



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

«КПТ співзалежності (на прикладі клінічного випадку)»

Тетяна Рощина

Київ-2017

ПЛАН

ВСТУП.....	3
1. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В УКРАЇНІ.....	3
2. ПОНЯТТЯ «СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ» У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....	3
3. ПРИЧИНИ ФОРМУВАННЯ СПІВЗАЛЕЖНИХ СТОСУНКІВ (ЕВОЛЮЦІЙНІ, НАСЛІДУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПОВЕДІНКОВИХ МОДЕЛЕЙ).....	12
ОСНОВНА ЧАСТИНА.....	17
4. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	17
4.1 Анкети і шкали.....	17
4.2 Діахронічний функціональний аналіз. Формулювання.....	18
4.3 Терапевтичний договір.....	22
4.4 План терапії.....	22
4.5 Хід терапії.....	24
4.6 Результат терапії.....	40
ВИСНОВКИ.....	41
БІБЛІОГРАФІЯ.....	43

ВСТУП

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В УКРАЇНІ

Проблема співзалежності набуває все більшої актуальності у зв'язку з розширенням і поглибленням масштабів різних видів адикцій. Співзалежність є соціально розповсюдженим явищем, а також головним фактором ризику формування залежної поведінки у осіб, від яких емоційно залежать співзалежні.

Психічне здоров'я громадян держави – є головним показником, що характеризує суспільство і державу. У нашому суспільстві, яке залежить від зумовленого менталітету, співзалежність є частиною соціуму, яка негативно впливає на життя конкретної людини, на суспільство в цілому. Мета суспільства – виростити психічно здорове покоління. Співзалежні стосунки заважають повноцінному життю людини, позбавляють її можливості відчувати радість та задоволення, любити, самореалізовуватися і самовдосконалюватися.

Корекція співзалежної поведінки є тривалим процесом, бо потрібно суттєво змінювати звичний спосіб життя. Звільнення від співзалежності зустрічає протидію суспільства через відповідні традиції, стереотипи, що є перепорою для розвитку як окремої особистості, так і суспільства в цілому, суспільство передає моделі поведінки співзалежності із покоління в покоління.

2. ПОНЯТТЯ «СПІВЗАЛЕЖНІСТЬ» У СУЧАСНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Співзалежність ще недостатньо вивчена в світі, в тому числі і в Україні.

В психології співзалежність не класифікується як самостійна нозологія, а трактується лише як складний особистісний розлад.

У сучасній психології існує кілька підходів до пояснення феномену співзалежності. Але на сьогодні не створена вичерпна і переконлива концепція його виникнення і розвитку.

Відсутність єдиного теоретичного підходу призводить до того, що основна увага дослідників зосереджена на вивченні окремих аспектів розвитку співзалежної поведінки.

S.Wegscheider-Crus та R. Subby розуміють співзалежність як особливий психічний стан. R. Subby, у 1984 р. запропонував визначення співзалежності – це «емоційний, психологічний та поведінковий стан, що виник в результаті тривалого впливу пригнічуючих правил, які перешкоджали відкритому прояву почуттів та обговоренню особистісних і міжособистісних проблем».

S.Wegscheider-Crus, розширив дане визначення: «співзалежність – це специфічний стан, що характеризується сильною стурбованістю, а також крайньою емоційною, соціальною, а іноді й фізичною залежністю від людини чи предмету. У кінцевому рахунку, така залежність від іншої людини стає патологічним станом, що впливає на всі відносини співзалежної особистості».

Роберт Саббі визначає співзалежність як «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, которое развивается в результате длительной экспозиции индивидуума и практикования им набора поведенческих правил, препятствующих как открытому выражению чувств, так и прямому обсуждению личностных и межличностных проблем»; «дисфункциональный способ жизни и решения проблем, который питается набором правил семейной системы».

Уайнхольд Б. характеризує співзалежність як психологічний розлад, причиною якого є незавершеність однієї з найважливіших стадій розвитку в дитинстві – стадії встановлення психологічної автономії.

Морозова Г.В. визначає співзалежність, як вивчений набір поведінкових форм чи дефектів характеру, саморуйнівних, що призводять до зниження здатності ініціювати та брати участь у любовних стосунках.

Короленко Ц.П. вважає, що співзалежність є відхиленням у розвитку, що зумовлене дисфункційним, травмуючим вихованням дитини. Співзалежність знаходить своє відображення в невпевненості, низькій самооцінці, і в зв'язку

з цим, у нездатності встановлювати стабільні здорові зв'язки як із самим собою, так і з оточуючими.

Ковальов С.П., співзалежність – це стан людини, яка емоційно залежна від зовнішнього отримання джерела самооцінки і який фокусується на стимулах, щоб не відчувати власного болю.

В. Д. Москаленко співзалежну особистість характеризує як людину, що повністю зосереджена на тому, щоб керувати поведінкою іншої людини, не турбується взагалі про задоволення власних потреб. На думку Москаленко, співзалежні - це люди, що знаходяться в шлюбі чи близьких стосунках із хворими на хімічну залежність; особи, що мають одного або обох батьків хворих на хімічну залежність; особи, що виховувалися в емоційно-репресивних, дисфункційних родинах – де мала місце хімічна залежність, або суворе виховання, де природне вираження почуттів заборонялось. Виховання в такій родині сприяє формуванню психологічних особливостей, що є основою співзалежності.

Симптоми співзалежності

Уайнхольд Б. виділяє такі симптоми співзалежності: відчуття залежності від інших; перебування в контролюючих стосунках, які принижують особистість; низька самооцінка; потреба в постійному схваленні і підтримці інших, щоб відчувати, що все йде добре; відчуття безсилля, що щось можливо змінити у деструктивних стосунках; потреба в алкоголі, їжі, роботі, сексі, інших зовнішніх стимуляторах для відволікання від особистих переживань; невизначеність психологічних меж; відчуття себе в ролі жертви, шута; нездатність відчувати почуття справжньої близькості і любові.

Усі визначення співзалежності описують явище з різних боків, але спільним є визнання обмеження психічного функціонування при співзалежності; «самоподавленческой и самопораженческой позиции»; хворобливість психологічного стану; фокусування уваги на зовнішньому, частіше на іншій особистості, її житті, вступ співзалежного у дисфункційні

стосунки і підтримка їх; намагання через звернення до чужого фокусу уваги отримати власну безпеку, самоцінність особистої своєрідності.

У сучасній психології сформувалися два основних підходи до вивчення співзалежності: медичний та еволюційний. Автори медичного підходу (М.Бітті, В.Д. Москаленко, О.А. Шорохова) розглядають співзалежність як первинне стійке, спадкове та прогресуюче захворювання, яке не піддається терапії.

В еволюційному підході (Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд) - співзалежність є психологічним розладом, в результаті незавершеності однієї з стадій розвитку в ранньому дитинстві (у віці 2-3 років) – стадії встановлення психологічної автономії. Прибічники даного підходу встановили, що наявність власного «Я» дозволяє знаходитися в близьких відносинах з іншими людьми, не втрачаючи себе як особистість.

Психологи як правило визначають співзалежність як родинну проблему (М. Битти, 1997; R. T. Potter-Effron, 2002; Д. А. Циринг, 2009; Н. Курек, 2004; В. Москаленко, 2006; Е. Назаров, 2000; Н. Манухина, 2009, Р. Хемфелт с соавт., 2007; Д. Бредшоу, 1989, Б. и Д. Уайнхолд, 2011 и др.). Аналіз психологічної літератури з проблеми дозволяє розуміти співзалежність не тільки як вторинне явище, що по'язане з алкогольною і наркотичною залежністю близького, а як порушення розвитку особистості, що сформувалося в ранніх дитячо-родинних стосунках. На основі первинної співзалежності відбувається формування всіх інших видів залежностей і розвиток вторинної співзалежності. В.Д. Москаленко вважає, що вторинна співзалежність є складним патологічним станом, сформованим у родичів пацієнтів, що страждають хімічними та не хімічними видами залежностей, що зумовлює порушення психічного здоров'я та особистого розвитку, що виявляється на ментальному, емоційному, соціальному, духовному рівнях, включає в себе порушення поведінки та соціальної адаптації.

Еталонним прикладом співзалежності є сімейні відносини алкоголіка і його дружини, протягом багатьох років вона безуспішно намагається

врятувати супутника життя від згубної звички. Однак співзалежність закоханої жінки від алкоголіка – це тільки одна з форм цього деструктивного явища, адже нерідко співзалежні відносини виникають між людьми, не пов'язаними узами шлюбу. Співзалежність може виникати між матір'ю і дитиною, батьком та дитиною, братом і сестрою і навіть близькими друзями. Тому ризик потрапити в пастку співзалежності теоретично є у кожної людини, що має у близьких родичів або друзів алкоголіка або наркомана.

Різні психологи по-різному трактують поняття співзалежності, проте всі вони сходяться в тому, що дане явище являє собою вивчену деструктивну поведінку в особистісних відносинах, що характеризується вивченою безпорадністю, деструктивною жалістю і певним чином викривленим мисленням. Співзалежні люди – це ті, хто неправильно і неефективно реагують на алкоголізм, наркоманію чи іншу залежність близьких і вибудовують з ними відносини по трикутнику Карпмана, виступаючи одночасно і переслідувачем, і рятівником, і жертвою.

Ознаки співзалежності

Трикутник Карпмана



Усі психологічні ігри зводяться до трьох ролей: Переслідувач, Рятівник, Жертва.

Мета співзалежного – отримання негативної уваги, зняття з себе відповідальності, стабілізація самооцінки, виконання негативних дитячих програм тощо.

Відсутність стану Дорослого у цих ролях, взаємодія на рівні Дитина-Батьки.

Роль Жертви

Поведінка пасивна, постійні скарги: демонстрація своєї нежиттєздатності; діє так, ніби не має ресурсів для вирішення своїх проблем (або хтось повинен змінитися, щоб він був щасливий).

Мета: бути врятованим, бути покараним.

Емоції: жалість до себе, образа, сором, безпорадність, страждання тощо.

Когніції: «я не можу вирішити сам свої проблеми, я в глухому куті, моя ситуація невирішена, зі мною вчинили несправедливо тощо».

Стосунки з іншими ролями:

1. Жертва-Переслідувач. Жертві необхідно мати Переслідувача для виправдання безпорадності («З таким чоловіком не може бути життя»).
2. Жертва-Рятівник. Рятівник потрібен Жертві для виправдання невирішеності ситуації. Жертва звертається за порятунком, а потім знецінює порятунок, щоб сказати «Нічого не вийшло!».

Роль Переслідувача

Поведінка агресивна, постійні звинувачення: діє виключно тільки в своїх інтересах; налаштований на пошук недоліків у інших; знаходиться у негативній позиції щодо інших, критикує; контролює їх дії.

Цілі: захопити чужу територію, покарати інших.

Емоції: злість, почуття зверхності, злість, безсилля, ненависть, гнів.

Думки: «Мені всі повинні: інші повинні робити так, як я вважаю за потрібне, інших треба контролювати, тих, хто завинив – карати» тощо.

Стосунки з іншими ролями:

1. Переслідувач-Жертва. Жертва необхідна Переслідувачу для задоволення власних потреб щодо контролю та покарання.
2. Переслідувач-Рятівник. Рятівник потрібен для попередження повного покарання Жертви (бо більше нікого буде карати).

Роль Рятівника

Поведінка пасивно-агресивна, виправдання: дії спрямовані на порятунок інших (при цьому Жертва забуває про себе); робить більше, ніж від

неї вимагається; робить те, що не хоче робити; порятунок відбувається так, що в кінці всі залишаються незадоволеними, проблеми не вирішуються.

Цілі: побудова барє'рів.

Емоції провини, праведного гніва, роздратування.

Когніції: « я (не) повинен допомогти, інші не впораються без мене, я повинен попередити біду тощо».

Стосунки з іншими ролями:

1. Рятівник-Жертва. Жертва необхідна Рятівнику для задоволення потреби рятувати.
2. Рятівник - Переслідувач. Переслідувач потрібен для попередження повного порятунку (бо не буде кого рятувати).

Стосунки у співзалежних і залежних будуються згідно трикутнику Карпмана, така взаємодія стає заміною справжній близькості.

Вихід з трикутника Карпмана

Трикутник Партнерства. Учень-Помічник-Учитель

Учень. Поведінка Дорослого, вирішує свої проблеми. Може просити про допомогу, але знає, що йому можуть відмовити, знаходить нові способи задоволення власних потреб. Здатні сприймати труднощі як життєві уроки. Адекватно оцінюють, яка потрібна допомога. Визнають і приймають точку зору інших. Визнають свої здатності до вирішення проблем і незалежності.

Учитель. Здатний відстоювати свої права, не порушуючи права інших. Може навчати, контролювати процес, брати на себе відповідальність. Вміє не карати і не принижувати, а реально виправляти і контролювати ситуацію. Не втручаються у ситуації, в яких не можуть допомогти. Працюють над своїми недоліками і розвивають власні здібності.

Помічник. Поважають здатність Учня думати, вирішувати проблеми, просити те, чого бажають. Не втручаються, якщо їх не просять. Використовують свої здібності, щоб аналізувати і вирішувати власні

проблеми. Якщо не бажають допомагати, впевнено відмовляють, спочатку вирішують власні проблеми.

«Рятівник» починає відчувати себе відповідальним за життя родича алкоголіка або наркомана і запевняє себе про необхідність постійно піклуватися про нього. Деякі психологи вважають, що в нашій країні так багато жінок десятиліттями терплять чоловіків-п'яниць не тільки з-за слабкої сили волі, але й через особливості менталітету, адже переконання «близьким завжди потрібно допомагати» і «людину не можна кидати в біді» наші люди вбирають з молоком матері.

Життя «рятівника» повністю підпорядковується потребам і бажанням залежної людини. Співзалежні люди не вміють говорити «ні» і беруть на себе більшу частину обов'язків алкоголіка або наркомана, а також підлаштовують свій спосіб життя під нього. Яскравим прикладом цієї ознаки можна назвати співзалежність жінки від чоловіка-алкоголіка: у такій парі дружина зазвичай практично самотійно виховує дітей, виконує більшу частину домашньої роботи, є головним добувачем у сім'ї і при цьому терпить запої і п'яні витівки чоловіка.

Співзалежна людина швидко втрачає здатність любити себе, відстоювати власні права і відмовляє собі в праві на особисті бажання й уподобання. У людей, залежних від алкоголіків і наркоманів, дуже низька самооцінка, тому вони не наважуються заявляти про власних бажаннях і потребах і бояться осуду суспільства у разі, якщо відмовляться від своєї «рятувальної місії».

Співзалежна людина постійно застосовує різні методи маніпулювання, щоб отримати допомогу і співчуття оточуючих. Психологія співзалежності – це психологія вічної жертви, яка обурюється несправедливістю світу, хоче, щоб її всі жаліли і захищали, але при цьому не робить жодних спроб змінити власне життя.

Стрес, підвищена тривожність і цілий ряд негативних емоцій – постійні супутники співзалежної людини. Такий психологічний стан дуже швидко

позначається і на фізичному здоров'ї «рятівника» – у нього з'являються розлади сну, харчові розлади і психосоматичні хвороби.

Небезпека співзалежності

Співзалежність від алкоголіка або наркомана – це найкоротший шлях до важких нервових розладів і руйнування власного життя. Людина, що потрапила в пастку співзалежних відносин, дуже скоро перестає жити своїм життям і своїми інтересами, а починає ставити в пріоритет відповідальність і турботу про алкоголіка. Тому не дивно, що співзалежні жінки і чоловіки дуже швидко втрачають своє колишнє коло спілкування, забувають про хобі і довгострокові плани і практично розчиняються у залежній людині.

Постійний стрес, тривога і занижена самооцінка негативно позначаються на психічному здоров'ї людей, і нерідко через кілька років життя пліч-о-пліч з алкоголіком або наркоманом у співзалежної людини розвивається важка депресія та інші психічні розлади, а також з'являються суїцидальні нахили.

Крім шкоди для соціального життя і психічного здоров'я, психотерапевти і наркологи виділяють ще одну небезпеку співзалежності – а саме, підвищений ризик співзалежного самому знайти згубну залежність. Нерідко дружини алкоголіків і наркоманів від відчаю або з метою краще зрозуміти чоловіка і самі починають вживати алкоголь або психотропні речовини і, як внаслідок, стають пацієнтками наркодиспансерів.

3. ПРИЧИНИ ФОРМУВАННЯ СПІВЗАЛЕЖНИХ СТОСУНКІВ (ЕВОЛЮЦІЙНІ, НАСЛІДУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНИХ ПОВЕДІНКОВИХ МОДЕЛЕЙ)

Уайнхольд вважає, що якщо в 3 роки між матір'ю та дитиною не встановилася відповідна довіра, і дитина не почала відчувати свою самостійність, дитина стає психологічно залежною від інших, вона не буде чітко відчувати свого “Я”, що відокремлювало б її від інших. Співзалежність дорослих виникає, коли дві психологічно залежні особистості будують стосунки один з одним, де кожен вносить щось своє, що необхідно йому для створення психологічно завершеної особистості. Незалежними вони не можуть бути, тому вони ніби приклеюються один до одного, як наслідок – кожен сконцентрований на особистості партнера, на тому, що може трапитися, і не займаються собою, не мають внутрішнього самопочуття, не розвиваються. Встановлюють контроль над поведінкою інших, звинувачують один одного у своїх проблемах, сподіваючись, що інший буде поводити себе так, як хотів би партнер.

Деякі дослідники почали вивчати співзалежність як “системну” проблему, коріння якої сягають у проблеми всього суспільства.

Енн Уілсон Скеф в роботах “Женская реальность” (1981) і “Когда общество попадает в зависимость” (1987) виділяє дві системи, які починають конфліктувати: Біла Чоловіча, чи Система, якій притаманна залежність, та Рятуююча Жіноча, Система життєвого процесу. Тобто два різні засоби мислення.

У роботі “Чаша и былинка” (1987) Райен Айслер змальовує більш глибокий історичний огляд культури нашої планети, і представляє еволюційний погляд на дві основні форми стосунків - домінаторну модель и модель партнерства. Р. Айслер проводить детальний аналіз взаємовідносин між статями протягом всієї історії людства.

Партнерське суспільство. Доісторична доба, що тривала 30 — 40 тисяч років до н.е. була культом жіночого початку. В Європі та на Близькому Сході населення яких тривалий час насолоджувалось миром і розквітом, рухалося вперед. Це було партнерське суспільство, яке будувалося на єдності, задоволенні взаємних потреб, цінувало народження дітей і якість їхнього виховання, був «культ жіночого», «Великої Матері» - культура будувалася на рівності, співстражданні, відмові від насилля, благоговінням перед життям, влада, ризики, нагороди перед суспільством розподілялися незалежно від статі. Сумісна діяльність сприяла гармонічним стосункам між людьми.

У 4 тис. до н.е. культ жіночого поступово витісняється культом чоловічого, що призвело до протилежного типу цивілізації, яку Айслер називає домінаційним суспільством.

Домінаційне суспільство культивує якості, які асоціюються з мужністю, цінує готовність віддати своє життя та деструктивні дії (захоплення територій, війна). Нерівність, конкуренція, ієрархія, що підтримується силою, атмосфера недовіри та роз'єднання— ознаки стосунків.

На думку Айслер, при вивченні моделей соціальних структур стає зрозумілим, що домінаційна модель створює співзалежне суспільство, а партнерська модель веде до взаємозалежного суспільства, де люди працюють разом, щоб підтримувати один одного.

Таким чином, коріння співзалежності пронизують усю структуру домінаційної моделі суспільства, яка присутня в усіх громадських інститутах, також і релігійні структури.

Причини співзалежності уходять коріннями в глиб нашої соціальної культури: будь-яка культура, що ставить одну статтю вище за іншу, одну расу вище за іншу, створює співзалежне суспільство.

Співзалежність є головною проблемою у сучасному суспільстві, бо є перешкодою для особистісного зростання, для соціального здоров'я суспільства, яке орієнтується на домінаційну модель. Співзалежність

присутня також в усіх сферах життя: медицині, освіті, релігії, політиці і війсьній справі.

Причини співзалежності в першу чергу лежать в особливостях особистості співзалежних. Як правило, їхня деструктивна поведінка є наслідком батьківської моделі побудови стосунків в родині - це люди, що здатні співпереживати і глибоко вникати в проблеми іншої людини. Вони беруть на себе відповідальність за життя інших людей, жертвуючи собою. У той же час відмовляються від відповідальності за себе. Межі особистості у співзалежних розмиті аж до ототожнення себе з іншою людиною, вони здатні маніпулювати іншими.

Є у співзалежності і об'єктивна причина - родина, як функціональна система, що має власні механізми саморегуляції.

Всі члени родини перебувають в одному енергетичному полі, стан одного впливає на стан всіх інших. Це і є співзалежність. Як система, сім'я прагне зберегти встановлену рівновагу шляхом звичних взаємин.

Якщо рівновага порушується, всі члени сім'ї докладають зусиль (звичайно неусвідомлювані) для її відновлення. Кожен член сім'ї виконує в ній власну функцію. Якщо хтось намагається змінити свою поведінку, решта явно чи несвідомо заважають йому: порушується рівновага сім'ї, що змушує змінюватися інших.

Співзалежні, як і залежні, використовують заперечення як форму психічного захисту: "Проблеми немає, нічого серйозного, все під контролем." Контроль у співзалежних розвинений надмірно. Вони контролюють своїх близьких, свої емоції, все, що може заподіяти їм біль. Цей тотальний контроль тільки погіршує ситуацію, змушуючи залежного "йти у глухий захист", а співзалежних позбавляє свободи і спокою.

Чим більше контролю, тим напруженішою стає ситуація. Більш того, стан контролю тримає в напрузі тіло, сковує рух енергії, викликаючи хворобу.

Інша сторона співзалежності в сім'ї - неусвідомлений енергетичний вампіризм. Він виникає там, де людина (зазвичай дружина або мати),

потребуючи задоволенні власних потреб, "переносить" цю потребу на іншого. Не знайшовши себе в житті, вона "хапається" за чоловіка або дитину, відчуючи до нього сильну прихильність, величезну любов, проявляючи самопожертву.

Відчувати прихильність, надавати допомогу тому, хто її потребує, це природньо. Більше того, правильно надаючи допомогу, ми розвиваємося самі. Помилка в тому, що намагається допомогти той, хто сам для себе нічого не робить. Якщо "помічник" сам не реалізувався як особистість, його допомога віднімає у "підопічного" силу, гальмує його розвиток.

Психологічна допомога співзалежним

У сучасній психології немає єдиного підходу для лікування співзалежності. Виходячи з аналізу літератури, ми робимо висновок, що психологічна робота із співзалежними людьми повинна бути спрямована, **по-перше**, на подолання вторинної співзалежності – розширення поведінкового спектру взаємодії із залежними родичами за рахунок більш чіткого розуміння особливостей своєї поведінки, яка сприяє або протистоїть продовженню вживання та розвитку хвороби.

По-друге, робота зі співзалежними повинна бути орієнтована виключно на свідомий рівень, на травматичний досвід; орієнтована на роботу з актуальним станом пацієнта. Необхідно виявити джерела розвитку співзалежності; розкрити особистісний потенціал, особистісні ресурси; працювати з почуттями, емоціями. Охоплювати мультифакторні прояви співзалежності: когнітивно-емоційний, поведінковий, психофізичний рівні.

Таким чином, **рівнями спрямованості психологічного супроводу терапії співзалежності мають бути:**

1. **Когнітивний рівень** — виявлення НАДів, ПЖ, робота з неадекватними копінг-стратегіями та їхнім деструктивним впливом на психологічні процеси, соціальне життя.
2. **Емоційний рівень** — відновлення емоційних дефіцитів, формування навичок усвідомлюваного вираження почуттів, розвиток емпатії.
3. **Поведінковий рівень** — зміна або відмова від форм поведінки, що є деструктивними, навчання нових, більш ефективних і здорових форм поведінки.
4. **Психофізіологічний рівень** — формування навичок розслаблення та регуляції функціональних станів засобами «Майдфулнес».

ОСНОВНА ЧАСТИНА

4. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

4.1 Анкети і шкали

Психологічний статус

Л. жінка 47 років, має чоловіка (у шлюбі 23 роки), доньку-студентку 20 років. Л. успішний викладач ВУЗу, працює додатково нянею, щоб менше часу знаходитися вдома.

Проблеми і симптоми

Л. звернулася за допомогою через фізичну, психологічну та емоційну виснаженість. **На когнітивному рівні** – постійні думки, що «нормального життя вже не буде, я нікому не потрібна, я ніколи не вийду з цього кола». **На емоційному рівні** - відчуття "замороженості" почуттів, ненависті до себе, до оточуючих, почуття провини, придушений гнів, неконтрольована агресія, відчуття нікчемності. **На поведінковому рівні** - постійні конфлікти в родині, необхідність постійно контролювати близьких, занедбаність своїх потреб, проблеми в інтимному житті. **На фізичному рівні** – постійне відуття втоми, порушення сну, серцебиття.

Історія розвитку проблеми

Чоловік Л. протягом 10 років занадто багато вживає алкоголь. Наслідки вживання – чоловіка потрібно виводити зі стану сп'яніння за допомогою крапельниць, медичних препаратів, або стаціонарного лікування. У тверезому стані чоловік працює, утримує родину. Л. відчуває, що ходить по замкненому колу, стосунки з чоловіком погіршуються. Л. відчуває сильний гнів, роздратованість, відчай, звинувачує себе і оточуючих у ситуації, що склалася. Постійно контролює чоловіка і доньку, знаходиться у напруженні. Бере на себе роль рятівника, якщо чоловік починає пити. Відчуває себе жертвою, заложницею життєвих обставин. Л. почала безвідповідально ставитися до службових обов'язків. Може не виходити на роботу, бо треба контролювати чоловіка, або супроводжувати його під час лікування, слідкувати за ним. Все

життя Л. сконцентровано навколо чоловіка та його проблеми. Згадує, що забула про випускний (не прийшла на нього) дочки після 9-го класу, бо треба було контролювати-рятувати чоловіка. Л. перестала займатися улюбленими справами. Настрій пригнічений. Погіршився сон.

Ситуація ускладнюється тим, що Л. живе в 3-х кімнатній квартирі зі своїми батьками. В одній кімнаті живе тато - батько пив все життя, зараз прикутий до ліжка через ампутовану ногу. Не має можливості пити. Мати живе в іншій кімнаті з онукою. Батьки між собою не спілкуються, живуть окремими родинами. В 3-й кімнаті живе Л. з чоловіком. Мати Л. співзалежна людина, в теперішньому звинувачує, ображає Л. Стосунки з батьком тяж складні - ображав Л. з дитячих років. У Л. є старша сестра, яка з родиною живе окремо. Стосунки сестер тяж негативні. Сестра домовилась з батьками, щоб ті переписали свою частину майна на неї, Л. ж залишається одна третя квартири. Потрібно домовлятися і вирішувати квартирне питання. Л. не бачить майбутнє своє родини, хвилюється за доньку, що росте у деструктивній родині. Підтримуючими факторами для Л. є робота, широке коло спілкування, читання художньої літератури, подорожі, «спілкування з Богом».

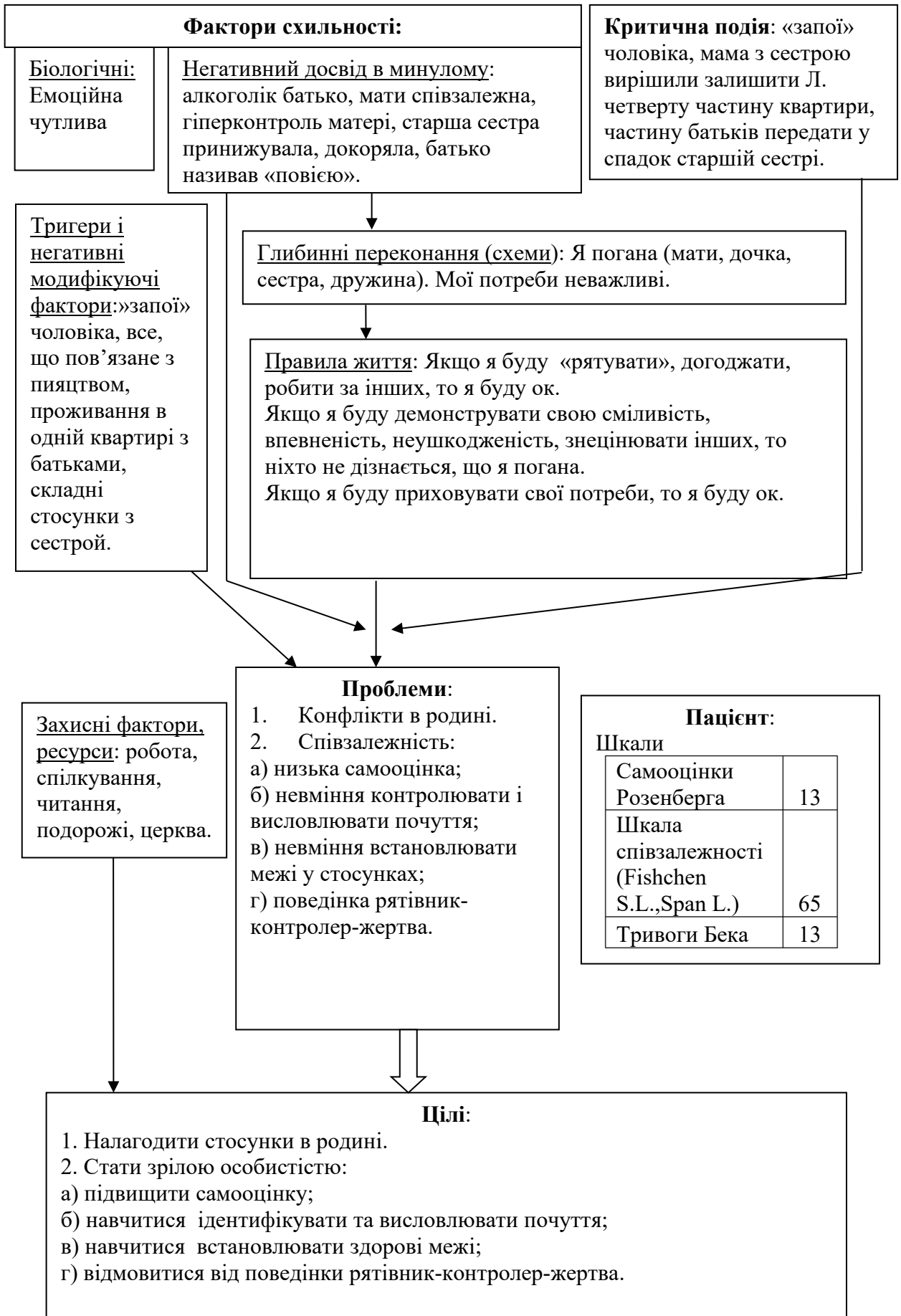
Шкали

- ✓ Самооцінки Розенберга -13.
- ✓ Шкала співзалежності (Fishchen S.L.,Span L.) -65.
- ✓ Тривоги Бека-13.

4.2 Діахронічний функціональний аналіз. Формулювання

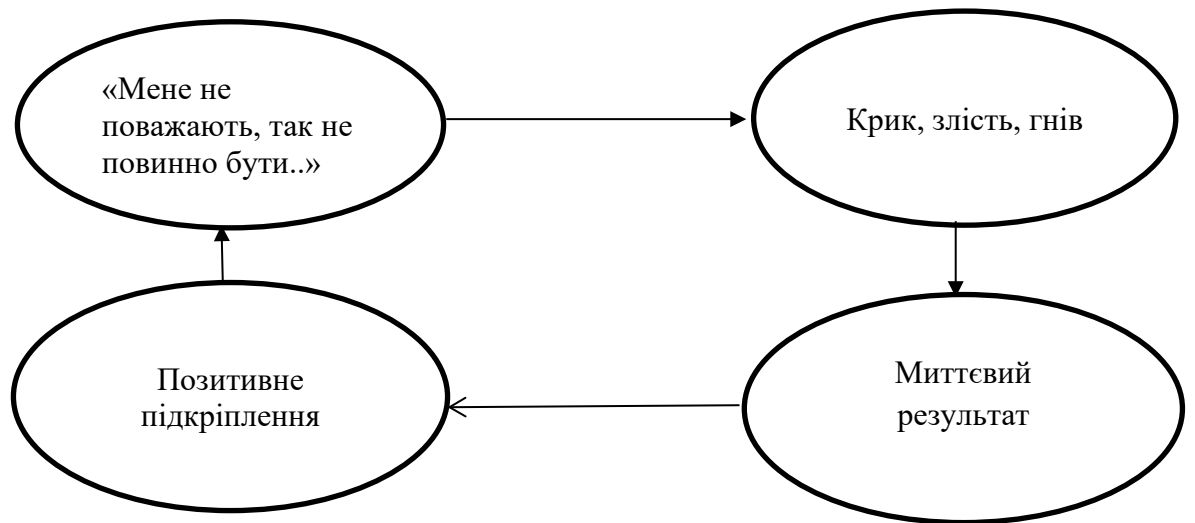
Протягом трьох сесій було проведено обстеження, разом з клієнтом побудоване формулювання: виявлення проблем, постановка і узгодження цілей терапії. (Бланк формулювання додається). Побудовані цикли, виявленні

мішені для терапії. Був побудований план терапії та узгоджений на супервізії.

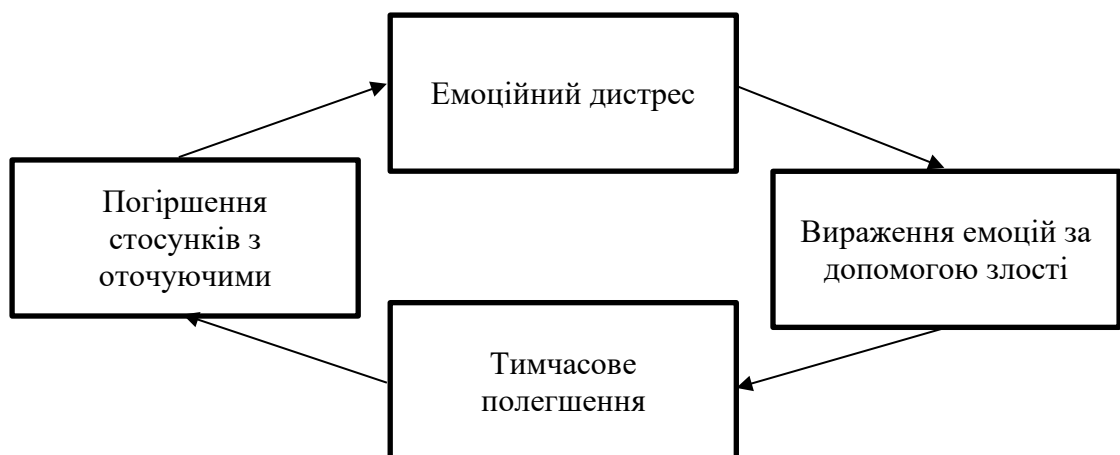


Цикли

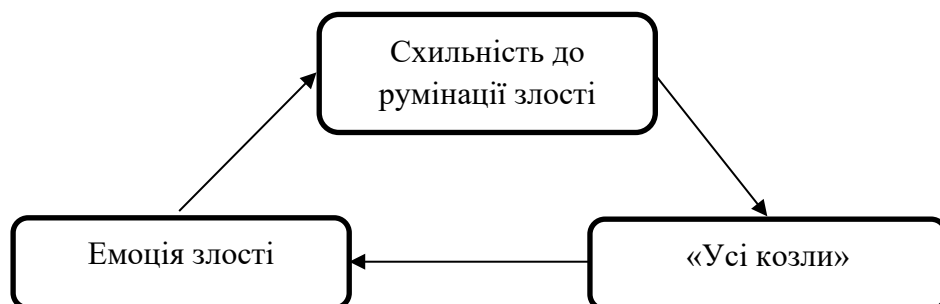
1. Цикл негативного позитивного підкріплення



2. Цикл інтерперсональних стосунків

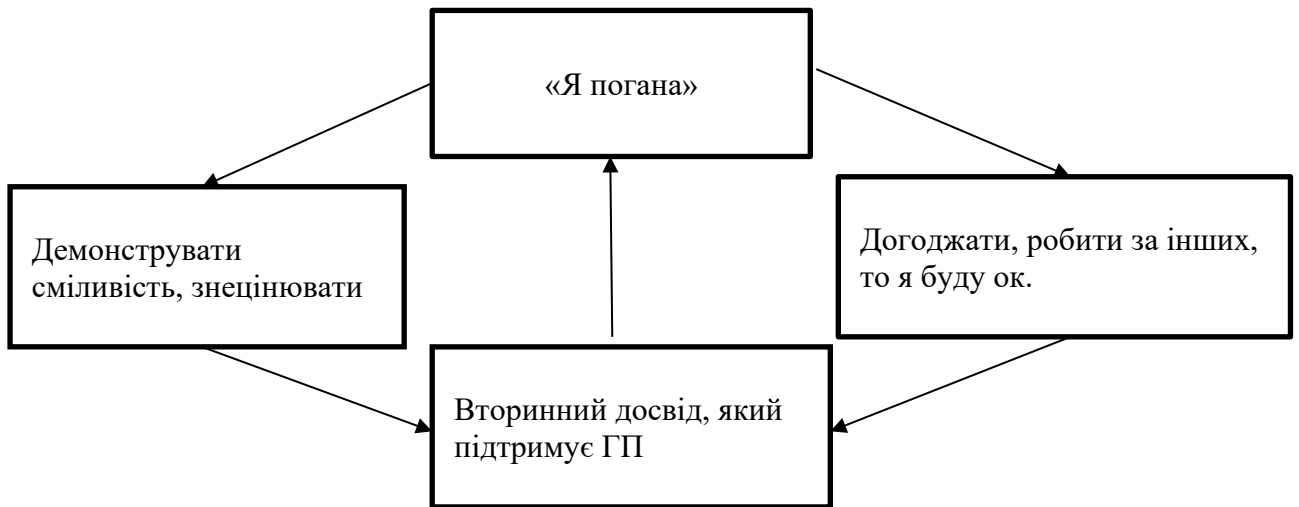


3. Цикл негативної румінації злості

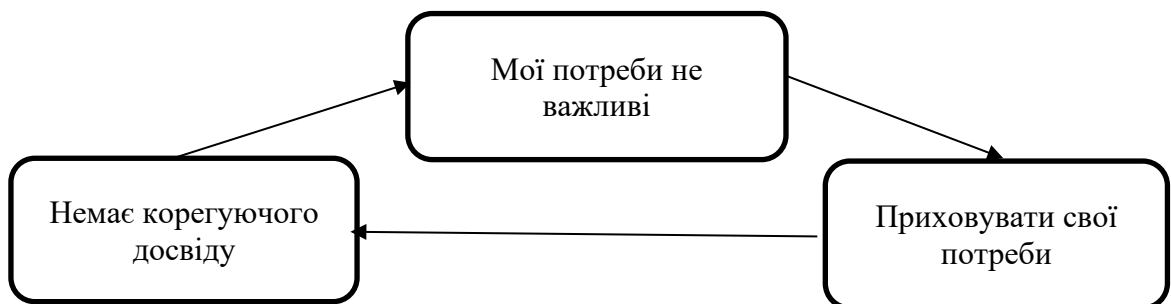


Підтримуючі цикли

Цикл 1 проміжних та глибинних переконань



Підтримуючий цикл 2 проміжних та глибинних переконань



Підтримуючий цикл 3



4.3 Терапевтичний договір

Клієнту було запропоновано проведення 1 сесії на тиждень. Також було повідомлено про можливість відвідування груп самопомоги «Ал-Анон», а також прослухати курс лекцій про співзалежність у «Школі для родичів» м. Київ вул. Довженка 2. Було проінформовано про роботу в моделі КПТ, яка буде побудована навколо когнітивного, емоційного, поведінкового та фізіологічного рівнів. Були поставлені цілі, що наводяться у формулюванні. Клієнт був повідомлений про необхідність виконувати домашні завдання і бути активним учасником сумісної роботи з терапевтом.

4.4 План терапії

- I. Щодо співзалежності та конфліктних стосунків з рідними.
 1. Психоедукація про співзалежність, залежність, соціалізація в КПТ. Психоедукація про потреби у стосунках. Стабілізація стану. Встановлення терапевтичного альянсу.
 2. Виявлення НАДів. Дистанціювання від НАДів. Поведінкова активація. Когнітивна реструктуризація. Робота з когнітивними фільтрами.
 3. Виявлення помилкових поведінкових стратегій у стосунках. Когнітивна робота з трикутником Карпмана з поведінкою контролер – рятівник – жертва, формування адаптивних поведінкових стратегій. ПЕ тестування у реальному житті адаптивних стратегій.
 4. Поведінкова робота. Відмова від поведінки «жертва, контролер, рятівник» - заміна на «відповідальний за своє життя, партнер, помічник». Планування ситуацій, де можна втілювати адаптивні стратегії.
 5. Робота з цінностями і цілями.
- II. На другому етапі роботи продовжуємо роботу над співзалежними стосунками і розпочинаємо роботу над емоціями і почуттями.
 1. Психоедукація. Розпізнавання і розуміння злості, її наслідків, мотивування.

2. Менеджмент надмірно сильної злості – «Термометр злості» - техніки уникнення і «заспокоєння», майндфулнес.
 3. Розвиток коупінгу з різними ситуаціями і проблемами в асертивний спосіб.
 4. Когнітивна робота – плекання помічних думок.
 5. Когнітивна робота з ПЖ «Критикувати, знецінювати, щоб не відчувати себе поганою», що обумовлює проблемну регуляцію злості. Робота з когнітивними фільтрами. Майндфулнес і зменшення румінації. Розвиток більш адаптивної філософії життя. Коупінг картки.
 6. Додаткові втручання – навички асертивної поведінки, просити вибачення, спокутувати провину, відновлювати стосунки. Рольові ігри в уяві.
- III. На третьому етапі роботи продовжуємо роботу над співзалежними стосунками, починаємо працювати над низькою самооцінкою. Зосередження на ГП та дисфункційних правилах життя:
1. Психоедукація про походження схем і дисфункційних правил життя, перегляд формулювання.
 2. Когнітивна реструктуризація. Розвиток адаптивної самооцінки та самоприйняття.
 3. Виявлення ГП і ПЖ. Когнітивна робота з ГП «Я погана». Формування нового адаптивного ГП.
 4. Експеріентальна робота.
 5. Когнітивна робота з ПЖ. «Якщо я буду «рятувати», догоджати, робити за інших, то я буду ок». Формування нового адаптивного ПЖ.
 6. Тестування, зокрема перенесення їх у сферу стосунку з іншими, ставленні до оточуючих та близьких, самосприйнятті.
 7. Навчання майндфулнес.
 8. Робота з цінностями і цілями.
- IV. Останнім етапом роботи була консолідація набутих навичок та знань; продовження навчання майндфулнес та розвиток «скриньки знарядь» щодо запобігання рецидивам.

4.5 Хід терапії

1-3 сесії

1-3 сесії були спрямовані на проведення обстеження, написання формулювання, виявлення проблем і встановлення цілей, ознайомлення з планом терапії, можливою тривалістю, побудова терапевтичного стосунку.

Щодо співзалежності та конфліктних стосунків з рідними

4 – 7 сесії

Була проведена психоедукація про співзалежність, залежність. Соціалізація в КПТ.

Для стабілізації стану пацієнтки були застосовані техніки дистанціювання від негативних думок, когнітивного уникнення – відволікання. Був складений список ситуацій, що є тригерами (розмови з батьками про чоловіка, розмови з чоловіком – коли прийде додому, теми щодо вживання алкоголю тощо). Було запропоновано уникати тригерів, виходити із ситуацій, де градус злості дуже високий фізично – замість сваритись, кричати на чоловіка, мити посуд, гуляти на дворі, зустрічатися з подругами, відвідати театр.

Л. була достатньо мотивована до терапії, але ми застосували мотиваційне консультування, щоб пацієнтка проговорила і візуалізувала переваги і недоліки стосунків в родині. За допомогою Сократівських питань ми знайшли відповіді на питання, що говорять «за і проти» продовження конфліктних стосунків та зміни їх. Плюси і мінуси нових стосунків в родині. Ми використали техніку шкали готовності для змін - Л. на 10 з 10 була готова до змін.

Л. почала відвідувати лекції в «Школі для родичів», а також групи самопомоги. Поступово ці зустрічі на групах стали ресурсом для клієнтки, де відбувалася ідентифікація клієнтки; вона відчула надію, що може змінити своє життя. Бесіди, розповіді жінок стали дзеркальним відображенням емоцій, почуттів, думок клієнтки.

Наступним етапом була робота з НАДами – на когнітивному рівні були виявлені численні помилкові інтерпретації, які пов'язані з особливостями мислення та з наявними дезадаптивними думками. Основними фільтрами є генералізація («Все не так...», «Все як завжди», «Життя пропало», «Ніколи не буде добре»); почуття надмірного обов'язку («Він повинен приходити вчасно», «він не повинен пити», «я повинна щось робити»); ексцентрична персоналізація («Він п'є через мене», «шлюбу кінець, бо я погана жінка»); звинувачення «винні його батьки, що п'є», «винні мої батьки, що нема життя», негативне мислення. На сесії разом з клієнтом виявляли НАДи - заповнювали таблицю ABC, далі це було домашнім завданням - вести щоденник НАДів.

Л. зрозуміла зв'язок між тим, як думки впливають на емоції, поведінку і фізіологічні відчуття.

З ключовими когніціями на сесіях були проведені когнітивне тестування та реконструктивізація (Наприклад, сварка з чоловіком - емоції сум, образа, жах-думки я невдаха, погана жінка, стосункам кінець- **докази «за»** на підтримку думки «стосункам кінець»: 1)Все зводиться до сварки. 2). Мало часу разом. 3). Спілкування обмежене. 4) Негативні емоції при спілкуванні. 5.) Буває нетверезим. Докази «проти» -1. Ми піклуємось один про одного. 2) Багато років живемо під одним дахом. 3). Нам частіше вдається налагоджувати стосунки після сварок.4) У нас завтра спільна подорож. 5) У нас улюблена дочка, про яку ми піклуємось разом. 6) Він головний годувальник родини. 7) Частіше тверезий. Реалістична думка – ми сильно посварились, але це не кінець стосунку, можливі зміни на краще. (Віра в думку змінилася з 90% на 50%, емоції з 80-90% на 60%). Домашнім завданням було самостійно протестувати когніції.

Після того, як клієнтка навчилася виявляти НАДи, переформулювати їх на реалістичні думки, розпочали роботу з когнітивними фільтрами. Л. вела «Журнал думок», в якому фіксувала

НАДи, почуття, фільтри, переформулювала думку на реалістичну, переоцінювала свої почуття.

У роботі з генералізацією ми використали техніку «за» і «проти».

Думка «Ніколи не буде добре». Аргументи «За»: ми часто сваримось, чоловік п'є, він мене не любить, як раніше, дочка бачить наш стосунок, я вже нікому не потрібна, ми ніколи не будемо жити окремо від батьків. «Проти»: я спілкуюсь з жінками, у яких ситуація набагато гірше, їм вдалося змінити своє життя; я працюю з психологом; я почала після 18.00 виходити з дому, раніше сиділа і чекала чоловіка; мені іноді вдається уникнути сварок і звинувачень; чоловік заробляє і думає, як почати нам жити самостійно; він усвідомлює, що у нього є проблема з залежністю; його запої стали рідше ніж раніше; я хочу бути зі своєю родиною.

Клієнтка вважала, що аргументів «проти» не зможе знайти, була здивована, що аргументи «проти» не тільки знайшла, а вони виявилися набагато глибшими ніж аргументи «за».

У роботі з «почуттям надмірного обов'язку» ми формували помічні думки, що сприяли новим поведінковим наслідкам. «Чоловік повинен не вживати алкоголь – він хворий на залежність, коли він п'є, це його хвороба, а не бажання зробити мені погано – він зривається не так часто, як це було раніше, це говорить про те, як йому було погано, я не хочу провокувати його пияцтво своїми звинуваченнями, я спробую віднести до його стану, як до стану хворого».

У роботі з фільтром «Ексцентричної персоналізації» ми використали «техніку пирога», яка виявилася дуже ефективною в терапії пацієнтки. Л. вважала, що 90% провини несе вона в тому, що її чоловік залежний. На сесії разом з пацієнткою ми по колу в % розподіляли долю відповідальності близьких і родичів. Його батьки 20%, батьки Л.10%, «друзі», з якими п'є чоловік 30%, сам чоловік 30%, Л. 10%. Для Л. було інсайтом і відкриттям, що її відповідальність лише 10%. Вперше Л. зрозуміла, що її чоловік вживав забагато алкоголю до знайомства з нею. В родині чоловіка пияцтво було

нормою життя, батьки чоловіка літні люди, через погане здоров'я не вживають зараз алкоголь. Ми говорили, що провина і сором, дуже сильні негативні почуття, які притаманні родинам, де є проблема залежності. За допомогою нав'язування цих почуттів хтось в родині намагається тримати під контролем, керувати, маніпулювати. Якщо людина починає вірити, що вона винна і їй потрібно соромитися, то це призводить до саморуйнівної поведінки. Почуття сорому, це розуміння, що «я погана», що зі мною щось не так і я не маю права бути серед людей. Це почуття було прищеплено батьками в дитинстві. Л. згадувала, приниження батька в дитинстві.

Л. не спала декілька ночей усвідомлюючи, що з неї ніби спав великий тягар відповідальності за залежність чоловіка, який вона несла багато років. Тобто думка «я винна» призводила до почуття провини, наслідком була контролююча поведінка або поведінка рятівника, на фізіологічному рівні – напруга, серцебиття, поганий сон. Л. зрозуміла, що не винна в пияцтві чоловіка, але ми акцентували увагу на тому, що тепер пацієнтка знає природу хвороби на залежність і на співзалежність, розуміє, що підтримує пияцтво чоловіка деструктивна поведінка дружини. І тепер відповідальність за подальший розвиток стосунків в родині в більшій мірі залежить від Л. Пацієнтка зробила свідомий вибір – змінювати себе, свою поведінку, взяла відповідальність за своє життя на себе.

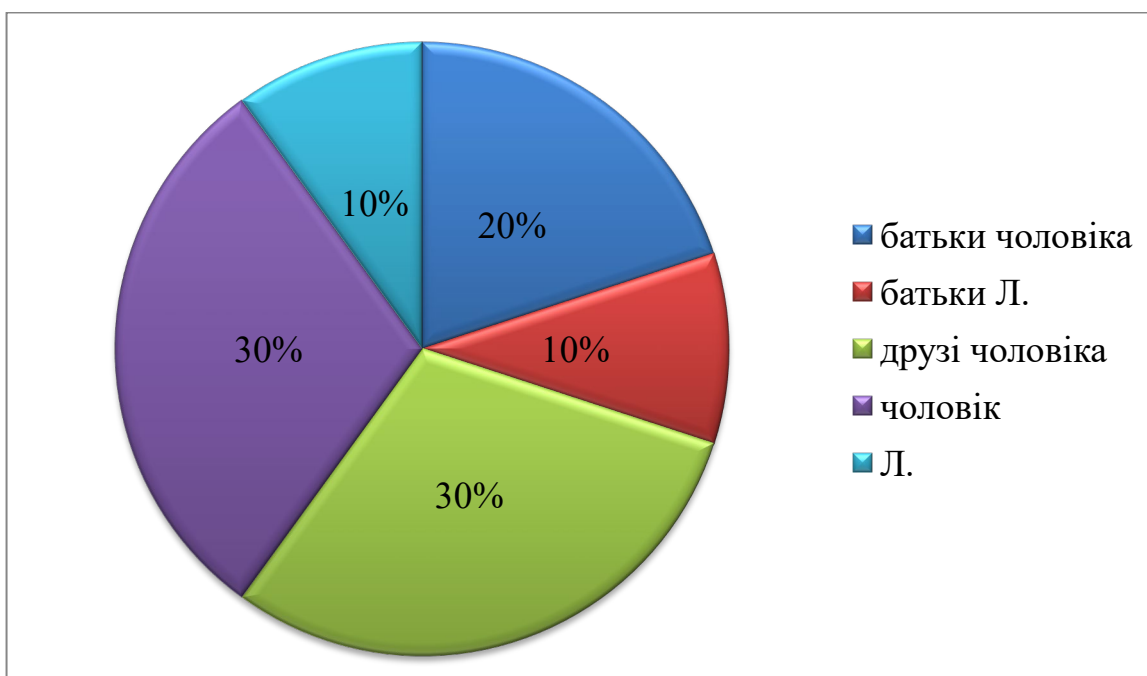
Було обговорено питання сім'ї як системи, в якій все пов'язане і взаємозалежне. Зміни в функціонуванні однієї складової призведуть до змін інших складових. За кордоном велике значення надається лікуванню сімей алкоголіків та наркоманів, тому що після реабілітації, якщо алкоголіки повернуться в родини, де поведінка членів сім'ї триматиметься на попередніх моделях, то це призведе до повернення вживання наркотичних засобів або алкоголю. Родина може як підтримувати вживання, так і протидіяти цьому.

З **«негативним мисленням»** «він ніколи мене не чує», «йому байдуже» ми намагалися переключити фокус уваги на позитивні факти, частіше всього

негативні думки стосувалися пияцтва чоловіка, ми згадували ті людські якості , які, на думку Л., заслуговували схвалення.

Л. навчилася помічати НАДи, зрозуміла, через які фільтри пропускає негативні думки. Л. продовжувала вести щоденник думок, фіксувати емоції, переформулювати негативні думки на реалістичні в якості домашнього завдання. Також була рекомендована для читання книга В.Д. Москаленко «Зависимость семейная болезнь». Домашнім завданням було заповнити опитувальник Янга.

У роботі з фільтром «Ексцентричної персоналізації» - «техніку пирога».



	Жертва	Переслідувач	Рятівник	
Когніції	Мені (не) повинні	Мені (не) повинні	Я (не) повинна	Я можу (маю право), інші можуть (мають право).
Емоції	Образа, жалість	Злість, зверхність	Провина, гнів справедливості	Повага до себе і до інших
Дії	Здати свої кордони, прийняття чужих цілей	Захват чужих кордонів, нав'язування власних цілей	Побудова бар'єрів, відповідальність за виконання чужих цілей	Досягнення власних цілей без шкоди іншим
Поведінка	Пасивна (підкорення, жалоби)	Агресивна (звинувачення, напад, тиск)	Пасивно-агресивна (маніпуляції, виправдання, зміщення агресії)	Асертивна (досягнення своїх цілей, домовленість з іншими).

За допомогою техніки «за і проти» Л. виписала переваги і недоліки, позитивні і негативні наслідки контролюючої поведінки, поведінки рятівника і жертви. А також довгострокові наслідки цих копінг-стратегій .

Для перевірки когніції, якщо я не буду контролювати чоловіка, він буде пиячити, був розроблений **поведінковий експеримент**. Було висунуто 2 гіпотези: гіпотеза А – якщо буду контролювати чоловіка, утримаю від пияцтва (90% довіри), гіпотеза Б – якщо не буду контролювати, не буде пиячити (5% довіри). На сесії ми разом з пацієнткою домовились, що вона протягом тижня відмовиться від контролюючої поведінки. Л. повинна якомога менше знаходитися вдома – робота, зустрічі з подругами, походи до театру, кіно, магазинів, на групи самопомоги, відмова від телефонних дзвінків чоловіку без потреби, від розмов, що стосувалися контролю. Л. фіксувала протягом тижня в бланку хід експерименту. В кінці тижня ми оцінили результати експерименту – чоловік протягом тижня не вживав алкоголь, він був здивований незвичайною поведінкою дружини. Під кінець тижня почав зустрічати її, коли дружина ввечері пізно поверталась додому. Не було сварок,

бо Л. не було вдома. Л. була приємно здивована від отриманого результату і погодилась продовжувати експеримент протягом наступного тижня. Сила довіри гіпотезі А після експерименту - 60%, гіпотезі Б- 40%. Л. було дуже важко відмовитися від звичної поведінки, постійним було бажання зателефонувати чоловіку, попросити, щоб дочка дізнавалася про плани тата.

Контролююча поведінка обслуговує потребу у безпеці, але засобами контролю безпеку отримати неможливо. Потрібно вчитись довіряти, вірити у себе.

Домашнім завданням було продовжувати ПЕ, написати, які потреби Л. почала задовольняти.

Також ми змодельювали ситуації, де Л. могла перевірити свої побоювання на практиці стосовно думки, якщо я не буду догоджати іншим, робити за інших, то я буду погана». Л. повинна була відмовити декілька разів своїм колегам і побачити, чи насправді вони почнуть ставитись до неї вороже.

Ситуації спочатку пропрацювали у контексті терапевтичної сесії в уяві, в модельованих ситуаціях, а потім Л. пробувала практикувати їх зі знайомими і друзями.

Після отримання нового позитивного досвіду, ми домовились, що Л. буде відмовлятися від деструктивних ПЖ і втілювати нові поведінкові форми у своє життя.

8 -9 сесія

Робота з почуттями та емоціями

Психоедукація про почуття і емоції, роль емоцій в житті людини.

Було наголошено на тому, що співзалежність – це хвороба почуттів, необхідно вчитися здоровим способом виражати всі свої почуття. Інвентаризація почуттів. Л. вчилася називати свої почуття, розширювати спектр почуттів за допомогою «Списку почуттів». Спочатку це були негативні почуття і емоції, але в ході терапії Л. почала фіксувати позитивні почуття. Домашні завданням було записувати АВС, розширювати спектр почуттів і емоцій.

Психоедукація про інструментальну та імпульсивну агресію, емоцію гніву, асертивну поведінку. Мотивування. Техніка «за і проти».

Ми звернулись до формулювання і зауважили, що **факторами схильності до вираження імпульсивної агресії** є емоційний темперамент, ситуації скривдження, що мали місце як в дитинстві, так і у дорослому віці, а також приклад поведінкового моделювання стосунків між батьками (батько пив, мати контролювала, рятувала родину, постійні сварки і конфлікти).

Когніції, які були виявлені у Л. «всі мені бажають зла», «всі козли»(звинувачення), «треба показати всім».

Наслідками агресивної поведінки є передача її з покоління в покоління, розуміння цього було однією із складових мотивації пацієнтки («я дуже хвилюється за майбутнє своєї дочки»).

Розпізнання злості, агресії. Менеджмент агресії, тригерів – (розмови з батьками, сестрою, пияцтво чоловіка, передчуття, що чоловік може зірватися, відсутність телефонних дзвінків протягом дня від чоловіка, пізніше повернення його додому, свята, вечірки, перебування в гостях або прихід гостей тощо). Уникати тригерів, техніки відволікання, Майдфулнес, вихід із ситуацій, де градус злості підвищувався занадто. Техніка дихання для зниження градуса злості.

Аналіз ланцюжка ситуація-оцінка ситуації (думка) - емоції (гнів, роздратування) - фізіологічні реакції –агресивна поведінка - наслідки (короткотривалі і довготривалі).

Ситуацій клієнтки: чоловіку потрібно їхати у відрядження – оцінка ситуації (він там завжди напивається, його колеги «козли» спеціально напоюють чоловіка) – гнів – тілесні прояви (виброс гормону стресу, ендорфінів) – агресивна поведінка – наслідки (короткотривалі – тимчасове полегшення, довготривалі – проблеми в стосунках конфлікт, непорозуміння, провокація зриву).

Ланцюжок реакцій ми можемо розривати вже на стадії оцінки ситуації.

На наступній сесії ми розписали «Шкалу агресії пацієнтки», де 0 – асертивна поведінка, 1 - пасивне мовчання... 9 – драка, 10 – вбивство як захист. Всі виявлені форми агресивної поведінки (С) ми розписали – (А) ситуації, у яких доречно проявляти агресію; (В) обґрунтування, чому виражати агресію раціонально і справедливо. Л. зрозуміла, що її прояви агресії (вдарити, замахнутися з погрозою, кинути посуд, наприклад) не є обґрунтованими в певних ситуаціях (дитина перейшла в стосунках межі дозволеного, не розуміють слова, треба налякати, тощо).

Л. зрозуміла, що в багатьох ситуаціях раціональною є асертивна поведінка.

В бланку епізоду злості Л. прописала, як вона почуває себе емоційно і фізично на всіх етапах шкали. Ми вирахували безпечну температуру, де пацієнтка ще може себе загальмувати (3- передчуття, що чоловік може зірватися). Л. побачила динаміку розігрівання злості, побачила безпечну для себе температуру - 4.

Л. був запропонований перелік видів діяльності, які можуть приносити задоволення, потрібно було зазначити, що може приносити задоволення, і доповнити цей перелік власними прикладами.

Домашнім завданням було заповнення таблиці моніторингу активностей, що приносять задоволення, протягом тижня і фіксація температури агресії в різних ситуаціях, думки, емоції і поведінку. Температура агресії підвищувалася в ситуаціях, що є тригерами для Л. Л. використовувала техніки уникнення і відволікання, Майдфулнес, молитви, які вона почала читати про себе. Раніше намагалася молінням привернути до себе увагу, викликати жалість. Тим самим провокувала конфлікти і непорозуміння.

11–13 сесії

Наступним етапом роботи був розвиток коупінгу з різними ситуаціями і проблемами в асертивний спосіб. А також плекання помічних думок.

Тренінг навичок асертивної поведінки. Тренували вміння говорити «ні» на сесіях, потім Л. впроваджувала нове вміння в своє життя.

Разом з пацієнткою був складений **бланк управління злістю**.

Тригер: мені знов докоряють батьки і сестра.

Відпустити: сказати собі, що так може бути, у батьків було важке життя, вони не дуже щасливі.

Асертивна відповідь: спокійно відповісти, що я так не вважаю, мені неприємно це чути, фізично вийти із ситуації.

Домашнім завданням було скласти бланк управління злості до ситуацій, що є тригерами. Впроваджувати у повсякденне життя асертивну поведінку і фіксувати успіхи і невдачі.

Психоедукація про межі. З пацієнткою проаналізували п'ять правил Фенштергейма, на що маєш право ти та інші люди.

Л. намалювала "Карту свого життя", яка допомагла зрозуміти власні межі та межі Л. з іншими людьми.

Метафорою дотримання особистих меж для Л. став візовий дозвіл на в'їзд в країну: щоб потрапити на територію іншої людини, потрібно отримати візу-дозвіл, з іншого боку, людина видає дозвіл на в'їзд лише тим, кого бажає пустити на свою територію.

Техніка «Перманентна відмова» для тренування власних меж на сесії. Домашнім завданням було тренування асертивної відмови. Контролювати власні межі і не порушувати межі інших, фіксувати успіхи і невдачі.

Була проведена когнітивна робота з ПЖ «Критикувати, знецінювати, щоб не відчувати себе поганою», що обумовлює проблемну регуляцію злості. Л. формувала більш адаптивну філософію життя – написала у підримку собі коупінг картку, впроваджувала нову стратегію у стосунках з близькими, колегами.

14 сесія

Щодо низької самооцінки, ГП та дисфункційних правил життя

Була проведена психоедукація про походження схем і дисфункційних правил життя, Л. зрозуміла, що з схемами дитина не народжується. В результаті задоволення базових потреб – формуються адаптивні схеми і правила життя, а в разі незадоволення базових потреб, деструктивні схеми, які стають на заваді розвитку особистості. Вдома Л. заповнила опитувальник Янга: дуже високий рівень було виявлено в схемах **самопожертви** – 71, **дефективності** - 60, високий рівень схема **покарання** – 26. Ми з'ясували, як минуле впливає на теперішнє і які базові потреби не були задоволені, до формування яких схем це призвело. А також прослідкували, що якщо базові потреби задоволені, формуються адаптивні схеми. **Наприклад:** у Л. була задоволена базова потреба включення і прийняття спільнотою, яка поділяє ті ж самі інтереси та цінності – в дитинстві Л. жила в маленькому містечку для військових, де люди жили великою родиною зі спільними потребами інтересами, уподобаннями. У Л. сформувалася адаптивна схема соціальної приналежності. Для неї є великим ресурсом бути серед людей, які поділяють подібні інтереси і цінності. Л. має широке коло спілкування і підтримки.

Схема самопожертви сформувалася через незадоволення дитячих потреб Л. Тому не був сформований здоровий інтерес до себе, турбота про себе, з іншого боку - повага до потреб інших людей. Л. згадує, як в дитинстві батьки не чули її, коли Л. хотіла ходити на танці, в інші гуртки, мріяла поїхати з класом на екскурсію, в табір, мама вважала, що це не потрібно Л., зайвих грошей в родині на це немає. У Л. сформувалася стратегія «здатися» схемі – вона вдається до самозречення, занадто багато робить для інших і недостатньо для себе. Або стратегія гіперкомпенсації - злиться на близьких людей тоді, коли вони не віддячують тим самим або коли не цінують зусиль; вирішує більше ніколи нічого не робити для інших.

Схема дефективності у Л. сформувалася через постійні знецінення і приниження в дитинстві батьком і старшою сестрою. Батько називав дочку «повією», сестра – принижувала, звинувачувала, постійно докоряла. Л. не

відчувала власну гідність, її не приймали близькі такою, яка вона є, з сильними і обмеженими сторонами. У Л. сформувалася стратегія «здатися» схемі – вона обирає критикуючих партнерів і близьких людей; принижує себе. У Л. і чоловіка неодноразово була можливість придбати власну квартиру або знімати квартиру, жити окремо від батьків, які постійно незадоволені, докоряють, ображають і принижують сім'ю пацієнтки. До сьогоднішнього дня вони живуть з батьками. Або стратегія гіперкомпенсації: Л. може ставитися критично і зверхньо по відношенню до інших. На роботі у Л. потійні конфлікти з адміністрацією, деякими колегами, пацієнтка незадоволена роботою керівництва, шукає помилки в їхній роботі.

Схема покарання була сформована через моделі поведінки, що переважали в дитинстві Л. Пацієнтка вважає, що люди, які припустили помилки, повинні бути покарані, Л. може бути нещадною до себе і до інших. Поведінка «здатися» схемі - карає або ставиться дуже суворо до близьких людей. Поведінка «гіперкомпенсації» - пробачає забагато тоді, як всередині відчуває злість і бажання покарати. Л. зауважує, що останній час у роботі зі студентами занадто багато використовує засобів покарання там, де достатньо було б обмежитися бесідою, обговоренням проблеми – пише листи батькам студентів, викликає батьків, пише негативні характеристики, залучає адміністрацію до виховання.

Були виявлені ГП - «Я погана» і ПЖ «Якщо я буду «рятувати», догоджати, робити за інших, то я буду ок». ГП «Мої потреби неважливі» і ПЖ «Якщо я буду приховувати свої потреби, то я буду ок».

Л. зрозуміла, що її проблеми з самооцінкою, невмінням будувати межі у стосунках пов'язані з глибинними переконаннями і ПЖ, що їх підтримують. Ми акцентували увагу на тому, що всі люди мають схеми (я-терапевт, батьки Л.), ГП і ПЖ можна змінити.

Трудність роботи на цьому етапі полягала в тому, що коли Л. усвідомила, що її деструктивні ГП і ПЖ це результат посланнів батьків і сестри, щоб у пацієнтки не посилилася образа, звинувачення батьків,

ненависть до них, ми намагалися згадати, яке було дитинство у батьків і які ГП і ПЖ через це вони мають. Ми намагалися плекати думку, що батьки не усвідомлювали своїх схем, не мали стільки знань і інформації з психології – вони намагались дати своїм дітям найкраще. Поступово нам вдалося викликати співчуття до батьків.

Л. було пояснено, що низька самооцінка є характеристикою всіх співзалежних людей. І поведінка може бути сдатися схемі – відчувати біль, страждати. Або гіперкомпенсація поваги, що не вистачає – демонстрація надверхнього ставлення до інших, власної переваги.

15–17 сесії

На наступному етапі роботи ми використали когнітивні техніки та генерували нові адаптивні ГП та ПЖ.

Ми тестували за допомогою бланку тестування схем ГП «Я погана» 75% довіри на початку, адаптивне ГП «Я цінна така, яка є» 25% довіри, після перегляду доказів за і проти корисності дисфункційної схеми, написання доказів за корисність адаптивної схеми, отримали результат – «Я заслуговую на любов, повагу» 30%. ГП «Мої потреби не важливі» 50% - адаптивне ГП «Мені важливо турбуватися про задоволення потреб» 90%.

Експеріментальна робота зі схемами та правилами життя полягала у застосуванні імагінативної рескрипція в уяві. Л. в уяві повернулася у ситуацію дитинства, коли батько її ображав. На допомогу маленької Л. прийшла доросла Л., щоб захистити себе-дитину і сказати батьку про свої почуття і потреби. Для Л. це був новий досвід почуттів. У неї відступив жах, образа. Домашнє завдання – кожного дня згадувати новий досвід, що є новим ресурсом. Ми визначили час для спогадів – вечір, перед сном. Л.поставила собі нагадування на телефоні.

18 – 20 сесія

Поведінкове тестування та втілення нових схем та правил життя, зокрема їх перенесення у сферу стосунку з іншими, самосприйнятті.

Л. зрозуміла, що ПЖ підтримують ГП, **мета роботи** полягала в тому, щоб розірвати підтримуючі цикли і виробити нові форми поведінки.

Ми зробили конфронтацію до копінг-стратегій. Л. написала, яка користь і шкода стратегій. Л. побачила, що негативних наслідків більше і погодилася на пошук компромісу.

А також в результаті когнітивної реструктуризації ми сформуваємо адаптивні ПЖ:

- ✓ «Є люди, які мені не симпатизують. Я не можу претендувати на те, щоб подобатися всім. Є однак люди для яких я є бажаною і любимою».
- ✓ «Люди не можуть здогадуватися, що я від них очікую. Мені потрібно говорити про мої очікування і не висувати занадто високих вимог».
- ✓ «В мене є недоліки, але є також багато гарного».
- ✓ «Я звичайна людина і можу помилятися. В мене є також і сильні сторони».
- ✓ «Мої близькі мають право бути такими, які вони є».
- ✓ «Я мушу піклуватися про задоволення своїх потреб самостійно».
- ✓ «Якщо я поважатиму себе, буду мати співчуття до себе, тоді зможу приймати інших людей без надмірних очікувань».

Склали план ситуацій, де можна втілювати адаптивні ПЖ.

21 сесія

Була проведена психоедукація про Майдфулнес. Для Л. метафорою стану усвідомлення стало знаходження на мості над швидкоплинною рікою життя. Споглядання без втручання за швидкоплинністю ріки життя і неможливості її зупинити. Але це не відчуття безнадії, велич Людини, людського життя полягає саме в тому, що Людина на мості, вона може дистанціюватися від негараздів і проблем, бути стороннім споглядачем.

Під мостом Мірабо струмує Сена

Так і любов біжить у тебе в мене

Журба і втіха крутнява шалена

Хай б'є годинник, ніч настає
Минають дні, а я ще є
Любов сплива як та вода бігуча
Любов сплива
Життя хода тягуча
Надія ж невгамовано жагуча...

Г. Аполлінер «Міст Мірабо»

На сесії була проведена техніка Майдфулнес. Домашнім завданням було робити Майдфулнес кожного дня 15 хв. за один або декілька підходів.

22–23 сесії

Робота з цінностями

Л. було запропоновано записати 10 речей, за які вона має бути вдячна. Робота просувалась дуже повільно. Л. усвідомлювала, що вона мала б бути вдячною батькам, але ще наважувалась це записати. Вона мала бути вдячна, навіть, залежності чоловіка, бо завдяки цьому вона почала працювати над собою, замислюватися над своїми потребами, емоціями, почуттями. Л. не записала, але сказала, що поміркує над цим.

Техніка «Компас життя» допомогла виявити Л., що ті сфери життя, що є цінними для неї, як особистий розвиток, дозвілля, здоров'я, сімейні стосунки, інтимні стосунки, знаходяться в занедбаному стані.

За допомогою «Карти цінностей» розширили уявлення пацієнтки про можливі цінності в житті людини.

Л. визначила для себе і записала найголовніші цінності, щоб нагадувати про них собі, жити згідно своїх цінностей.

1. Бути відкритою і приймати себе, інших, життя і тощо.
2. Шанобливо відстоювати свої права і вимагати те, що я хочу.
3. Бути чесною по відношенню до себе і до інших.
4. Щоб зберегти або поліпшити свою фізичну форму, піклуватися про своє фізичне і психічне здоров'я, благополуччя.

5. Прощати себе та інших.
6. Відкривати, розкривати себе і ділитися - емоційно чи фізично - в моїх близьких особистих стосунках.
7. Продовжувати рости, поліпшувати знання, навички, характер або життєвий досвід.

Постановка ціннісно-орієнтованих цілей

Налагодити стосунки з чоловіком, батьками, сестрою.

Негайна ціль: я відмовляюсь від контролюючої поведінки (не телефоную, не запитую...), я поважаю свого чоловіка, довіряю йому (розмовляю з повагою, без сарказма) .

Короткотермінова ціль: я приходжу на допомогу, коли мене попросять. Я займаюсь сбою (йду на масаж, дізнаюсь про подальше навчання).

Середнестермінова: я продовжую ходити на групи самодопомоги, працюю і звітуюсь психологу.

Довготермінова: я отримую нову спеціальність, я переїду з моєю родиною в нову квартиру, це буде нове життя, згідно моїх цінностей.

На завершальному етапі були підведені підсумки сумісної роботи, рефлексія отриманих змін, порівняння очікуваного і реального результату, прийняття на себе відповідальності за своє життя роботи. Робота на попередження рецидиву, збір скриньки знарядь. На цьому основна частина терапії була завершена, ми домовились про бустерні сесії.

4.6 Результат терапії

Оцінка ефективності

Результат терапії з врахуванням даних шкал, що були обрані для моніторингу ефективності:

	На початку	8-9 сесії	18 сесія
Динаміка зміни самооцінки за тестом Розенберга	21	-	13
Динаміка зміни у співзалежності за шкалою співзалежності (Fishchen S.L., Span L.)	65	-	30
Динаміка відновлення стосунків з (за суб'єктивною вірою від 0-100%)	15	30	60
Динаміка відновлення стосунків з батьками, сестрою (за суб'єктивною вірою від 0-100%)	5	-	10
Динаміка зміни віри в ПЖ (за суб'єктивною вірою від 0-100%)			
«Якщо я буду «рятувати», догоджати, робити за інших, то я буду ок».	70	-	5
«Якщо я буду демонструвати свою сміливість, впевненість, неушкодженість, знецінювати інших, то ніхто не дізнається, що я погана».	80	-	10
«Якщо я буду приховувати свої потреби, то я буду ок».	90	-	0
Динаміка зміни віри в ГП (за суб'єктивною вірою від 0-100%)			
«Я погана», «Мої потреби неважливі»	85	-	0

ВИСНОВКИ

Терапія тривала шість місяців, за цей час було досягнуто достатньо доброго результату. При оцінці ефективності терапії ми орієнтувалися на суб'єктивні показники. Л. була ще на початку терапії мотивована до змін у своєму житті, це був один із головних факторів успішної терапії. Також лекції в «Школі для родичів», відвідування груп самопомоги сприяли позитивному ходу терапії. У пацієнтки нормалізувалася самооцінка (за шкалою Розенберга 21 на кінець основної терапії). У Л. спостерігались симптоматичні позитивні зміни: стабілізація емоційного стану, зменшення симптомів співзалежності, зниження рівня нервово-психічного напруження, а також позитивні зміни у функціонуванні на психологічному та соціальному рівнях: пацієнтка усвідомила зв'язок між своїми проблемами, конфліктами, симптоматикою і роллю власних особливостей і особливостями емоційного реагування. Л. усвідомила причини і психологічні механізми порушення функціонування. У Л. сформувався високий рівень мотивації до подальших самостійних змін і розвитку, а також здатність до конструктивного інтелектуального та емоційного опрацювання своїх проблем. Л. висловила бажання отримати другу вищу освіту і розширити свої професійні можливості, розвиватися як особистість. Вона подала документи в ВУЗ. Хвилювалась, що «занадто стара» для навчання (47 років). Самораскриття терапевта, який навчається, був позитивним прикладом. Л. зауважила, що відбулась нормалізація міжособистих стосунків і соціальної взаємодії за рахунок зміни відношення до самої себе, отримала навички більш адаптивної поведінки, відбулося переосмислення минулого досвіду. Л. навчилась сприймати життєві ситуації як можливості. Л. зрозуміла, що треба жити «тут і тепер», отримувати задоволення від життя. Л. відзначила, що ідея, яка прозвучала на початку терапії, - «наша мета – відновити і повернути стосунок і почуття до чоловіка відповідно до того періоду, коли подружжя поважали, любили і цінували один одного, мріяли, будували плани», здавалася зовсім не реалістичною, навіть,

абсурдною. Але у кінці терапії зрозуміла, що з нею відбулися дивні речі – вона зовсім по-іншому сприймає чоловіка, бачить його гарні риси і вчинки, має співчуття до нього і розуміє, на скільки йому важко дивитися дружині в очі після «зривів» і реабілітації. Л. більше розуміла чоловіка навчилася ставитися до нього «як до сусіда», без очікувань, надмірних вимог і з повагою. Протягом терапії чоловік Л. мав зрив лише один раз. Він поки що не пішов на терапію, на групи самодопомоги, але Л. зауважила, що її особистісні зміни позитивно впливають на стосунок. Л. стала більше довіряти чоловіку, зайнялася «самовихованням». Л. з чоловіком купили квартиру, через декілька місяців зможуть жити окремо від батьків.

У Л. з'явилися нові життєві цілі, вона бачить можливі шляхи для їх реалізації. Л. вчиться усвідомлювати свої бажання і бачить можливості для їхнього задоволення. Л. продовжує працювати над подоланням егоцентричної позиції.

Психологи свідчать, що повне виліковування від співзалежності, від залежності, де людина ніколи не зможе контрольовано вживати алкоголь, неможливе. Але Л., усвідомлюючи природу свого розладу, має інструмент для подолання симптомів співзалежності. До роботи з терапевтом, до зустрічей на групах самодопомоги у Л. був стан людини, коли «виходов більше нет», я «как ножом отезала себя от людей» и мира». Свій стан Л. постійно порівнювала зі станом Р. Раскольнікова «Злочин і кара» Ф.М. Достоевського, тільки в романі герой вбив іншу людину і розірвав таким чином стосунки з іншими людьми, а у Л. було відчуття, що вона вбила саму себе, і їй не місце серед людей, бо «вона якась ненормальна», вона винна, їй соромно. Допомоги шукати немає де. Під час терапії Л. побачила, що проблема співзалежності є дуже розповсюдженою у світі, в Україні, але люди неінформовані, соромляться звертатися за допомогою, не знають, де її шукати – і живуть ніби у темряві, де немає світла в кінці тунелю. Пацієнтка впевнена, що не потрапить в пастку співзалежності, а якщо буде необхідна допомога, вона знайде її на групах самодопомоги і у психолога.

Працювати з Л. було комфортно, бо пацієнтка була дуже мотивованою до змін, була чесною і відкритою, виконувала домашні завдання, не боялася ризикувати – проводити поведінкові експерименти, втілювати в життя нову поведінку. Почуття гумору, ставлення з посмішкою до своїх дій – слідкування за чоловіком, намагання контролювати – постійно перебувати вдома, щоб нічого поганого не сталося, їздити в машині з чоловіком на роботу, щоб «не напився» тощо – сприяли позитивному ходу терапії.

Трудність терапії полягала в тому, що нам потрібно було бути дуже обережними з почуттями і емоціями, спогадами про минуле пацієнтки, травматичним досвідом. А також на початку терапії чітко визначити власні межі терапевта, бути на «лезі бритви» - не відштовхнути Л., з одного боку, з іншого – не потрапити терапевту в «пастку рятівника», бо для Л. терапевт на початку терапії був тією єдиною рятівною «соломинкою».

Проблема співзалежності є дуже актуальною, якщо людина виросла у родині з нездоровими стосунками, то у неї немає зразка для побудови здорових стосунків. Нездорову ситуацію у родині сприймає нормою, бо так жили батьки, знайомі, сусіди. Важливим є інформування українців про співзалежність, про можливість виходу із «трикутника Карпмана», що для цього не треба чекати, поки ситуація у родині зайде у глухий кут, коли людина не бачить виходу і зневірюється у собі, у стосунках.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Ананьева Г.А. Семья: химическая зависимость и созависимость. Работа с созависимостью : методические материалы к семинару «Семья и профилактика наркомании» / Г.А. Ананьева. – Казань : Отечество, 2000.
2. Анонимные алкоголики (Alcoholics Anonymous) World Services, Inc., 1989.
3. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости: Как перестать контролировать других и начать заботиться о себе / М. Битти. – М. : Физкультура и спорт, 1997.
4. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно- поведінкову терапію. - Львів «Свічадо», 2014.
5. Гринбергер Д., Падески К. Управление настроением. 2008.
6. Зорина, Л.М. Созависимость и пути её преодоления / Л.М. Зорина. – Казань : ЗАО «Новое знание», 2002.
7. Карачевський А.Б. Подолати алкогольну залежність. – Львів, 2016.
8. Морозова Г.В. Забота и контроль // Школьный психолог, №48, 2003.
9. Морозова Г.В. Созависимость. Модель феномена и практика психокоррекции / Г.В. Морозова. – Ульяновск : УлГПУ, 2009.
10. Москаленко В.Д. Зависимость семейная болезнь.- М. – 2002.
11. Осинская С. А. Значимые факторы развития первичной созависимости // Сибирский психологический журнал. — Томск, 2012. — № 43. — с. 18–22.
10. Осинская С. А. Современные дефиниции созависимой личности // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. — Тольятти, 2013. — № 3 (25). — с. 369–372.
12. Уайнхольд Б. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхольд, Дж. Уайнхольд : пер. с англ. А.Г. Чеславской. – М. : Независимая фирма «Класс», 2002.
13. Энн У. Внуки алкоголиков. Проблемы взаимозависимости в семье / Энн У. Смит. – М.: Просвещение, 1991.