

# Сравнительный анализ методик реабилитации алкоголь- и наркозависимых: православной и программы «12 шагов»\*

Игумен АНАТОЛИЙ (БЕРЕСТОВ)

д.м.н., профессор, рук. Душепопечительского православного центра святого праведного Иоанна Кронштадтского, член Общественного совета при Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Москва

*Дан взгляд на проблему зависимости от психоактивных веществ как проблему, прежде всего, духовно-социальный быт, культуру, семейно-брачные отношения и образование. Поставлен вопрос об эффективности организации и функционирования современных программ реабилитации алкоголь- и наркозависимых. Дан сравнительный анализ двух лечебно-реабилитационных программ: православной и «Анонимные алкоголики/Анонимные наркоманы» (АА/АН), иначе известной как «12 шагов».*  
**Ключевые слова:** реабилитация, алкогользависимые, наркозависимые, анонимные алкоголики, анонимные наркоманы, православие, лечение, эффективность

### Православные программы реабилитации молодежи с аддиктивным поведением

Прежде всего, хотелось бы отразить программу и методы работы нашего Душепопечительского центра святого праведного Иоанна Кронштадтского (ДПЦ). Эта программа была создана врачами и психологами Центра летом 1998 г. после тщательного ознакомления с программой АА/АН («12 шагов»). В ее создании приняли участие сотрудник Центра врач-психиатр и психотерапевт Д. Авдеев, врач психиатр-нарколог Р.А. Страхова и о.Анатолий (Берестов). В последующем изменения в программу и методику реабилитации вносили врач психиатр-нарколог Г.В. Ефремова и другие сотрудники.

При реабилитации наркозависимых мы исходим из того, что наркомания — это болезнь не биологическая, а духовная, следствие греха и греховного образа жизни, болезнь души, запрограммированной с раннего детства на греховный образ жизни. В результате такой запрограммированности личность подростка и молодого человека формируется в условиях дефицита (депривации) положительной духовности. В результате у молодого человека формируется множество греховных наклонностей, которые и определяют его поведение, образ мышления. Создается порочный круг: бездуховный (безбожный образ жизни) — искривленное (девиантное) нравственное поведение — следование своим дурным наклонностям (порокам и страстям) — нравственная деградация — уход в наркологическую нишу — интеллектуально-мнестическая деградация личности.

Задача православных реабилитологов-душепопечителей — разорвать этот порочный круг.

Его можно разорвать, как показывает наш опыт, в любом звене, «ибо это невозможно человеку, но не Богу, ибо все возможно Богу» (Мк.10,27).

Каждый наркозависимый в душе желает покончить с наркотиками, но у него нет для этого ни сил, ни возможности и нет веры осуществить это, а в последнее время духовно-личностная деградация и резко сниженный образовательный уровень не дают возможности развиваться мотивационным процессам для лечения. Ведь для продолжительной реабилитации требуется приложить определенный духовный и интеллектуальный труд, но это уже становится невозможным для души, резко поврежденной грехом. Медицинский компонент в реабилитации наркозависимых минимален. Он заключается в снятии абстинентного синдрома и лечении сопутствующих психических и соматических нарушений. Медицинского лечения самой наркомании на сегодняшний день нет, кто бы что ни говорил. Главное — изменить образ мышления, поведения и вырвать наркозависимого из социального наркоманического круга общения. Изменить образ мышления и поведения значит дать человеку евангельское мировоззрение и евангельский образ жизни.

### Программа реабилитации наркозависимых

Осознавая большую социальную значимость трагедии, разыгравшейся в России на наших глазах, ДПЦ не может остаться в стороне от нее. Сотрудники Центра разработали и широко внедрили в свою практику программу по реабилитации наркозависимых детей, подростков и молодежи. Наша программа ориентирована на принимающих православие людей и направлена на: избавление от недуга наркомании; нравственное возрождение личности: обретение семьей и обществом полноценных граждан. Программа осуществляется с участием духовенства, православных врачей, психологов, педагогов.

\* Окончание. Начало см. Наркология. — 2009. — №5—6.

**Краткая характеристика программы.****Три этапа в лечении реабилитации наркозависимых**

Программа рассчитана на три последовательных этапа в лечении и реабилитации наркозависимых молодых людей, а именно:

1. Этап дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии;

2. Этап целенаправленного воздействия на личность наркозависимого, включающий, в частности, удаление его из наркоманной социальной ниши. Он предусматривает также продолжение поддерживающей терапии и духовной переориентации личности;

3. Этап семейно-бытовой и социальной адаптации наркозависимого и способствование его активному вращению в социально-трудовую деятельность.

*Первый этап реабилитации* включает в себя: лечение в терапевтических дозах медикаментозными средствами с выведением наркозависимого из состояния наркотизации и борьбу с абстинентным синдромом. Помимо активной дезинтоксикационной терапии в условиях стационара или, реже, в домашних условиях проводится лечение транквилизаторами, нейролептиками, витаминами, симптоматическими средствами. На более поздних этапах рекомендуется физиотерапия. Лечебное воздействие сопровождается рациональной «разъяснительной» психотерапией. Этап медикаментозной терапии проводится либо в условиях стационара, либо в амбулаторных условиях под активным наблюдением врача-нарколога и других специалистов. На этом же этапе начинается активное воцерковление наркозависимого и пастырское душепопечение.

*Второй этап реабилитации* — целенаправленное воздействие на личность наркозависимого с удалением его из наркоманной среды (содержит три части), изменение образа жизни и активное духовное, психотерапевтическое воздействие на личность. Здесь возникает стремление к бытовой, семейной и социально-трудовой реабилитации. Этот этап осуществляется в монастыре, организованных нами общинах монастырского типа или путем смены места жительства с целью удаления наркозависимого из наркоманной социальной ниши.

*Первая часть второго этапа:*

а) активная пастырская работа, душевная и духовная поддержка;

б) терапия и психотерапия «пограничных» расстройств: эмоциональных нарушений, депрессивного, апатобулического синдромов, профилактика суицидальных тенденций и других нарушений.

Эта часть работы осуществляется в ДПЦ (психотерапия «пограничных состояний» и пастырская психотерапия) и/или в общинах (пастырская, бытовая и

трудовая реабилитация). Социально-трудовая реабилитация в монастыре осуществляется путем прохождения послушаний, в общинах — путем организации специальных видов работ.

*Вторая часть второго этапа:*

а) анализ интерсоциальных контактов и среды, которые способствовали формированию наркозависимости;

б) моделирование ближайших и отдаленных перспектив;

в) раскрытие позитивных личностных резервов;

г) проведение психологической диагностики и предоставление комплекса рекомендаций, соответствующих психологическому типу личности;

д) анализ психологических аспектов трудовой и профессиональной реабилитации, психологическая поддержка при переквалификации.

Эта часть работы также осуществляется в ДПЦ врачами-наркологами, психотерапевтами, психологами и продолжается в реабилитационных общинах.

*Третья часть второго этапа:*

а) обсуждение вопросов, касающихся смысла жизни, понятий «грех», «страсть», беседы о христианских добродетелях;

б) духовно-психологическая подготовка к Таинству Исповеди;

в) активная пастырская работа с наркозависимыми.

Эта часть работы осуществляется в ДПЦ, в монастырях, в общинах.

*Третий этап реабилитации:* семейно-бытовая и социально-трудовая реабилитация бывших наркозависимых, прошедших второй этап реабилитации и находящихся в состоянии устойчивой ремиссии. Осуществляется после возвращения молодых людей из монастыря, общины или другого места, в котором они были лишены общения с наркозависимой средой. Сотрудники Центра активно помогают в трудоустройстве, психологи и психотерапевты помогают адаптироваться в семье. В случае необходимости проводится терапия по показаниям.

**Общая характеристика программы**

*Используемые методы психотерапевтического воздействия:* духовно-ориентированная психотерапия; рациональная психотерапия; групповая психотерапия; психотерапия средой; психотерапия духовной литературой; музыкотерапия; семейная психотерапия; психодрама; психопрофилактика.

Предоставляются рекомендации общеоздоровительного характера относительно режима дня, труда, отдыха, питания; закаливания, физической активности, использования целебных трав и пр.

*Основные принципы православного медико-психологического душепопечения:*

- исповедание православной веры и привнесение ее духовной истины и чистоты во врачебную, психологическую и психотерапевтическую деятельность;
- базирование душепопечительской практики на религиозно-философском и психологическом отеческом и святоотеческом наследии;
- непринятие оккультно-мистических техник (таких, как программирование, кодирование, гипноз, медитация, ребефинг, йога и другие методы воздействия на подсознание), низводящих богоподобную сущность человека до уровня машины или биоробота и связанных с насилием над личностью человека, ложью, лицедейством;
- пастырское окормление: пастырские собеседования и проповеди; занятия в группе по изучению Св. Писания; приобщение к церковной жизни: Святые Таинства Крещения, Исповеди, Причастия, Елеосвящения;
- литургическая жизнь, совершение молебнов, паломнические поездки по святым местам; духовная реабилитация и воцерковление в условиях монастыря или реабилитационной общины по монастырскому типу.

### **Практическая реабилитация наркозависимых в Душепопечительском центре**

#### **Первый этап реабилитации**

Первый этап дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии заключается в устранении физической зависимости от наркотика и начале пастырского и психотерапевтического душепопечения. Устранение физической зависимости может проходить в домашних условиях или специализированном стационаре с обязательным последующим наблюдением больного наркологом ДПЦ, психиатром и другими специалистами.

В духовном плане на первом этапе реабилитации после выведения наркозависимого из состояния наркотизации и снятия физической ломки основной задачей являются пробуждение у наркозависимого осознания его греховности и греховного образа жизни, выработка понятия о грехе, вечной жизни и осознания того, что наркомания — это результат греха и греховного образа жизни.

Грех не лечится, а побеждается благодатью Божией и верою больного. Пробуждение у наркозависимого покаянного чувства и привитие ему стремления к покаянию должно проводиться всеми специалистами ДПЦ: наркологом, психологом, психотерапевтом, катехизатором.

Служение священника, врача, психолога, катехизатора должно быть взаимно дополняемым. Необходимо помнить, что первый этап реабилитации после снятия абстинентного синдрома — это в обязательном порядке начальная катехизация и введение наркозависимого в мир христианской духовной жизни.

Целью первого этапа реабилитации является достижение прекращения употребления наркотиков, перенесение абстинентного синдрома, выявление психических, психологических и соматических нарушений и лечение их, активное воцерковление и приобщение к духовной жизни. Нарколог в обязательном порядке при первичном приеме больного направляет его на первичную общую беседу, которая проводится с участием священника, нарколога, психолога и психотерапевта. Целью первичной общей беседы, на которую больные приходят вместе с родителями, является ознакомление их с процессом реабилитации и требованиями ДПЦ.

#### *Задачи нарколога*

Нарколог на первом этапе реабилитации осматривает больного, ставит наркологический, психиатрический, соматический диагноз, решает вопрос о возможности и методе вывода больного из наркотизации и снятия абстинентного синдрома («ломки»), намечает возможности лечения сопутствующих психических и соматических нарушений. В своей работе он должен пробудить у наркозависимого мотивацию к лечению и реабилитации, а также показать духовный, а не медицинский характер заболевания наркоманией и пробудить у него желание покаяния и духовного исправления. Итак, на первом этапе работы с наркозависимым главными задачами нарколога являются:

- 1) выведение больного из состояния наркотизации в условиях наркологического стационара или на дому;
- 2) при необходимости рекомендуется симптоматическое и синдромологическое лечение в зависимости от наблюдающегося эффекта медицинских назначений;
- 3) составляется индивидуальный план реабилитации с учетом психического и психологического состояния больного;
- 4) первичное воцерковление больного;
- 5) в зависимости от состояния больного нарколог направляет его на прием к психологу, психотерапевту, а после выхода из состояния наркотизации — в группу катехизации (изучения Священного Писания и Закона Божия);
- 6) на каждого больного заводится специальная карта, при направлении к психологу, священнику, в группу катехизации она дается больному на руки;
- 7) врач-нарколог берет на себя обязанность отслеживания всего процесса реабилитации данного больного; при условии несоблюдения больным и его родителями рекомендаций врач-нарколог вправе исключить этого больного из дальнейшего процесса реабилитации.

#### *Обязанности наркозависимого*

В обязательном порядке при первичном приеме нарколог требует от больного следующее:

- 1) соблюдение всех рекомендаций врача и других специалистов;

2) трезвый образ жизни: на все время реабилитации запрещено употребление любых спиртных напитков;

3) посещение молебнов и богослужений, исповеди у священника еженедельно;

4) посещение катехизаторской группы еженедельно, в случае пропуска занятий родители пишут объяснительную записку;

5) в дни посещений врача, психолога, катехизаторской группы, священника больной обязан находиться в трезвом состоянии; в случае употребления наркотика или алкоголя больной не допускается к врачу, психологу и т.д.

Необходимо помнить, что переход с наркотиков на пиво и *другие* спиртные напитки не считается положительным результатом реабилитации.

В случае постоянного употребления пива и других алкогольных напитков больной исключается из группы реабилитации. В случае наркотического срыва пациента, вышедшего из состояния ремиссии, он в обязательном порядке должен обратиться к врачу-наркологу и священнику. При первичном приеме наркозависимого врачом-наркологом производится опрос больного по определенным схемам.

Во-первых, выявляются преморбидные особенности личности больного с целью лучшего понимания особенностей заболевания и *возможного* развития осложнений, *связанных* с особенностями преморбидного состояния больного. Выявляются также такие важные для знания особенностей болезни и психики особенности, как:

- клинические особенности заболевания;
- возраст начала наркотизации, ее длительность, тип потребляемого наркотика;
- злоупотребление алкоголем;
- наличие тех или иных психических и соматических заболеваний (особенно ВИЧ/СПИД, гепатиты, туберкулез);
- были ли суицидальные *попытки* или мысли, развивались ли состояния острого психоза во время приема наркотиков или в абстинентном или раннем абстинентном периодах;
- социальный и семейный статус больного;
- личностные особенности больного (характерологические особенности, наличие интеллектуально-мнестической, социальной и нравственной деградации личности);
- установка на прекращение применения наркотика;
- духовно-религиозный статус больного.

Последний пункт позволяет выявить отношение больного к вере, религии, Богу и помогает врачу, психологу, священнику во многом понять, как пойдет процесс реабилитации, и поможет священнику и кате-

хизатору правильно построить отношение к воцерковлению и сделать прогноз об исцелении больного.

Выявление указанных выше особенностей психологического статуса больных помогает лучше представить себе состояние больного, его физические, психологические, психиатрические и духовные характеристики с целью лучшей выработки реабилитации с учетом его индивидуальных особенностей.

Выяснение духовно-религиозного статуса больного позволяет выявить его отношение к религии, Богу и помогает врачу, психологу и священнику во многом понять, как пойдет процесс реабилитации. При положительном духовно-религиозном статусе работа душепопечителей значительно облегчается и во многом прогнозируется. Человек с негативным или безразличным отношением к религии или не сможет приспособиться к условиям и требованиям реабилитации в ДПЦ и быстро отойдет от нее либо процесс выздоровления, а следовательно и реабилитации, осложнится и затянется. Лучше, если духовно-религиозный статус отразит не врач, а священник при первичной беседе с больным.

Врач-нарколог в процессе работы с наркозависимым должен делать упор на духовное развитие подопечного, проводить мониторинг изменения его состояния и отражать изменения духовно-религиозного статуса в карте больного.

### Второй этап реабилитации

Второй этап реабилитации — целенаправленное воздействие на личность наркозависимого, а также удаление его из наркотической социальной ниши или, по крайней мере, резкое ее сужение. Он предусматривает также продолжение поддерживающей терапии и духовной переориентации личности.

Удаление наркозависимого из наркоманической среды обитания возможно следующими способами:

1) направление больного в дневной стационар ДПЦ;

2) направление больного в реабилитационную трудовую общину ДПЦ;

3) перемена места жительства в зависимости от возможностей семьи больного.

При невозможности удаления наркозависимого из обычной среды обитания родителям рекомендуется резко сузить круг общения больного с прежним наркоманическим окружением и посещением наркоманических мест. При активной работе с родителями и больными и при активной установке последнего на излечение это нам неплохо удастся, особенно с приезжими.

Рекомендуется не подзывать больного к телефону, следить за тем, чтобы он не звонил прежним друзьям из наркоманического круга. Это требует большого напряжения родителей и других близких наркозависимого, но, тем

не менее, это реально выполнимая задача. Реабилитация наркозависимого в общинах проходит по своей особой программе.

При реабилитации наркозависимых, остающихся дома (амбулаторный уровень), с ними проводится активное пастырское, психологическое, психотерапевтическое душепопечение в условиях ДПЦ по программе психотерапевта, психолога и, при необходимости, нарколога.

Психолог принимает наркозависимого по направлению врача-нарколога и строит свою работу по своему плану исходя из психологического и психического статуса больного. Психолог должен работать во взаимодействии с катехизатором и священником, по существу, они и проводят второй этап реабилитации.

Если больной систематически употребляет пиво и другие алкогольные напитки, не посещает богослужения, молебны, не исповедуется, он предупреждается об исключении из реабилитационной группы.

Психолог старается привить пациенту и его родителям важность осознания выхода из наркоманического круга и изменения образа жизни больного.

В конце первого — начале второго этапа реабилитации в задачи психолога и психотерапевта входят:

- 1) преодоление анозогнозии (отрицания болезни);
- 2) создание мотивации к трезвой жизни;
- 3) осознание необходимости упорной работы самого пациента;
- 4) создание мотивации к длительному сотрудничеству с ДПЦ;
- 5) способствование активному воцерковлению;
- 6) пробуждение у наркозависимого покаянного чувства;
- 7) продолжение работы по преодолению физической зависимости («тяги» к употреблению наркотиков).

Целью второго этапа является формирование у пациента:

- 1) осознания собственного бессилия в борьбе с недугом;
- 2) представления о недуге как о системе реакции на окружающий мир;
- 3) представлений о греховности образа жизни, ведомой пациентом;
- 4) осознания того, что только Господь Бог может даровать исцеление;
- 5) готовности принять помощь от Церкви и Бога и развить молитвенное состояние и общение с Богом;
- 6) осознания необходимости изменить жизнь.

Обязательным требованием являются еженедельная исповедь, посещение всех богослужений, определенных программой ДПЦ, участие в таинстве Евхаристии по благословлению священника (режим устанавливается священником индивидуально для каждого

участника программы), а также участие в группах «самопомощи», консультациях у психолога, нарколога и работа в психотерапевтической группе (при ее наличии), посещение «катехизаторского часа». Желательным является участие в образовательной программе, проводимой в рамках программы катехизации (участие в экскурсиях в музеи, монастыри, в паломнических поездках). На втором этапе реабилитации в задачи психотерапии входят: групповая психотерапия; индивидуальная психотерапия; катехизация; активное участие в церковных службах в режиме, определяемом священником; участие в «группах поддержки»; консультирование членов семьи и ближайших родственников; выполнение трудового послушания с благословления священника; диагностика и консультации у медицинских специалистов.

Второй этап работы в программе ДПЦ направлен на: создание позитивной модели образа жизни; глубокий анализ личных проблем; выработку новых, приемлемых для пациента способов взаимодействия с окружающим миром; «обкатку» в искусственных, безопасных условиях замкнутого микросоциума ДПЦ новых способов взаимодействия с окружением; выработку «взрослой» жизненной позиции; выработку мотивации к принятию личной ответственности; закрепление установок на трезвый образ жизни; закрепление достигнутых результатов по преодолению физической зависимости, курс поддерживающей, общеоздоровительной терапии.

Целями данного этапа являются: формирование у пациента шкалы жизненных ценностей на основе христианских заповедей; глубокое осознание пациентом греховности своей жизни; создание условий для перехода на совершенно иной (системный) уровень осознания своих грехов и углубления покаянного чувства; формирование готовности максимально возможного исправления, искупления допущенных ранее ошибок, возмещение нанесенного ущерба; формирование стремления и готовности к коренным изменениям своего образа жизни на основе христианского миропонимания и активное воплощение в жизнь евангельских принципов; формирование осознанного отношения к Богу и молитвенного и евхаристического отношения с Ним; формирование позитивного отношения к положительным нормам социальной жизни; выработка начальных навыков существования в режиме взаимных обязательств; формирование навыков сопротивления отрицательным воздействиям окружающей среды, развитие понятия духовного трезвения; восстановление физического здоровья, диагностика и лечение сопутствующих заболеваний, восстановление, если это возможно, иммунной системы. Одним из наиболее важных моментов при работе на данном этапе является «синхронизация» тематики психотерапевти-

ческой группы, а также «катехизаторской группы» с тематикой проповедей, проводимых священником. На данном этапе обязательными являются, помимо требований, описанных в начале второго этапа, несение трудового послушания, активное участие в группах взаимопомощи в качестве соведущих, частное предоставление своего опыта для свидетельствования эффективности пути предлагаемого ДПЦ.

Необходимым также является прохождение медико-психологических тестов в режиме, определяемом психологами ДПЦ. Обязательным является выполнение рекомендаций врачей центра по консультациям у медицинских специалистов. Важным является то, что доступ ко второму и последующим этапам реабилитации происходит по согласованию священника с психологом, на основании результатов, полученных на первом этапе.

На втором этапе реабилитации наркозависимым помогает группа поддержки, состоящая из бывших наркозависимых. Они дают пациенту конкретные советы по усилению желания жить без наркотиков, укреплению воли. В данном случае наглядный пример и совет бывших наркозависимых мы считаем особенно целесообразными.

#### *Катехизаторская работа*

Катехизаторская работа, активное воцерковление наркозависимых, их духовное становление в ДПЦ проходит в катехизаторских группах, которые проводят наши бывшие наркозависимые, ныне студенты богословских и светских университетов. Эта группа лиц — бывших наркозависимых, прошедших реабилитацию в нашем Центре, — составила «группу поддержки», которая активно помогает реабилитации наркозависимых. Их работа проходит под патронажем психолога и священника. Группа катехизации для проходящих реабилитацию в ДПЦ святого праведного Иоанна Кронштадтского активно стала действовать с 2000 г. Эти группы посещают молодые люди, которые обратились в Центр по проблеме зависимости от наркотиков и алкоголя. Они посещают врачей Центра, психологов, психотерапевтов, а также обязательно участвуют в богослужениях, регулярно исповедуются и причащаются. С группой проводится 12 занятий, каждое имеет свою тему. В первом семестре изучаются: введение в Церковь; православное богослужение, богослужebное время; молитва; пост; исповедь; устройство Храма; всеобщее бдение; божественная литургия (литургия оглашенных, литургия верных); православные праздники.

Группа катехизации является также и группой общения. Все беседы сопровождаются чаепитием, что во многом помогает общению и сближению участников группы, а также способствует постепенному уходу от привычной для наркозависимых и страдающих алкоголизмом формы общения, основанной на общих для них

наркоманических и алкогольных интересах. Большинство участников группы — совершенно невоцерковленные люди, поэтому руководители группы старались сделать занятия максимально интересными: проводились викторины, разгадывались заранее подготовленные кроссворды на православные темы, что способствовало также и закреплению пройденного материала.

Также силами группы обычно подготавливается небольшой концерт, например к празднику Рождества Христова для прихожан храма.

Во втором семестре создается новая группа, а участники первой группы продолжают занятия и приступают к изучению Святого Евангелия. Также участники первой группы принимают участие в проведении занятия с «новенькими». Это дает свои положительные результаты, так как те, кто начал посещать занятия раньше, помогали вновь пришедшим укрепиться в вере собственным примером и опытом. В программу группы также включены паломнические поездки и экскурсии.

Главная цель второго этапа реабилитации — укрепить достигнутую ремиссию, перевести ее в устойчивую, вывести молодых людей из наркотической среды обитания и наркотического окружения, развить в них потерянную способность к труду, восстановить нормальные семейные отношения, дать им почувствовать себя полноценными людьми, способствовать дальнейшему воцерковлению и развитию духовности. Молитва и активный труд — вот основа реабилитации на данном этапе.

#### **Третий этап реабилитации**

Третий этап реабилитации — семейно-бытовая, социальная адаптация наркозависимого. Он возможен при условии возникновения у больного устойчивой ремиссии в течение года и более. Третий этап состоит в активной помощи наркозависимому в трудоустройстве, восстановлении семьи, адаптации в семье. Возможно проведение терапии по показаниям психиатра, невропатолога и других специалистов (например лечение гепатита). Третий этап включает в себя: участие в профессиональном обследовании, в «тренингах умений», организуемых психологами ДПЦ; индивидуальные консультации психологов; помощь ДПЦ в приобретении образования, профессии; помощь в трудоустройстве. Работы на этом этапе направлены на: определение психологической предрасположенности к различным видам деятельности; выработку индивидуального стратегического плана адаптации в социум; определение оптимальной схемы адаптации в социальную жизнь, исходя из имеющихся в наличии ресурсов (личностных, финансовых, бытовых и т.д.); разработку конкретных мероприятий по включению пациента в социум; анализ начальных результатов трудовой деятельности; помощь в разрешении конкретных психоло-

гических трудностей, возникающих в процессе деятельности в открытом социуме; выработка навыков использования основных принципов, усвоенных в процессе предыдущей работы в программе ДПЦ, в повседневной жизни и работе.

*Целью данного этапа являются:* формирование активной жизненной позиции на православных, христианских принципах, усвоенных в ДПЦ; формирование устойчивой установки на достижение целей; закрепление навыков сопротивления внешней среде; формирование навыка отстаивания своих принципов в открытом социуме; формирование навыков общения и обретение нового круга общения.

По-прежнему обязательными являются исповедь и активное посещение богослужений, проходящих в рамках программы ДПЦ; работа в тренинговых группах в Центре и активное участие в «группах поддержки». Также желательно включение в церковную жизнь по месту жительства. Важной частью работы на этом этапе является создание условий для осознания необходимости помощи другим в решении подобных проблем и определения степени своего участия и функциональной роли в работе Центра. По достижении устойчивой ремиссии подопечный переходит в режим поддерживающего этапа, продолжительность которого не ограничена.

В настоящее время работа по реабилитации нарко- и алкогользависимых молодых людей строится у нас следующим образом: больной поступает в ДПЦ и через регистратора направляется к врачу-наркологу или приходит в храм и после беседы со священником направляется в ДПЦ. Врач-нарколог, побеседовав и посмотрев больного, решает, что с ним делать: направить в стационар для снятия абстинентного синдрома или рекомендовать снять абстинентный синдром (ломку) в домашних условиях и, как мы уже отмечали, ставит ему соответствующий диагноз, рекомендует проведение того или иного лечения. Врач-нарколог вырабатывает план-схему реабилитации, направляет наркозависимого к психологу, психотерапевту, в кабинет биологической обратной связи (БОС), в катехизаторскую группу и отслеживает весь этап реабилитации.

По существу, все специалисты-душепечители (врач-нарколог, психолог, психотерапевт, специалисты БОС, катехизаторы) работают «на священника», помогая больному активно воцерковляться, изменяя его мировоззрение, способствуя духовному становлению личности.

В ДПЦ проводятся следующие уровни реабилитации:

1) стационарный — *первый этап* — медицинской реабилитации, снятия абстинентного синдрома, лечение сопутствующих заболеваний и первичное во-

церковление больного. В стационаре больной проводит 3—5 недель и возвращается для продолжения реабилитации в ДПЦ;

2) амбулаторный — основной уровень в работе ДПЦ, потому что мы не можем несколько сотен больных направить в реабилитационную общину или в монастыри;

3) реабилитационная загородная община — в нее направляются, как правило, иногородние, которым негде жить в Москве, или москвичи, которых невозможно изолировать от наркоманической группы общения;

4) стационар дневного типа;

5) монастырский (по договоренности с монастырями).

*Главная цель направления наркозависимого в общину* — отрыв его от наркоманической социальной ниши, укрепление полученной в ДПЦ нестойкой ремиссии и веры, создание молитвенного настроения и активное вовлечение в трудовой процесс. Желательно устройство общины делать рядом с храмом, чтобы не прерывать начавшийся процесс духовного возрождения молодых людей. Распорядок дня в Обители насыщен молитвой и трудом. Утро начинается с молитвы: молитвенное правило начинается с братского молебна или чтения полунощницы, затем следуют утренние молитвы, чтение одной главы из Апостола и одной главы из Евангелия. После молитвенного правила общинники завтракают, после чего уходят на трудовые послушания. Во время принятия пищи совершается чтение душеспасительных книг — творений святых отцов и других. Вечером вычитываются малое повечерие с тремя канонами и акафистом Спасителю или Божией Матери, вечерние молитвы, совершается чин прощения и крестный ход.

Все молодые люди научаются свободно читать по-церковнославянски, ежедневно совершают молитвенное правило, их духовное состояние значительно улучшается.

Активная работа ДПЦ по реабилитации наркозависимых, а также молодежи с другими видами зависимостей приводит к определенным социально-экономическим последствиям: выведение молодежи из наркозависимости и активная профилактическая работа в детских и юношеских коллективах приведет к уменьшению смертности в стране, особенно молодежной, к увеличению участия молодых людей в активной социально-трудовой жизни, к укреплению российской семьи и увеличению активности созависимых лиц.

Уменьшатся расходы на борьбу с преступностью и на содержание осужденных в местах лишения свободы. Русская Православная Церковь увеличит число своих прихожан. И это все не пустые слова. Практика

деятельности нашего Центра уже показала, что это так и есть. По данным 2003 г., доля лиц, вошедших в состояние устойчивой ремиссии, составила у нас 85%, число прошедших реабилитацию за этот период составило более 3 тыс. чел. По установленным нами данным (они не точны, так как со многими приезжими из других городов мы не смогли связаться), из 1906 чел. (из числа только обследованных катamnестически) в состоянии устойчивой ремиссии вошли 1620 чел. После 2003 г., как я уже отмечал, по объективным причинам в состоянии ремиссии стали входить 60—70%.

подавляющее большинство этих молодых людей хорошо вошло в социум и адаптировано в семье. Многие женились или вышли замуж, рожают детей. Среди 80 молодых людей, прошедших за эти годы активную духовную и социальную реабилитацию в общинах, вошли в состояние устойчивой ремиссии 69 чел., или 78,5%. У 8 чел. отмечено значительное улучшение и только трое молодых людей остались наркозависимыми. Можно считать, что никакого результата реабилитации не наблюдалось всего у 4% наркозависимых, проходивших активную реабилитацию в монастырях, общинах ДПЦ. Однако необходимо помнить, что этот показатель непостоянен: он может меняться (и меняется) в зависимости от времени, прошедшего с момента начала реабилитации и пребывания молодых людей в той или иной среде. Истинное число молодых людей, отказавшихся от наркотиков и изменивших образ жизни, покажет время. В отличие от светских реабилитационных центров, у нас отмечается «эффект ножниц»: чем больше времени проходит от начала реабилитации, тем большее число реабилитантов входит в состояние устойчивой ремиссии. Мы наблюдали немало случаев, когда прекращали прием наркотиков те лица, которые считались нами совершенно бесперспективными. В светских реабилитационных центрах наблюдается, как правило, другая картина: чем больше времени проходит после окончания реабилитации, тем большее число возобновляет прием наркотиков. К сожалению, это так.

С 2004 г. ухудшилась реабилитация и у нас в общине: очень сильно портит дело легальный наркорынок, ведь так легко приобрести в аптеке, к примеру, наркосодержащие препараты «Терпинкод» или «Кодлак». Но в течение 2006—2007 гг. мы усилили дисциплину, «ужесточили» режим дня и срывы стали редкими явлениями в процессе реабилитации, вследствие этого значительно возросла эффективность.

Как видим, наша программа основана на активном воцерковлении лиц, принимающих православное вероисповедание. И в данном случае, как и для приверженцев программы «12 шагов», нам не так уж и важно, приходит к нам верующий православный христианин или просто называющий себя верующим: наша работа с пришедшими к нам на реабилитацию моло-

дыми людьми предполагает, что они станут (почти обязательно) верующими, исповедующими православное христианство. Вы ознакомились с работой группы катехизаторов, которая давала превосходные результаты, группы «Преображение», мы постарались показать ценность метода «Стационар дневного типа». Вне всякого сравнения, эта работа гораздо плодотворнее, чем работа программы «12 шагов». Однако, как бы я ни хвалил нашу собственную программу, это вовсе не означает, что она дает 100%-ный положительный результат. До 2003 г. результаты реабилитации были гораздо лучше, но и в настоящее время 65—70% — это потрясающий результат. Пусть не 80—85%, но это результат, который можно считать уникальным. Да, конечно же, были досадные срывы, уходы (даже был, к сожалению, случай ухода в сектантство после активного воцерковления. Анализ показал, что здесь имело место неправильное поведение неверующих родителей, поддавшихся активному сектантскому влиянию), переход на алкоголь — в тех случаях, когда в преморбидном состоянии было активное увлечение алкоголем. Но все же случаи эти были редкими, исключением из правил. Было бы, конечно, неправильным считать, что все у нас проходит гладко и, если ты вошел в православие, значит, ты уже спасен. Конечно же, это не так. Я должен честно признаться, что общинный тип реабилитации для нас самый тяжелый, потому что в общине необходимо строго соблюдать ее Устав, дисциплину, режим дня, а для наркозависимых это составляет тяжелейший духовный труд. Они часто давали срывы в соблюдении Устава и дисциплины, и поэтому приходилось их исключать из общины или они покидали ее сами. И все же подавляющее большинство общинников вышло вместе с нами победителями. Теперь это совершенно нормальные и здоровые люди — бывшие наркозависимые.

Как бы там ни было, но плоды нашей работы говорят сами за себя: «По плодам их узнаете их» (Мф., 7, 16, 20). Но вот теперь мне хотелось бы привести феноменальные данные, говорящие абсолютно за использование православных методик, за активную встречу души наркозависимого с Богом. По существу, речь пойдет о важном научном открытии, сделанном нами. Как я уже говорил, имеется в нашем Центре кабинет «обратной биологической связи». Что это такое?

Не вдаваясь в подробности методики, отметим лишь, что принцип метода биологической обратной связи (БОС) состоит в том, что снимаемые с помощью электродных датчиков физиологические сигналы с мозга (электроэнцефалограмма — ЭЭГ), сердца (электрокардиограмма — ЭКГ), частота пульса и дыхания, преобразованные компьютером для чело-



века в аудиовизуальную информацию, становятся понятны ему и на основании этого он получает возможность сознательного и волевого управления своим физиологическим состоянием. Насколько успешно идет процесс совладания со своим физиологическим состоянием, показывает наличие или отсутствие аудиовизуальной информации в режиме обратной связи.

### ЭЭГ у зависимых лиц

Работа мозга сопровождается выработкой электрических потенциалов, которые можно снять специальной аппаратурой в виде электрических волн. При этом разному режиму работы мозга соответствует разный характер биоэлектрических потенциалов. Работающий мозг (активное внимание, решение задач, т.е. активное бодрствование) характеризуется преобладанием  $\beta$ -электрических волн. В состоянии покоя (например, при закрытых глазах) преобладают  $\alpha$ -волны. В состоянии сна доминируют более медленные  $\theta$ - и  $\delta$ -волны. В состоянии бодрствования и покоя их доминирование свидетельствует о неправильной работе мозга или наличии патологии.

Предпосылками для использования ЭЭГ-БОС в лечении больных с алкогольной и другими видами зависимостей стали данные исследования ЭЭГ Ю. Пенистона и П. Кулкоски, которые показали угнетение  $\beta$ - и  $\alpha$ -волн при алкоголизме и, в частности, в состоянии опьянения. Они предположили, что если существует дефицит  $\alpha$ -волн (которые называются «спокойные», «мирные») у алкоголиков, то при тренировке по методу  $\alpha$ - $\theta$ -БОС будет наблюдаться увеличение амплитуды  $\alpha$ -волн и  $\alpha$ -активности в целом. Кроме того, вместе с этими изменениями ЭЭГ могут произойти изменения в нейрохимии мозга, что приведет к оптимальному функционированию мозга и предотвратит рецидив. Первоначальное исследование показало: значительное увеличение  $\alpha$ - и  $\theta$ -волн в ЭЭГ после тренинга;  $\theta$ -активность и значительное уменьшение депрессии и тревожности, более низкая доля рецидивов, низкий уровень  $\beta$ -эндорфина в сыворотке крови во время лечения. Отечественные исследования (Душепопечительский Центр святого праведного Иоанна Кронштадтского, 1-е подростковое отделение 3-й городской психиатрической больницы им. Скворцова-Степанова г. Санкт-Петербурга) показали, что позитивный результат достигается без целенаправленного увеличения  $\theta$ -волн (медленноволновой активности мозга), который проявляется в ЭЭГ людей, находящихся в состоянии глубокой медитации, что можно рассматривать как депрессию уровня бодрствования в состоянии оккультного трансового состояния (иеромонах Анатолий (Берестов). Поскольку возникновение ритма указывает на аффективную (эмоциональную) вовлеченность и уровень психоэмоционального возбуждения либо состояние измененного сознания (как в слу-

чаях, обнаруженных нами при оккультном поражении), то это, очевидно, связано со всеми видами зависимости (в том числе при лудомании, алкоголизме, наркомании и оккультном поражении), которым свойственна не только повышенная  $\theta$ -активность, но и выраженная асимметрия работы головного мозга (что было подтверждено нами и в случаях оккультного поражения мозга).

Аналогичные данные мы нашли в статье «Технологии, основанные на эффектах трансцендентальной медитации (ТМ) и программы ТМ-Сидхи: обзор литературы и предварительные данные» (Е.Н. Истратов, Н.Н. Любимов, Т.В. Орлова, НИИ головного мозга РАМН): «Наряду с усилением  $\alpha$ -активности на фоне ТМ отмечалось также и появление низкоамплитудной  $\theta$ -активности». Это вполне согласуется с нашими ранее полученными результатами ЭЭГ-исследований оккультнопораженных лиц.

### Наши исследования

Нами было проведено исследование по выявлению изменений психосоматического и эмоционального состояния больных наркоманией и алкоголизмом, только начинающих воцерковление, с использованием в качестве сигналов обратной связи аудио- и видеоматериалов со специфическими содержательно-образными характеристиками. Подборка аудио- и видеостимульных материалов формировалась по критерию духовно-смыслового содержания. Это значит, что после первичного психологического исследования и БОС-исследований на последующих сеансах реабилитанту предъявлялись аудио- и видеостимулы православного содержания. Причем это православное смысловое содержание предъявляемых стимулов оценивалось нами в сравнении с индифферентными в религиозно-православном смысле стимулами — пейзажами, картинами художников-классиков, классической музыкой.

Работа проводилась с тремя выборками больных: наркозависимых, алкогользависимых и страдающих тем или иным видом невротических или психотических расстройств оккультного поражения.

Мы обращаем особое внимание на качество используемого стимульного материала — его смысловое и духовное содержание, так как процесс восприятия рассматривается нами как процесс возникновения сопряженного взаимодействия между воспринимающим и воспринимаемым, где *воспринимаемое* — *окно в ту или иную духовную реальность* (вот вам и проявление именно православной, а не иной какой-то духовности, господа «шаговики»!).

Православный характер аудио/визуальной обратной связи (иконопись, православное зодчество и православное песнопение) предоставляет страждущему возможность переключиться с переживаний негативного характера (обычно преобладающих на началь-

ном этапе и формирующих негативизм) уже на первом сеансе. У нарко- и алкогользависимых вначале наблюдалось состояние недоверия с протестно-защитными реакциями, неуступчивостью, потребностью уйти от контактов в мир фантазий, где чувства тщательно скрываются (в первую очередь, от самих себя) и в общении подменяются рассуждательством, как это наблюдается, со слов бывших «шаговиков», в программе «12 шагов».

По мере уделения внимания транслируемому содержанию православная обратная связь в сравнении с типовым (обычным) материалом «нейтрального» в религиозно-духовном отношении содержания значительно больше способствует сохранению вновь найденного «умиротворяющего» и «успокоительного» состояния. Интересно, что показатели  $\beta$ -ритма как эквивалент напряженной мыслительной деятельности, а по нашим психологическим исследованиям, и мыслительной деятельности навязчивого характера (например, навязчивого желания употребить наркотик или алкоголь) снижаются, как снижается и показатель  $\theta$ -ритма.

Это — чрезвычайно важные научные находки, я бы сказал научное открытие, подтверждающее положительное влияние на духовность человека православного стимульного ряда. Оно значительно отличается, как мы уже говорили, от нейтральных в духовно-религиозном отношении стимульных предъявлений. Безусловно, все это активно противоречит 12-шаговой говорильне.

На базе Санкт-Петербургского института экспериментальной медицины проводились исследования с применением сеансов биоакустической коррекции (БАК), которые заключались в прослушивании текущей звуковой картины БАК головного мозга с помощью компьютерного преобразования путем транспонирования спектра ЭЭГ в область звуковых частот. Все обследуемые получали единственное задание: «Слушать работу собственного мозга». «При данных условиях транспонирования форма волн ЭЭГ в группе больных в начале курса процедур выражалась преимущественно в инструментальных и многоголосных тембрах акустического образа (АО) ЭЭГ. Тембры АО ЭЭГ практически здоровых испытуемых и больных в конце курса процедур были ближе к одноголосным и вокальным звукам, чем тембры АО ЭЭГ больных в начале курса процедур. Изменение тембра АО ЭЭГ, отражающее изменение формы колебаний биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствует об изменении функционального состояния центральной нервной системы. Реальным механизмом этого процесса может быть положительное эмоциональное подкрепление процесса ауторегуляции ЦНС, где ключевым моментом является степень благозвучия воспри-

нимаемого акустического образа ЭЭГ. Г. Гельмгольц в своей работе «О физиологических причинах музыкальной гармонии» отмечал, что закон благозвучия «действует независимо от нашего сознания, поскольку он касается обертонов, о которых мы не имеем сознательного представления, хотя они и ощущаются нашим нервом, — о приятности или неприятности нам говорит наше чувство, хотя мы не знаем их причин».

Человек, находящийся в условиях биоакустической коррекции, стремится к большей гармоничности звучания или, по крайней мере, к меньшей какофоничности, что приводит к формированию навыка отбора тех паттернов ЭЭГ, транспонированный образ которых обладал положительными подкрепляющими свойствами».

То, что физиологически здоровый мозг «звучит» подобно одноголосному вокальному пению, не случайно. В нашей русской традиции ему соответствует знаменное (не нотное) пение, о котором святитель Игнатий (Брянчанинов) писал: «Знаменный напев написан так, чтоб петь одну ноту (в унисон), а не по началам (партезес), сколько бы певцов ни пели ее, начиная с одного певца. Знаменный напев подобен старинной иконе. От внимания ему овладевает сердцем то же чувство, какое возникает от пристального зрения на старинную икону...»

Мы использовали в качестве звукоряда обратной связи знаменное пение и сербское традиционное церковное пение.

Однако музыкальные предпочтения современной молодежи, живущей идеологией гедонизма, происходят из соответствующего жизненного мира (инфантильного). Приведем основные его черты. Прежде всего, он характеризуется ориентацией на немедленное удовлетворение сиюминутных потребностей, будь то требование материнского молока или денег у матери же на приобретение источника удовольствия как цели бытия. Очень редко, но все же встречаются локализация целей в будущем и связь их с вневременными ценностями, чаще же — локализация в настоящем. Ему присущи также неприятие ответственности, обвинение других, а не себя в промахах и ошибках, совершаемых от порывистой необдуманности и высокой эмоциональности. Осознанность смысловых ориентиров, как и критичность, рефлексия, регулирующая роль мировоззрения, у них совершенно снижены. Все это — психология девиантов, проявляющаяся и в том, что присущие им ценности с содержательной стороны часто «дублируют потребности». Но это же является и признаком педагогической запущенности и депривации духовности, понимаемой именно в религиозном смысле.

Музыкальными потребностями молодежи описанного жизненного мира (на современном этапе общес-

твенного развития), как правило, являются техно, электронная музыка, тяжелый рок и другие из этого ряда. В общем же, любая музыка, доставляющая им удовольствие. Известно, что достижение цели по типу «все сразу» есть реализация инфантильной установки личности. Она же — главная установка гедонизма и наркоманического склада личности. Психологически такая установка означает отказ от целеполагания, переживание состояния иллюзорной вседостижимости и всереализованности, когда все, к чему можно стремиться, уже дано непосредственно. На этом принципе, например, построена вся рекламная деятельность.

Увлечение перечисленными видами музыки способствует поддержанию измененного состояния сознания по инфантильному или наркоманическому типу (жизнь как сплошная эйфория, которую наблюдаем также при воздействии наркотика, что проявляется в данном случае на ЭЭГ завышенной  $\theta$ - и  $\delta$ -активностью головного мозга и редуцированием  $\alpha$ - и  $\beta$ -активности). Такая ЭЭГ-картина мозга является в принципе патологической, может говорить об определенной патологии мозга и сопровождаться эпилептическими припадками, что мы нередко и встречаем на рок-концертах. С другой стороны, поражение мозга наркотиками с развитием подобной картины ЭЭГ нередко вызывает и у наркозависимых эпилептические припадки. Это хорошо известно врачам. Но увлеченность такими видами музыки легко облегчает доступ к наркотику, который и возглавит существование в стиле «все и сразу».

Таким образом, человек дает право на существование в своей жизни ужасающему парадоксу, в котором то, что по своей природе хорошо для человека (в том числе и для его физиологии), не принимается данным типом личности, вызывает раздражение и протест, и наоборот, то, что деструктивно, то очаровывает. А.Ю. Вуйма пишет, что соответствие или несоответствие индивидуальному шаблону синхронизации биоритмов мозга вызывает те или иные виды эмоции. У зависимого человека имеется свой так называемый шаблон синхронизации, по сути, «приемник», ориентированный на определенную частоту. Но если человек искренне хочет избавиться от зависимости, его восприятие становятся доступны и церковное песнопение, и иконопись — окна для преображающегося человека, хотя при этом у него не было никакого опыта духовно-религиозной жизни и помышлений о вере практически не возникало. Но это доказывается всем опытом реабилитации наркозависимых в православных реабилитационных центрах и нашими БОС-исследованиями. И те музыкальные (и не только музыкальные) формы, которые еще недавно были приятными и за которыми стоит дух деструкции, со временем вызывают неприятие.

Следует сказать несколько слов о визуальном (зрительном) восприятии и внимании.

Наиболее примитивное внимание *амбьентное* (пространственное), связанное с локализацией объектов в пространстве, оно работает в динамических условиях. Чем больше движущихся предметов, тем больше вероятность того, что будет доминировать именно эта форма внимания. Именно в силу этого мы видим формирование мозговой доминанты, лежащей, по нашему мнению, в основе игровой зависимости, у игроманов. Бегающие зрачки зависимого человека, развивающего в поисках кайфа сверхактивность; состояние внимания игромана у игрового аппарата (полутемное помещение, бегающий цветной свет, вспышки света, характерная монотонная музыка, звон монет и т.п.) — здесь работает данный вид внимания.

Второй вид внимания — *фокальное* (предметное), связанное с идентификацией отдельных предметов, более высокая форма внимания, чувствительная к вниманию другого человека. Этот вид внимания не развивается при разного рода зависимостях (один наркозависимый вынес все иконы из комнаты, объясняя это тем, что они смотрят на него и он не может больше этого выносить). Как уже сказано выше, во время БОС-сеанса используются в качестве аудио/визуального ряда иконопись и православное песнопение. Это порождает такой характер восприятия, при котором задействован этот тип внимания, недоразвитый у зависимых людей. В результате значительно уменьшаются рассеянность и мыслительная активность навязчивого характера. Функционально именно этот вид внимания задействован в борьбе с навязчивыми помыслами (в отведении от них и удержании внимания на молитве).

Исследователь нейрофизиологических механизмов произвольного внимания Р. Наатанен в монографии «Внимание и функции мозга» признает важность предстимульного периода произвольного внимания. Он отмечает, что в то время, как непроизвольное внимание может оперировать только в настоящем времени, произвольное внимание может быть обращено к будущим стимулам или событиям. В эксперименте Т. Малхоланда и Е. Пенера было обнаружено, что  $\alpha$ -ритм может усиливаться при высоком уровне зрительного внимания. Это же отмечено и нами, и показано значение этого факта в развитии осознанного отношения к лечению, развитию воли зависимого и усилению мотивации к лечению. Представление об  $\alpha$ -ритме как показателе инактивированного состояния нервной сети проверяется данными о вызванной ритмической электроактивности  $\alpha$ -диапазона, регистрируемой в процессе реализации различных видов деятельности. Коротко говоря, происходят тренировка произвольного внимания и освоение технологий

борьбы с помыслами. Приведенные описания экспериментов отражают и наши исследования. Это взгляд через увеличительное стекло на то, что происходит с нами на уровне психофизиологии в разных состояниях сознания. Человек, осуществляя произвольную внутреннюю активность по «собираанию» себя синергично (с Божьей помощью), испытывает личностную состоятельность, и тогда на смену одержимости страстью приходят переживание мира, желание исцеления и уверенность в нем. Это свидетельствует о том, что больные с различными видами зависимостей, в том числе с наркозависимостью, успешно овладевают навыком волевой регуляции своего психофизиологического состояния, обеспечивая процесс интеграции души и тела, разобщенных недугом. Усиливаются и развиваются мотивация к лечению и осознание своего недуга.

### Выводы

Реабилитация наркозависимых с применением БОС-терапии при использовании материалов обратной связи с православным смысловым содержанием влияет на структуру биоэлектрической активности головного мозга, способствует желательному приросту интенсивности и времени существования средневолновой активности  $\alpha$ -диапазона и выраженной синхронизации активности полушарий головного мозга и позволяет исключить инертные и патологические состояния сознания ( $\theta$ - и  $\delta$ -диапазоны). Как мы уже указывали выше, такого положительного эффекта мы не наблюдали при предъявлении индифферентных в духовно-религиозном смысловом отношении стимулов. Конечно, если предъявлять индифферентные в религиозно-смысловом отношении аудио/видеостимульные ряды, возможна положительная работа с аддиктивными больными, но она не будет столь очевидно показательной, эффективной и быстрой. Безусловно, наша находка является важным научным открытием и, главное, легко воспроизводима. Это не есть спекулирование на отдельных больных: это правило, или закон. Вот что дает нам православный подход к реабилитации наркозависимых и больных с другими аддикциями. Здесь мы видим, как идет перемещение внимания от греховного помысла на молитву, и способствующее этому явлению православное содержание обратной связи не дает соответствующей доминирующей страсти реагировать привычным образом на духовно-душевном уровне. При этом нарушаются стереотипная для зависимого больного иерархия реагирования и стереотипная ассоциативная связь. При регулярности участия в БОС-процедурах изменяется стереотип реагирования, особенно на фоне участия в богослужении, личной и коллективной молитвы и христианских Таинствах. Происходит овладение со-

бой, т.е. своим внутренним, духовным миром, развиваются осознание своей болезни и уверенность в победе над ней именно с помощью Благодати Божией, религиозное восприятие мира, вера в Бога и воля.

Конечно, мы должны сразу же оговориться: применение БОС-православной терапии не является ни в коем случае методом, излечивающим наркоманию или другие аддикции. Это прекрасный вспомогательный метод терапии в комплексе православных методов реабилитации. Сам по себе он не способен излечить наркоманию, но в комплексе со всеми применяемыми нами методами он значительно увеличивает успех реабилитации, помогает священнику и другим реабилитологам привести больного к вере, воцерковить его и изменить его образ жизни. Он также помогает снять духовную напряженность и предотвращает наркотические и алкогольные срывы.

*Таким образом, приведенная нами критическая информация по изначально протестантскому методу реабилитации лиц с зависимым поведением с абсолютной достоверностью показывает всю неосостоятельность ее внедрения в православную Церковь в качестве оптимального варианта для исцеления.*

Вне всякого сомнения, программа «12 шагов» может иметь определенный успех в неправославной среде и имеет право на дальнейшее существование, если уж она помогает многим тысячам больных на Западе и в США, а в некоторых случаях и у нас в России в нерелигиозной среде. Было бы нелепостью выступать за ее запрет, и мы ни в коем случае не делаем этого. Раз кому-то помогает, то и пусть работает. Речь идет о другом: православная Церковь на протяжении многих веков сохраняла и приумножала богатый опыт помощи духовно немощным больным и успешно на практике применяла его в течение более тысячи лет. Вспомним хотя бы решение проблемы алкоголизма перед Первой мировой войной путем создания сети «Обществ трезвости». Ведь дело дошло до смехотворного скандала: увидев, что от резкого снижения потребления водки падают доходы, заводчики — производители водки обратились к Царю с просьбой приостановить активность "Обществ трезвости", иначе-де в казну пойдет меньше денег от продажи водки. Ведь успех антиалкогольной кампании был потрясающий: в "Обществах трезвости" становились трезвенниками до 60% пьяниц!

Аналогичная тенденция прослеживается сейчас у нас и с реабилитацией наркозависимых: во многих реабилитационных центрах, приходах, монастырях прекращают употреблять наркотики и входят в состояние устойчивой ремиссии от 60 до 85% наркозависимых, и именно благодаря православным методам реабилитации! Так зачем же нам переходить на 12-шаговую

программу, которая ничего не дает ни уму, ни сердцу? Только в угоду прозападным элементам, несущим нашей Церкви деструктивные порядки и духовный разлад между верующими?

Мы в настоящей работе критически разобрали метод реабилитации зависимых больных по западному протестантскому методу «Программа 12 шагов», или «Анонимные алкоголики/Анонимные наркоманы», пришедшему к нам из США. В 1994 или в 1995 г. американцы активно вербовали меня для поездки в Штаты с целью осваивания этого метода с последующим внедрением на российской земле. К счастью, я наотрез отказался, объяснив им, что у нас в Церкви есть свой метод духовного лечения подобных больных, более эффективный в наших условиях.

Мы сделали подробный анализ 12-шаговой программы на духовно-религиозном, психологическом и научном — нейрофизиологическом — уровнях и показали несомненное превосходство православных методик над «12 шагами». Я бы хотел обратить внимание вот на какой важный аспект этой проблемы. БОС-терапия наркозависимых показала важность именно православного подхода к реабилитации и доказала это на нейрофизиологическом аппаратном методе. Но если предъявление православных в смысловом отношении аудио- и видеостимулов дает столь показательные по-

ложительные результаты, то уж слово Божие, произнесенное священником или катехизатором, и активное научение зависимых Закону Божию, а тем более христианские Таинства — Исповедь, Причастие и другие — приносят огромный плод духовного воздействия на зависимого человека. Вот почему у нас с «шаговиками» столь разительные различия в результатах реабилитации и *воцерковления*. Так нужны ли нашей Церкви западные откровенно протестантские программы реабилитации?

Я считаю, что программе «12 шагов» не место в Православии. Пусть они работают *вне Церкви*. Это будет справедливо и необходимо. Те зависимые, которые не захотят проходить реабилитацию в православных Душепопечительских центрах, на приходах и в монастырях, все-таки имеют некоторый шанс спастись от проявлений болезни у «Анонимных алкоголиков/Анонимных наркоманов».

Но если кто-то из церковников уж очень хочет работать по «12 шагам», я советую, по слову Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия, «наполнить эти программы нашим религиозно-нравственным содержанием». Иначе полного исцеления от подобных недугов не наступит никогда!

Вольному — воля, спасенному — рай.