagnosis and Treatment.
New

York, Pergamon Press, 1986.

20. Milam, James,

The Emergent Comprehensive Concept of Alcoholism.
Kirkland,

Wa., ACA Press.

21. Mllam, James R. and Ketchum, Katherine,

Under the Influence—A Guide to the

Myths and Realities of Alcoholism.
Seattle, Washington, Madrona Publishers,

1981.

22. Rush. B., An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind; with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them.

[17857]. Brookfield, Mass., Merriam (8th edn.)

Концепция зависимости как болезни принимается не всеми. Главные критики модели заболевания исходят из того, что в указанных выше источниках не сводятся воедино биологические, психологические и социальные факторы. Высказываются также сомнения в том, что у некоторых из проблемно пьющих людей наличествует собственно зависимость, утверждается, что концепция болезни либо игнорирует таких людей, либо безосновательно навешивает на них ярлыки и необъективно подходит к ним. Далее следуют названия некоторых из работ, критикующих концепцию алкоголизма как заболевания.

23. Maisto, S. A., & Schefft. B. K., The Constructs for Cravings for Alcohol and Lost of Control Drinking: Help or Hindrance to Research. In Addictive Behaviors. 1977. 2.

207-217.

24. Marlatt, G. A., Craving for Alcohol, Loss of Control and Relapse: A Cognitive-Behavioral Analysis. In Alcoholism: New Directions In Behavioral Research and Treatment, Nathan, P. E., Marlatt, G. A. and Lober T. (eds.). New York, Plenum, 1978.

25. Mello, N. K., Behavioral Studies in Alcoholism. In

The Biology of Alcoholism

(Vol. 2),

B. Kissin and H. Begleiter (eds.). New York, Plenum, 1972.

26. Pattison, E. M., Sobell, M. B., Sobell, L. C. (eds.),

Emerging Concepts of Alcohol

Dependence.

New York, Springer, 1977.

**27. Robinson, D., "The Alcoholic's Addiction: Some
Implications of Having Lost**

Control Over the Disease Concept of Alcoholism,"

Quarterly Journal of Studies on

Alcohol.

1972, 33, 1028-1042,

АЛКОГОЛИЗМ И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

Доказано, что в появлении алкоголизма играет свою роль фактор наследственности. В настоящее время продолжаются исследования в этой области. Каково генетическое влияние, способствующее повышенной подверженности алкоголизму? В перечисленных ниже работах подытоживаются результаты последних исследований.

28. Goodwin, Donald,

Is Alcoholism Hereditary?

New York, Oxford University Press.

1978.

**29. Goodwin, D. W., "Genetics of Alcoholism, Substance and
Alcohol Actions/Misuse."**

Clinical Science Review:

1:101-117, 1980.

**30. Grove, William M., & Cadoret, Remi J., Genetic Factors In
alcoholism. In**

The

Biology of Alcoholism. Volume 7. The Pathogenesis of Alcoholism -
Biological

Factors,
Kissin, Benjamin and Begleiter, Henn, (eds.). New York, Plenum Press,
1983.

31. Leiber, C. S., "The Metabolism of Alcohol,"
Scientific American.
March 1976.

**32. Leiber, C. S., Hasumara, Y., Teschke, R., Matsuzaki, S., and
Korsten, M., "The Effect
of Chronic Ethanol Consumption on Acetaldehyde
Metabolism," in**

The Role of
Acetaldehyde In the Actions of Ethanol,
ed. K. O. Lindros and C. J. P. Ericksson

**(Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 23.
1975).**

**33. Leiber. C. S., and Dicarli, L. M., "The Role of the Hepatic
Microsomal Ethanol**

Oxidizing System (MEOS) for Ethanol Metabolism in Vivo,"
Journal of
Pharmacology and Experimental Therapeutics.
Vol. 181 (1972).

**34. Schuckitt, Marc A., and Rayses, V., "Ethanol Ingestion:
Differences in Blood**

**Acetaldehyde Concentrations in Relatives of Alcoholics and
Controls,"**

Science,
Vol.

203 (1979).

**35. Shuchitt. Marc A., Li Ting Kai., Clonninger, C. Robert
Deitrich, Richard A., "The**

Genetics of Alcoholism — A Summary of the Proceedings of a Conference Convened

at the University of California, Davis." Reported in

Alcoholism: Clinical and

Experimental Research,

Vol. 9, No, 6, pg. 476-492, November/December 1985.

36. U.S. Department of Health and Human Services,

Fifth Special Report to the U.S.

Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, Maryland,

December, 1983. Pgs. 15-24,

37. US Journal of Drug and Alcohol Dependence, Alcohol Tolerance Different in CoA

Men, A news story In the US Journal of Drug and Alcohol Dependence, Vol. 9, No. t2,

pg. 12, December. 1986.

38. US Journal of Drug and Alcohol Dependence, Hyperactive Teens More Likely to

Drink, A news story In The US Journal of Drug and Alcohol Dependence, Vol. 9, No,

12, pg. 19, December, 1965.

УПРАВЛЕНИЕ СТРЕССОМ И БОЛЕЗНЬ ЗАВИСИМОСТИ

Доказано, что управление стрессом и обучение релаксации весьма помогают при терапии зависимостей. В следующих работах излагаются основы исследований и методология использования техник управления стрессом и обучения релаксации в терапии.

39. Engstrom, David R., and Liebert. David E., Muscle Tension and Experienced Control;

Effects of Alcohol Intake Vs. Biofeedback on Alcoholics and Non-Alcoholics. In

Currents In Alcoholism – Recent Advances In Research and Treatment
(Vol.

VII).

Galanter, Marc (eds.). New York, Grune a Stratton, 1980. Pgs. 219-228.

40. Gorski, Terence T., and Troiani, Joseph E.,

Self Regulation / Biofeedback and

Alcoholism - An Applied Model.

Ingalls Memorial Hospital, Harvey, Illinois,

October. 1978.

ВЕЩЕСТВА, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЗАВИСИМОСТЬ

Химическая зависимость подразумевает привыкание к веществам, изменяющим сознание, в т.ч. к алкоголю. Существует общий, основной синдром зависимости, или привыкания, но каждая группа веществ имеет свои характерные особенности, проявляющиеся в состоянии интоксикации и после прекращения употребления, и эти особенности требуют изучения. Приведенные ниже работы помогут понять сходства и различия между такими веществами. В них описываются одни и те же биологические, психологические и социальные факторы заболеваний зависимости. Дается обзор последних исследований эндорфинов и энкефалинов и их роли в болезни зависимости.

41. Bennett, Gerald, Vourakis, Christine, Woolf, Donna S.,

Substance Abuse—

Pharmacologic, Developmental, and Clinical Perspectives.

New York, Wiley

Medical Publications. 1983.

42. Blum, Kenneth,

Handbook of Abuseable Drugs.

New York, Gardner Press, 1984,

43. Blum, Richard H., Bovet, Daniel, Moore, James,

Controlling Drugs: International

Handbook for Psychoactive Drug Classification.

Jossey-Bass Publishers, 1974.

44. Cohen, G., & Collins, M. A., "Alkaloids from Catecholamines in Adrenal Tissue:

Possible Role In Alcoholism,"

Science.

Vol. 167 (1970).

45. Davis, Joel,

Endorphins, New Waves In Brain Chemistry.

Garden City, New York,

Doubleday & Co., Inc., 1984.

46. Davis, V. E., and Welsh, M. J., "Alcohol, Amines, Alkaloids: A Possible Biochemical

Basis for Alcohol Addiction,"

Science,

Vol. 167 (1970).

47. Hamilton, Helen Klusek, Rose, Minnie Bowen, Gever, Larry N.,

A Professional

Guide to Drugs.

Springhouse, Pennsylvania, Intermed Communications, Inc., 1982.

48. Keeley, Kim A., and Solomon, Joel, New Perspectives on the Similarities and

Differences of Alcoholism and Drug Abuse. In

Currents In Alcoholism. Recent

Advances In Research and Treatment (Vol. VIII),

Galanter, Marc (eds.). New York,

Grune and Stratton, 1981, pp. 99-118.

КОМПУЛЬСИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Компульсивное (вынужденное) поведение – это действия, вызывающие интенсивное возбуждение, эмоциональное освобождение или изменение настроения, за которыми следуют длительные периоды

боли или дискомфорта. Такое поведение может быть внутренним (мышление, представления, чувства) или внешним (работа, игра, разговоры, и т.д.) При компульсивном поведении возникают биопсихосоциальные паттерны (жесткие схемы), аналогичные основному синдрому зависимости, возникающему при употреблении веществ, создающих привыкание. В перечисленных ниже работах дается обзор различных видов компульсивного поведения и соответствующих исследований.

49. Carnes, Patrick,

The Sexual Addiction,

Minneapolis, Minnesota, Comp Care

Publications, 1983.

50. Conway, Flo and Siegelman, Jim,

Snapping: America's Epidemic of Sudden

Personality Change

. New York, J. B. Lippincott Company, 1978.

51. Friedman, Meyer and Resenman, Ray H.,

Type A Behavior and Your Heart.

Greenwich, Connecticut, Fawcett Publications, 1974.

52. Friedman, Meyer and Ulmer, Diane,

Treating Type A Behavior and Your Heart.

New York, Alfred A. Knopf. 1984.

53. Glasser, William,

Positive Addictions.

New York, Harper and Row Publishers, 1976.

54. Hollis, Judi,

Fat is a Family Affair.

Center City, Minnesota, The Hazelden

Foundation, 1985.

55. Marlatt, G. Alan and Gordon, Judith R.,

Relapse Prevention - Maintenance

Strategies In the Treatment of Addictive Behaviors.

New York. Guilford Press,

1985.

56. Peele, Stanton,

Love and Addiction.

New York, Signet, May 1976, pp. 42-67.

57. Sargant, William,

Battle for the Mind: A Physiology of Conversion and

Brainwashing.

New York, Harper & Row Publishers, 1867.

58. Stunkard, Alber J. and Stellar, Elliot (eds.)

Eating and Its Disorders.

Association for

Research In Nervous and Mental Disease, Volume 62, New York, Raven Press,

1984.

59. Winn, Marie,

The Plug In Drug: Television. Children, and the Family.

New York.

the Viking Press, 1977.

ОТРИЦАНИЕ ПРИ ЗАВИСИМОСТИ

Зависимость называют болезнью отрицания. При обсуждении отрицания часто используются концепции “признания” (когда диагноз признаётся на сознательном уровне, но не принимается на бессознательном) и “принятия”, “сдачи” (когда болезнь принимается больным как на сознательном, так и на бессознательном уровнях). Типичным терапевтическим подходом является конфронтация. В приведённых ниже работах даётся обзор оригинальных источников и последних версий понятий отрицания, признания, принятия и конфронтации.

60. Brown, Stephanie,

Treating the Alcoholic, A Developmental Model of Recovery.

New York, John Wiley & Sons, Inc., 1986. Pp. 58, 75-100.

61. Forrest, Gary G.,

Confrontation in Psychotherapy with the Alcoholic.

Holmes

Beach Florida, Learning Publications, Inc., 1982.

62. Gorski, Terence T.,

The Denial Process and Human Disease.

Ingalls Memorial

Hospital, May, 1976, Available from the CENAPS Corporation, P.O. Sox
184, Hasel

Crest. Illinois, 60429.

63. Gorski, Terence T.,

**Denial Patterns: A System for Understanding the Alcoholic's
Behavior.**

Ingalls Memorial Hospital, June, 1976. Available from the CENAPS

Corporation, P.O. Box 184, Held Croat, Illinois, 60429.

64. Milam, James R. and Ketchum, Katharine,

**Under the Influence - A Guide to the
Myths and Realities of Alcoholism.**

Seattle, Washington, Madrona Publishers,

1981, pp. 88-89.

65. Royce, James 6.,

**Alcohol Problems and Alcoholism —A Comprehensive
Survey.**

New York, The Free Press or MacMillan Publishing Co., 1981, pp. 91 -94.

66. Tiebout, Harry M., Psychological Factors Operating in Alcoholics

Anonymous, In

Current Therapies of Personality Disorders,

B. Glueck (ed.) New York, Grune &

Stratton, 1946, pp. 145-165.

67. Tiebout, Harry M., "Therapeutic Mechanisms of Alcoholics

Anonymous,"

American

Journal of Psychiatry.

1947, 100, 468-473.

68. Tiebout, Harry M., "The Act of Surrender in the Psychotherapeutic Process with

Special Reference to Alcoholism,"

Quarterly Journal of Studies on Alcohol,

1949,

10, 48-50.

69. Tiebout, Harry M., "Surrender Versus Compliance in Therapy with Special Reference

to Alcoholism,"

Quarterly Journal of Studies on Alcohol.

1953, 14, 58-68.

70. Tiebout, Harry M.,

The Act of Surrender In the Therapeutic Process.

New York,

The National Council on Alcoholism, undated.

71. Tiebout, Harry M., "Conversion as a Psychological Phenomenon."

Read before the

New York Psychiatric Society, April 11, 1944. New York, National Council on

Alcoholism, 1944,

72. Vaillant, George E.,

The Natural History of Alcoholism — Causes, Patterns, and Paths to Recovery.

Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press. 1983, pp.

31-32, 172-173.

73. Wallace, John, Working with the Preferred Defense Structure of the Recovering

Alcoholic. In

Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy.

S. Zimbers, J.

Wallace and S. B. Blume (eds.). New York, Plenum Press, 1978.

74. Zimberg, Sheldon,

The Clinical Management of Alcoholism.

New York,

Brunner/Mazel Publishers, 1982, pp. 74-77, 110-116.

ЗАВИСИМАЯ СЕМЬЯ

Как правило, зависимость описывается как семейное заболевание.

По имеющимся оценкам, каждый действующий алкоголик или наркоман способствует появлению серьёзных проблем у трёх-пяти членов семьи. За последние пятнадцать лет произошло решительное изменение в диагностических и терапевтических подходах. Цель семейной терапии расширилась от простой поддержки в выздоровлении алкоголика до определения поражений у членов семьи и оказания им помощи. В следующих работах рассматриваются концепции обретения возможностей, семейной терапии, созависимости, синдрома взрослых детей алкоголиков (АСОА).

75. Ackerman, Robert J.,

**Children of Alcoholics: A Guidebook for Educators,
Therapists, and Parents.**

Holmes Beach, Florida, Learning Publications, 1978.

76. Black, Claudia.

It will never Happen to Me.

Denver, Colorado, MAC Printing and Publishing Division, 1962.

77. Carnes, Patrick,

The Sexual Addiction.

Minneapolis, Minnesota, Comp Care Publication, 1983, pp. 91-140.

78. Drews, Toby Rice **Ge**

**ting Them Sober: A Guide for Those Who Live with an
Alcoholic.**

Plainfield, New Jersey, Have Books, Logos International.

79. Dulfano, Celia, Family Therapy of Alcoholism. **In**

Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy.

S, Zimbers, J. Wallace and S. Blume. New York, Plenum Press, 1978, pp. 119-136.

80. Dulfano, Celia,

Families, Alcoholism, and Recovery: Ten Stories.

Hazelden Foundation, 1982.

81. Gorski, T., Miller. M.,

Focus on Family,

"Relapse: The family's involvement," Parts I, II, III. Hollywood, Fl.,

The U.S. Journal of Drug and Alcohol Dependence. Inc.

Sept./Oct., Nov./Dec., 1909, Jan./Feb., 1984.

82. Gorski, Terence T.,

Intimacy and Recovery — A Workshop Manual.

Hazel Crest, Illinois, the CENAPS Corporation, 1984.

83. Gravitz, Herbert L. and Bowden, Julie D.,

Guide to Recovery: A Book for Adult Children of Alcoholics.

Holmes Beach, Florida, Learning Publications, Inc., 1985.

84. Greenleaf, Jael, "Co-Alcoholic Para-Alcoholic: Who's Who and What's the Difference?" Presented at the National Council on Alcoholism, 1981 National Alcoholism Forum, New Orleans, Louisiana, April 12, 1981.

85. Howard. Donald P, and Howard, Nancy T., Treatment of the Significant Other. In

Practical Approaches

to

Alcoholism Psychotherapy, S.

Zimbers, J, Wallace and S. Bluma, New York, Plenum Press, 1978, pp. 137-162.

86. Kaufman, Edward and Kaufman, Pauline,

Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse.

New-York, 1979.

87. Miller, Merlene and Gorski, Terence T.,

Family Recovery: Growing Beyond Addiction.

.Independence, Missouri, Herald House Independence Press, 1982.

88. Norwood, Robin,

Women Who Love Too Much

. Los Angeles, Jeremy P. Tarcher, Inc., 1985.

89. Peele, Stanton,

Love and Addiction.

New York, Signet, May 1976.

90. Smith, Jan L., Gorski, Terence T., Miller, Merlene, "Family Involvement in Relapse

Prevention." - Course Handout, 1985.

91. Wegsheider, Sharon,

Another Chance - Hope and Health for the Alcoholic Family.

Palo Alto California, Science and Behavior Books, Inc., 1983.

92. Woititz, Janet Geringer,

Adult Children of Alcoholics.

Pompano Beach, California, Health Communications, Inc., 1996.

93. Woititz Janet Geringer,

Struggle for intimacy.

Pompano Beach, California, Health Communications, Inc., 1985.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ
АЛКОГОЛИКОВ**

По имеющимся оценкам, болезнь зависимости сокращает жизнь человека приблизительно на 11 лет. Существуют свидетельства того, что хотя трезвость увеличивает продолжительность жизни, трезвые алкоголики продолжают подвергаться большому риску повышенной заболеваемости и преждевременной смерти. Причины смерти простираются от заболеваний печени и других прямых поражений организма до рака, болезней сердца и заболеваний, связанных со стрессом. Причины наступления смерти в трезвости отражают сильное влияние болезней, связанных со стрессами и токсинами, которые могут возникать из-за замены основной зависимости на зависимость от других веществ (кофеина и никотина) и видов поведения.

94. Pefl, S, and O'Alon.io, C. A., "A Five Yf.if Morr-ttity Study of A'coholic-
i,"

Journal of Occupational Medicine.

15:120-126, T973,

95. Vaillant, George E..

The History of Alcoholism—Causes, Effects, and Paths to Recovery.

Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1983, pp. 161-173.

КОФЕИН

В результате исследований кофеиновая зависимость определяется как клинический синдром, характеризующийся повышенной тревожностью, беспричинным страхом и раздражительностью, а также физическими симптомами, такими как тахикардия (учащённое сердцебиение) и тремор (дрожание рук). Хотя часто в этом не отдаётся отчёта, кофеиновая зависимость может играть значительную роль в возникновении чувства дискомфорта и дисфункции у лиц, выздоравливающих от болезней зависимости. Кроме того, кофеиновая зависимость может иметь связь с возвращением к зависимому употреблению у выздоравливающих.

96. Blattner, John F.,

The Effects of Caffeine Consumption with Alcoholics and Its Relationship to Levels of Anxiety.

An Unpublished Doctoral

Dissertation, Prepared for the Fielding Institute, Santa Barbara, California, 1985.

97. Killian, K., Bullock, W., "Caffeine; A Potential Drug of Abuse,"

Advances In

Alcohol and Substances Abuse.

1983, 3:53-73.

98. O'Carroll, P. B.,

Caffeine Withdrawal from Cocaine Abuse.

New York. Springer-Verlag, 1984.

99. Killian, K., Bullock, W., Caffeine: A Potential Drug of Abuse, in

Addictive Behaviors.

Shaffer, Howard and Stimmel. New York, Barry, Haworth Press, 1983, pp. 63-74.

100. Gilbert, M., Caffeine As a Drug of Abuse.- In

Research Advances In Alcohol and Drug Abuse, Vol. 3.
Gibbons et al., Isreal Y. et al (eds.). New York. John Wiley and Sons, 1976.

101. Greden, J. P.. "Anxiety or Caffeinism, A **Diagnostic** Dilemma."

American Journal of Psychiatry,
Vol. (31:1069-1092, 1974.

102. Greden, J. P., Fontaine P., **Lubetsky, M. and Chamberlain, K.,**
"Anxiety and Depression Associated with Caffeinism **Among** Psychiatric
Patients,"

American Journal of Psychiatry,
Vol. 138:863-968, 1978.

103. Nasr, H., "Acute Effects and Alcohol
Antagonizing Properties of Caffeine,"

Quarterly Journal Of Studies on Alcohol.
Vol. 27:727-734, 1986.

104. Robertson, D., Prolich, J. C., Carr, R.

K.,

Watson, J. T., Hollifield, J. W., Shand, O. C. and Oataa, J. A., "Effects of Caffeine on Plasma
Renin Activity, Catecholamines and High Blood Pressure," **Alcohol**

British Journal of Medical.
Vol. 298:181-186, 1978.

ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Последние исследования показывают, что выздоравливающие
алкоголики страдают от не устанавливаемых клиническим наблюдением
органических умственных расстройств, затрудняющих способность
думать, управлять своими чувствами и эмоциями, помнить факты,
нормально спать, сохранять психомоторную координацию и справляться
со стрессом. Синдром является хроническим и ярко выражен на стадии
раннего выздоровления в течение 30-180 дней. После этого периода
симптомы периодически возвращаются, особенно в моменты, когда
пациент испытывает чрезмерный стресс, усталость или плохо питается.
Этот синдром называют постабстинентным синдромом, длительной

абстиненцией, “сухим пьянством”, “подготовкой к употреблению”.

Следующие работы рассматривают этот синдром, дают его описание и приводят гипотетические причины возникновения.

105. **Abbott, M. W., and Gregson, R. A. M., Cognitive dysfunction in the prediction of relapse in alcoholics. J Stud Alcohol 42:230-243, 1981.**

106. Adams, K., Grant, Igor, and Reed, Robert, "Neuropsychology in Alcoholic Men in

Thm

Late Thirties:

One-Year Follow-Up,"

American Journal of Psychiatry 1378.

August 1980, pp. 928-931,

107. Adams, K., Grant, Igor, Carlin, Alber S.; Reed, Robert, "Cross-Study Comparisons of Self-Reported Alcohol Consumption in Four Clinical Groups,

" American Journal of Psychiatry 1364,

April, 1981, pp. 445-449.

108. Flegleiter, H.. "Brain Dysfunction and Alcoholism: Problems and Prospects."

Alcoholism; Clinical and Experimental Research 5, 2,

Spring 1981, pp. 284-266.

109. Bennett A. E., Mowery G. I., Port J.T., Brain Damage from Chronic Alcoholism: "The Diagnosis of Intermediate **Stage of Alcoholic Brain Disease,**"

Am J Psychiatry

116:705-711, 1960.

110. Berglund M. "Cerebral **Dysfunction** in Alcoholism Related to **Mortality and Long-Term Social Adjustment,**" **Arch Gen Psychiatry;**

Clinical and Experimental Research.

Vol. 9, No. 2:153-157, 1985.

111. **Berglund, M., Laigouquist, H., Horlen, M., Prognostic significance and re variability of cerebral dysfunction in alcoholics. J Stud Alcohol 38:1761-1769, 1977.**

112. Btrnbaum, Isabel M, and Parker, Elizabeth S. (eds.l.

Alcohol and Human Memory.

Htllsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1977, Distributed by Halsted Press Division. John WHey & Sons, Inc., New York.

113. **Brandt, J.**, Butters, N., Ryan, C., Bayog, R., "Cognitive Loss and Recovery in Long-Term Alcohol Abusers,"

Archives of Genera/ Psychiatry

40:436-442. 1983,

114. Cala, L, A. & Mastaglia, F. L., "Computerised Tomography in Chronic Alcoholics."

Alcoholism: Clinics! and Experimental Research

S2, Spring, 1981, pp, 283-294.

115. **Carlen, Peter L.**, Reversible Effects of Chronic Alcoholism on the Human Central Nervous System; Possible Biological Mechanisms, tn

Cerebral Deficits in Alcoholism,

D, A. Wifkinson led.), Toronto, Canada, Addiction Research Foundation, 1982, pp. 107-122.

116. Coger. R, W., et. al., EEG Differences Between Male Alcoholics in Withdrawal and Those Stabilized in Treatment. In

Cumnta In Alcoholism. Vol. VIII.

M. Galanter (ed.l. New York, Grune & Stratton, 1981, pp. 86-96.

117. **DeSoto, CHnton B.**, O'Donnel), William E., Alfred, Linda J., **Lopes, CherylE.**, "Symptomatology lr> Alcoholics at Various **Stages of Abstinence,**" <4/c'o/io//sOT;

Ci/n/caf and Experimental Haswfrch,

Vol. 9, No. 6, Nov./Dec. 1986, pp. 605-S12,

118. Eckardt, M. J.,

Alcohol and Brain Dysfunction,

Clinical Brain Research Lab of Clinical Studies, DICBR, NIAAA, Rockvilla, Maryland.

119. Eckardt, M. J., Parker E. S., and Noble, E. P., "Change* in Neurophysiological Performance During Treatment for Alcoholism."

Blot. Psychlft.

1979, 14:943-964.

120. **Eckhardt, M.**, Ryback, **Ralph S.. Neuropsychologica)**

Concomitants of Alcoholism. In

Currents in Alcoholism Volume VIII.

M. Galanter (ed.). New York, Grune & Stratton, 1981, pp. 6-27.

121. Fabian, M. S., Parsons, O. A., "Differential Improvement of Cognitive Function* in Recovering Alcoholic Women."

J Abnorm Psycho/
92:87-96, 1983.

122. Finger, S, A.,

Recovery from Brain Damage: Research and Theory.
New York, Plenum Press, 1978.

123. Galanter, M. et. al., Thought Disorder in Alcoholics. In

Currents In Alcoholism Volume VIII,
M. Galanter (ed.). New York, Grune & Stratton, 1980, pp. 248-262.

124. Goldman, M. S., Reversibility of Psychological Deficits in Alcoholics: The Interaction of Aging with Alcohol. In

Cerebral Deficits In Alcoholism,
O. A. Wilkinson (ed.). Toronto, Canada. Addiction Research Foundation, 1982, pp. 79-106.

125. Goldman, M. S, "Cognitive Impairment in Chronic Alcoholics; Some Causes for Optimism."

Am Psy-
chiatry 118:1045-1064, 1983.

126. Goldman, Mark

S.,

"New psychological Recovery in Alcoholics: Endogenous and Exogenous Processes,"

Alcoholism: Clinical and experimental Research.
Vol. 10, No. 2, March/April 1986.

127. Goldstein, G., Chouinard, J. W., McCarthy, R. J., and Neuringer, C.,
"Recovery from Gait Instability in Alcoholics,"

Journal of Studies on Alcohol.
28: 38-43, 1968.

128. Gorski, T.

The FVAUCO/CA/FY-FFSAC Alcoholism Diagnostic System.
Hazel Crest, Illinois, Alcoholism Systems Associates, pp. 28-31, 1979.

129. Gorski, T. and Miller M.,

Counseling for Relapse Prevention

Independence, Missouri, Independence Press, **5982**, pp. 31-35.

130. Gorski, T, "Special **Report**; Diagnosing **PAW** Using the **OSM III**." Hazel **Crwt**, Illinois, The **CENAPS** Corporation, January **20, 1984**,

131. **Gram. I.** and Judd, **L. L.**, "NBUropsychological and **EEG** Disturbances in Polydrug **Users**."

American Journal of Psychiatry
7339, September 1979, pp. 1039-1042.

132. Grant, I., Adams, Kenneth, Reed, Robert, "Normal Neuropsychological Abilities of Alcoholic Men in Their Late Thirties."

American Journal of Psychiatry
10, October, 1979, pp. 1263-1269.

133. Grant, I., Adams, K., Reed, R, "Aging, Abstinence, and Medical Risk Factors in the Prediction of Neuropsychologic Deficit Among Long-Term Alcoholics."

Archives of General Psychiatry 41
July 1984.

134. Gregson, R. A, M., & Taylor, G. M., Prediction of relapse in male alcoholics. *J. Stud Alcohol* **38:1749-1759, 1977**.

135. Harper C. B., **Blumberg's P. C.**, "Brain Weights in Alcoholics,"
J Neurol Neurosurg Psychiatry
45;838-840, 1982.

136. **Hartmann, Ernest 1.**, **Alcohol** and Sleep Disorders. In Pattison, E. M. and Kaufman, E.,

Encyclopedic Handbook of Alcoholism.
New York, Gardner Press, 1982, pp. 180-193.

137. **Jonklna, R. L.**, & Parsons, **O, A.** Recovery of **Cognitive** Abilities in **Male** Alcoholics, In

Alcoholism VII.
(M. Galanter, ed.). New York, Grune & Stratton, 1980, pp. 229-237.

138. **Ktssin, B.**, Biological Investigations in Alcohol Research. In

Research Priorities on Alcohol. Journal of Studies on Alcohol
[Suppl, 8:546-181, November, 1979.

139. Lishman W, A., "Cerebral Disorder in Alcoholism; Syndromes of Impairment."

Brain

104; 1-20, 1981.

140. MacVane, J., Butters, N., Montgomery, Kathleen, Farber, Jonathan, "Cognitive Functioning in Men Social Drinkers."

Journal of Studies on Alcohol 43

81-95, 1982. 141. McCrady, Barbara S, PhD., Smith, Delia E., "Implications of Cognitive Impairment for the Treatment of Alcoholism,"

Alcoholism; Clinical and Experimental Research

Vol. 10, No. 2, March/April 1986,

142. Milam, J, and Ketcham, K.,

Under the Influence.

Seattle, Washington, Madrona Publishers, 1981, pp. 66-70,

143. Miller, M., Gorski, T. Miller, D.,

Learning to Live Again.,

Independence, Missouri, Independence Press, pp. 98-101, 1980.

144. Page, R. D. and Schaub, L. H., "Intellectual Functioning in Alcoholics During Six Months' Abstinence."

Journal of Studies on Alcohol 35

1240-1246, 1977. 146. Parkef, Elizabeth S., and Parker. Douglas A., "Towards an Epidemiology of Cognitive Deficits Among

Alcohol Consumers.

Canadian Journal of Psychiatry in Alcoholism,

D. D. Wilkinson (ed.). Toronto, Canada, the

Addiction Research Foundation, March 1979, pp. 21-46.

146. Parsons, O. A., "Neuropsychological Deficits in Alcoholics; Facts and Features." **Alcoholism: Clinical and Experimental Research.** 1:51-66, 1977.

147. Parsons, O. A. & Law, W. R., "The Relationship Between Cognitive Dysfunction and Brain Damage

in

Alcoholics; Causal, Interactive, or Epiphenomenal?"

Alcoholism: Clinical and Experimental

RasaarchSl.

Spring, 1981, pp. 326-343.

**148. Pishhin, Vladfnir, Lovalto, William R.. Bourne, Lyte E, Jr.,
"Chronic Alcoholism in MalM:. Cognitive**

Deficit As a Function of Ag“ of Onset, Age. and Duration."

Alcoholism: Clinical and exparfmantat

Raaaarch,

Vol. 9, No. 5, pp. 400-40S, Sapt./Oct. 1965.

**149. PorjeM, 8. and Segleler, H., "Human Evoked Brain
Potentials and Atoohol."**

**Alcoholism: Clinical and Exfiarfnmntal ftasMirch e 2 Spiing,
1981, pp. 304-317.**

150. Porjesz, B. and Beglaiter, H., Brain Dysfunction and Alcohol. In 77w
Pathoganasis of Alcoholism—Biological Factors, Vol. 7.
B. KIssin and Begleiter (ads.). New York, Plenum Press, 19(0 pp. 418-463.

151. Ryan, C., BuRers, N. & Montgomery, K., "Memory Deficits In Chronic
Alcoholics; Continuities Between the'Intact' Alcoholic and the Alcoholic
Koreakoff Patient." In a/o/off/ca/fft'acrto/4/coAo/ H. Begleller {ad.l. New
York, Plenum Press, 1978, pp. 701-718.

152. riyon, C, & Butters, N., "Further Evidence for a Conllnuum-of-
Impairment Encompassing Male Alcoholic Korsahoff Patients and Chronic
Alcoholic

tAan." Alcoholism: Clinical and EMparimantal Ra-saarch, 4
No. 2, April 1980.

153. Ryan C., **Butters** N., Cognitive Deficits in Alcoholics, In
The Pathogenesfs of Alcoholism-Blologiwi Factors,
Vol.7, B, KisslnandBegleiterteds.). New York, Plenum Press, t9B3, pp. 436-438,

154. S anchor Grata, M. and Wilkinson, o. A., Investigation of Brain
Function in Atcohotics: A Method ologic at Critique, in

Cerebral Deficits in Alcoholism.

D. D. Wilkinson (ed.l. Tgfonto. Canada, The Addiction Research Foundation, March 1979, pp.
21 "46.

155. Segal, S. M., Kushnarev, V. M., Urakov, I. G., Mialon, E. U.,
"Alcoholism and Disruption of Activity of Deep Cerebral Structures."

Quarterly Journal of Studies

on

Alcohol

31:587-60), 1970.

156. Sellers, E. M., Kalant, H., Alcohol Withdrawal and Delirium
Tremens. In

Encyclopedic Handbook of Alcoholism.

New York, Gardner Press, Inc., 1982, pp. 152-153.

157. Silbstein, J. A., and Parsons, O. A., Neuro psychological Impairment
In Female Alcoholics. In

Currents In Alcoholism Vft,

M. Galanter (ed.) New York, Grune & Stratton, 1980. Pp. 481-496

158. Small, J. Ed,

Alcohol' and Cognitive Loss.

Special Supplement NIAAA's National Clearing House for Alcohol Information, Rockville,
Maryland.

159. Tarter, R. E. & Afterman, A.), "Neuropsychological Deficits in
Alcoholics; Etiological Considerations."

Journal of Studies on Alcohol 4S

1, 1984, pp. 1-9.

160, Walker, D. W., et al., "Neuroanatomical and Functional Deficits
Subsequent to Chronic Ethanol Administration in Animals."

Alcoholism: Clinical and Experimental Research 52,

Spring, 1996), pp. 267-282.

161. Weiner, H., Hofer, M., & Stunkard, A. J. (eds.)

Brain, Behavior, and Bodily Disease.

New York, Haven Press, 1961.

162. Wellman, M., "The Late Withdrawal Symptoms of Alcohol
Addiction."

Canadian Medical Association Journal,

70:526-529. 1954.

163. Wilkinson, D. A. and Carlen, P. L., "Neuropsychological and Neurological Assessment of Alcoholism;

Discrimination Between Groups of Alcoholics,"

Journal of Studies on Alcohol,

41:i29-139. 1960.

164. Wilkinson, D. A. and Carlen, P. L., Relation of Neuropsychological Test Performance in Alcoholics to Brain Morphology Measured by Computed Tomography, In

Advances in Experimental Medicine and Biology. Vol. W.

Biological Effects of Alcohol.

H. Begleiter(ed.), 683-699,

Har-

York Plenum Press, 1980.

165. Zimbardo, Sigmund,

The Clinical Management of Alcoholism.

New York, Brunner/Mazel Publishers, 1902, pp. 60-61.

ЭВОЛЮЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Выздоровление определяют, как эволюционный процесс устранения повреждений, нанесённых болезнью зависимости, развития механизмов приспособления без употребления химических веществ, изменения личности и приобретения новых подходов к жизни и способам жить. Ранее считалось, что выздоровление – это лишь “процесс зеркального отражения”, просто восстановление в обратном порядке после поражений, вызванных развитием болезни. Впоследствии был сделан вывод, что для успешного выздоровления требуется не просто восстановление после повреждений прошлых лет, но и приобретение совершенно новых навыков приспособления к жизни, развитие новых личностных качеств и подходов к жизни и способам жить. На приобретение этих навыков влияет длительное отравление организма, на ликвидацию которого уходит от 6 до 18 месяцев. В указанных ниже работах даётся обзор основ эволюционной модели выздоровления от болезни зависимости.

166. Bean, M., "Alcoholica Anonymous I,"

Psychiatric Annals.

1975(a), 5(21), 7-61.

167. Bean. M. "Alcoholica Anonymous II,"

Psychiatric Annals.

1975(b), 5(3), 7-57. 168. Bean, Margaret, Clinical Implications of Models for Recovery from Alcoholism. In

The Alcohol/Abuse Behaviors,

Shatter, Howard and Barry, Stimmel eds. The Haworth Press, Inc., 1964, Pp. 91-104,

169. Blane, H. T., Psychotherapeutic Approach. In

The Biology of Alcoholism, Treatment and Rehabilitation of the Chronic

Alcoholic (Vol. 5), Q-

Kissin and H. Begleiter (eds.). New York, Plenum, 1977. pp 160-160, 1977,

170. Brown, Stephanie.

Treating the Alcoholic; A Developmental Model of Recovery.

New York, John Wiley & Sons. 1986.

171. Forrest, Gary Q.,

Intensive Psychotherapy of Alcoholism,

Springfield, Illinois, Charles C. Thomas Publisher, 1964.

172. Gorski, Terence T.,

The Developmental Model of Recovery-A Workshop Manual.

The CENAPS Corporation, Hazel Crest, Illinois, 1986.

173. Hales Foundation, Inc.

The Caring Community Series.

Center City, Minnesota, 1978. No. 1;

The New Awareness.

No,

2: Identification.

No. 3:

Implementation.

No. 4; m"

Crisis.

No.

5:

Emafgancy

Grrw.

No. 6:

OMiIng with Dan/a/.

No. 7: Th* Haw Understanding.

No, 8;

Winning by losing—Tim Decision.

No. 9;

Pwsomif Inventory ft Planned Ha-Cntry..

No. 10:

Cbatlwgw to tha Mow Way of Ufa.

174. Miller. **Marlene**, Gorski, Terence T., and Miller, David K.,

Learning to Uv“ Again-a Ou/da to Racovary from Alcoholism.

Indep“n4ence, Missouri, Independance Press, 1982, pp. 123-128.

175. Mulford, H., "Stages in the Alcoholic Process."

Journal of Studies

on

Alcohol.

1977,38(31, 563-683.

176. Rubinsron, E,, "The First Year of Abstinence: Notes on an Exploratory Study."

Journal of Studies on Alcohol.

1981, 41(6>, 577-582.

177. Tiebout, Harry M., "Therapeutic Mechanisms of Alcoholics Anonymous,"

American Journal of Psychiatry,

1947,

178. Wiseman, J. P., "Sober Comportment; Patterns and Perspectives of Alcohol Addiction."

Journal of Studies on Alcohol.

1961,42(1), 106-126.

179. Zimberg, N, E,, Psychotherapy in the Treatmant of Alcoholism. In **Encyclopedic Handbook of Alcoholism,**

E, M. Pattison and E. Kaufman (eds.). New York. Gardner Press, 1982, pp. 999-1011.

АА И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ ГРУППЫ САМОПОМОЩИ

“Анонимные алкоголики” (АА) и связанные с этим сообществом группы очень помогли миллионам людей выздороветь от болезни зависимости. Приведенные ниже книги – это частичный список литературы АА и других подобных групп, которая часто используется в подходах к химической и поведенческой зависимостям, основанных на принципе самопомощи.

180. Alcoholics Anonymous World Services, Inc.,

Alcoholics Anonymous.

Alcoholics Anonymous World Services, inc., 1955.

181. Alcoholics Anonymous World Services. Inc.,

Alcoholics Anonymous Coma of Ago.

Alcoholics Anonymous Publishing, Inc. (now known as A.A. World Services, Inc.), 1957.

182. Alcoholics Anonymous Publishing, Inc. (now known as A.A. World Services, Inc.).

Twelve Steps and Twelve Traditions.

Alcoholics Anonymous Publishing, Inc. (Now known as A.A. World Services, inc.). 1957,

183. Bill 8.,

Compulsive Overeaters, The Basic Text for Compulsive Overeaters.

Comp Care Publications, Minneapolis, Minnesota, 1981.

184. Emotions Anonymous International.

Emotions Anonymous.

Emotions Anonymous International, 1978.

185. Narcotics Anonymous World Service Office, Inc.

Narcotics Anonymous.

C.A.R.E.N.A. Publishing Co.. 1982.

186. Maxwell, Milton A..

The AA Enparlenco.

New York, McGraw-Hill Book Company, 1984.

ПИТАНИЕ

Питание – важная часть выздоровления. Большое количество людей выздоравливающих от зависимостей, плохо питаются. Многие страдают от гипогликемии (пониженного содержания сахара в крови) и диабета. Важно иметь комплексные пособия о роли правильного питания для выздоровления.

187. Katcham, Katharine, **and L. Ann Mualler,**

Eating Right to Live Sober.

Seattle, Washington, MacIrona Publishers, 1981.

188. Milam, James, and Ketcham, Katharine,

Under the Influence – A Guid to the Myths and Realities of Alcoholism.

Seattle, Washington, Madrona Publishers, 1981.

ПРОЦЕСС СРЫВА

В 1935 г. процент срывов у проходивших терапию алкоголиков составлял 98%. Лишь двум процентам алкоголиков после терапии удавалось остаться трезвыми и выздоравливать. В начале 1970 гг. к выздоровлению приходило 40-60 % всех алкоголиков после терапии. Такое резкое улучшение процента выздоровления непосредственно связано с более точным пониманием природы алкоголизма (концепция болезни) и применением этого понимания в клинической практике. Процент срывов с 1970 г. остался практически неизменным. Для существенного увеличения числа успешно выздоравливающих необходимо систематическое наблюдение за пациентами, которым не удаётся выздоравливать. На основе этой информации должно родиться новое, более точное понимание природы срыва, которое потом должно быть применено на практике. Список следующих работ – попытка отразить появление нового понимания процесса срыва.

189. Armor, David J., Polich, Michael, Stambul, Harriet

Q.. Alcoholism and Treatment.

New York, John Wiley & Sons, 1978.

190. Baakland, F., Lundwall, L., & KIssin, S., Methods for the Treatment of Chronic Alcoholism; A Critical **Appraisal**. In Gibbons, J, G., Isreal, Y., Kalant, M., Popnam, R.

J.,
Schmidt, W., & Smart, R. G.,

ff-sinwh Advances In Alcohol and Orug Problems.
New York, John Wlity & Sons, 1976.

191. Crewa,

Chw\wW., A Look at Relapse.
Canter City, Minnesota, Ha-ieldan Educational Matflfiala, **1980**.

192. Donovan, Dennis M. and Chaney, Edmund F., Alcoholic Relapse Prevention and Intervention; Models **and** Method*. In

Ralapsa Prevent/on—Maintenance Strategies In tfia Treatment of Addictive Behaviors.

Marian, G. Alan and Gordon, Judith R. (eda.l. New York, The GiHord Prew, 1966, pp. 361-418.

193. Emrick, C. D., A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. 1. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behaviour following treatment.

Quarterly Journal of Studios on Alcohol.
35:523-548, 1974.

194, Gorski, Terence T.,

Tha Dynamics of Relapse in the Alcoholic Patient,
Harvey, Illinois, Ingalls Memorial Hospital, September 1976,

195, Gorski, Terence T. **and** Miller, Merlana M.,

Counseling fof Ra/apsa Prevention: Tha Workshop Manual.
Hazel Croat, IHinoif, Human Ecology Systems, Inc., **1979**.

196. **Gorski, Terence T., "Dynamic of Relapse."**

CAP Digest,
November/December **1980**.

197. Gorski, TorencflT., and Miller, Merleng.

Tha PhMM M<1 Warning Signs of Ralupaa.
Independence, MIsaouri, Herald Houw, Independence Prew. 1904.

198. Gorski, Torence T., and Miller, Meriene,

Counseling for Relapse Prevention.

Independence, Missouri, Herald House Publishers. 1982, pp 43-76.

199. Grimmett, John O.,

Barriers Against Recovery.

Center City, Minnesota, Hazelden Education Materials. 1982.

200. Holier,

J.

E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., 6

F. W. W.

A., The Extent of Long-Term Moderate Drinking Among Alcoholics Discharged from Medical and Psychiatric Treatment Facilities,

British Medical Journal of Medicine,

Vol. 312, No. 26, 1986.

201. Hoffman, Norman S., Belille, Carol A., McKenna, Thomas, Cairor
1986 Report, St. Paul, Medical Education and Research Foundation, 1985.

202. Letler, Dan J., Sayers. Mollie A., Nelson, Jack E.,

NIAAA Treatment Handbook Series: Summaries of Alcoholism
Treatment Assessment Research.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville. Md., 1985.

203. Martatt, G, Alan, Relapse Prevention: Theoretical Rationale and
Overview of the Model, in

Relapse Prevention—Maintenance Strategies in the Treatment
of Addictive Behaviors.

Mariatt, G. Alan and Gordon, Judith R, (ed.). New York, The Guilford Press. 1986, pp. 3-70,

204. Pickens, R. W., Hatsukami, O. K., Spicer. J. W., & Svikie, D. S.,
Relapse by Alcohol Abusers,

Alcoholism Clinical and Experimental Research,

Vol. 9, No. 3, 1985.

205. Robe, Lucy Barry, and Maxwell N. Welsman, Slips, Sobriety and
the A.A. Program, in

Relapse/Slips.

Johnson Institute, 1983. Pp. 34-62.

206. Vatlaa, Jorge,

From Social Drinking to Alcoholism.

Dallas, Texas, Tane Press, 1969- Pp. 89-116.

1

AA – Сообщество Анонимных Алкоголиков

2

Все ссылки см. в Библиографии –

Эволюционная модель выздоровления

3

Выражаем Джан Смит благодарность за помощь в составлении этого списка.