



**ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
(ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ФОРМЫ И
МЕТОДЫ РАБОТЫ)**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

**ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
(ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ФОРМЫ И
МЕТОДЫ РАБОТЫ)**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № 06/951 от 24 августа 2007 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством оказания психотерапевтической помощи в психиатрических, психотерапевтических и психоневрологических учреждениях, психотерапевтических кабинетах и отделениях»

Методические рекомендации выполнены в ННЦ наркологии Минздрава России (директор – член-корр. РАМН, профессор Н.Н. Иванец) и Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева (директор – д.м.н., профессор Н.Г. Незнанов)

Авторы методических рекомендаций: зам директора ННЦН, д.м.н. Т.Н. Дудко; руководитель отделения, к.м.н. И.В. Белокрылов; руководитель отделения, д.м.н. Е.М. Райзман, сотрудники НИПНИ им. В.М.Бехтерева: руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и подготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии д.м.н., вед. н.с. Р.К. Назыров; к.м.н., ст. н.с. М.Б. Ремесло; С.В. Осеев; С.В. Ляшкова; А.А. Четвериков, И.В. Елизарьева.

В методических рекомендациях изложены особенности использования психотерапевтических технологий в системе реабилитации наркологических больных в лечебно-профилактических наркологических учреждениях.

Несмотря на несомненное признание специалистами в области реабилитации основных положений концепции реабилитации наркологических больных, созданные на её основе лечебно-реабилитационные программы все же не обеспечивают необходимого уровня эффективности при её практической реализации. Во многом эта особенность связана со значительным дефицитом квалифицированных специалистов в области реабилитации и, особенно, в области психотерапии. Не меньшее значение имеют системная недоработка теоретических, организационных и правовых аспектов лечебно-реабилитационного процесса и недостаточная востребованность существующих реабилитационных, в том числе и психотерапевтических, технологий, методов, методик. На основе анализа проблемы, настоящими методическими рекомендациями предложена системная разработка научно-практических основ психотерапевтической реабилитации наркологических больных с учетом её медицинских и организационных аспектов. В методических рекомендациях изложены личностные особенности больных с различными формами зависимости от ПАВ, психологические механизмы формирования зависимости, психотерапевтическая диагностика, основные методы психотерапии наркологических больных и оценка эффективности психотерапевтической работы.

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Системный подход к решению задач реабилитации предполагает разработку, совершенствование и внедрение в практику методологической концепции реабилитации, включающей в себя медицинский, психологический и социальный аспекты. Одной из важных задач является применение в наркологических лечебно-профилактических учреждениях (амбулатории, стационары, центры, терапевтические сообщества и пр.) реабилитационных программ с использованием психотерапевтических методов.

Эффективность психотерапевтических технологий во многом зависит как от создания особой социально-психологической (психотерапевтической) и, следовательно, реабилитационной среды функционирования больных, так и от отбора лиц, участвующих в реабилитационных психотерапевтических программах. Предложенная нами *концепция реабилитационного потенциала* наркологических больных является основой системного подхода к построению и реализации психотерапевтического реабилитационного процесса. Дифференциация наркологических больных по уровням реабилитационного потенциала позволяет разделить больных по выраженности медико-социальных проявлений заболевания, обосновать их направление в то или иное наркологическое учреждение, оптимально использовать комплекс психотерапевтических, трудовых, социальных и иных восстановительных мероприятий с учетом особенностей каждого периода и этапа реабилитации. Образующиеся блоки информации позволяют последовательно осуществлять практическую и организационную деятельность, а также прогнозировать эффективность психотерапевтического процесса в системе укороченных или пролонгированных медико-социальных реабилитационных программ.

ФОРМУЛА МЕТОДА

Система реабилитационных психотерапевтических мероприятий в учреждениях наркологического профиля представляет собой сложную форму профессиональной деятельности, которая опирается на: 1) теоретические концепции понимания личностных особенностей больных с зависимостью от ПАВ и психологических механизмов формирования зависимости; 2) существующие

подходы к оценке личности наркологического больного – психодинамическом и психопатологическом, преимущества которых зависят от поставленных целей исследования (психотерапевтическая диагностика исходит из положения о наличии непосредственной связи между личностными нарушениями и болезнью и, в частности, – о соответствии их тяжести); 3) психотерапевтические стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на теоретических моделях и эмпирических исследованиях психотерапии больных с зависимостью от ПАВ (методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гуманистической психотерапии в рамках предлагаемой интегративной модели взаимно дополняют друг друга, делая эту модель психотерапии больных с зависимостями перспективной по многим параметрам); 4) организационную модель, связанную со спецификой оказания помощи наркологическим больным.

Применение психотерапии предполагает также проведение контролируемых исследований эффективности, подтверждающих валидность основных теоретических положений, совершенствование организационных условий и этических стандартов. Психотерапевтическое воздействие реализуется в ее основных формах – индивидуальной, семейной, групповой психотерапии и форме психотерапевтической среды (психотерапевтическое сообщество, «психотерапевтическое поле»). Психотерапия проводится преимущественно в долгосрочном временном формате в условиях учреждений, оказывающих наркологическую помощь.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕТОДА

Оно включает в себя: 1) материально-техническое обеспечение помещениями, медицинским и другим оборудованием; 2) обеспечение психодиагностическим инструментарием; 3) обеспечение (подготовка специалистов) психотерапевтическими методиками.

Материально-техническое обеспечение помещениями предполагает создание в учреждениях наркологического профиля психотерапевтического кабинета. Детальное оснащение его приведено в приказе Минздрава России от 16.09.2003 № 438 и включает в себя следующее оснащение. Психотерапевтический кабинет располагается с специально-выделенных помещениях общей площа-

дью 68-95 кв.м., куда входит помещение для организации приема пациентов (площадью 14-20 кв.м.), помещение для проведения индивидуальной и групповой психотерапии (площадью 30-40 кв.м.), помещение для медицинского психолога, социального работника (площадью 22-35 кв.м.). Кабинет оснащается элементами внутреннего дизайна и терапии средой (облицовка стен, декоративные растения, приборы бокового освещения, картины, и др.) в соответствии с возможностями; приборами и аппаратами в соответствии со списком (в том числе аудиокомплекс, персональный компьютер с необходимым программным обеспечением и принтером), медицинский инструментарий (набор укладка для оказания неотложной помощи и др.), медицинская и бытовая мебель (в частности кресло мягкое с высокой спинкой не менее 15 шт., стул полумягкий не менее 15 шт.).

Психологический инструментарий психотерапевтических подразделений включает экспериментально-психологические, психометрические, проективные и клинико-психологические методики и соответствующие наборы с бланками и стимульным материалом.

Экспериментально-психологические методы

- пакет (бланковый) классических патопсихологических методик: «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Исключение понятий», «Простые и сложные аналогии», «Ответные ассоциации», «Тематические ассоциации», «Пословицы», сюжетные картинки, последовательность событий, «Уровень притязаний», «Самооценка» (модифицированный вариант методики Дембо-Рубинштейн), с использованием семибалльных шкал - традиционных и дополнительных, характеризующих особенности регуляции поведения;

- батарея нейропсихологических методик по А.Р. Лурия (альбом).

Психометрические

- опросник ССП - «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Маросанова, 1999), выявляющий 6 звеньев процесса саморегуляции: планирование, моделирование, программирование, оценка результатов, гибкость, самостоятельность, опросник МИС - Методика исследования самооотношения (С.Р. Пантिलеев, 1993), Опросник ADOR «Подростки о родителях» (Л.И. Вассерман, И.А. Горьковая,

Е.Е. Ромицына, 1994), выявляющий типы воспринимаемого ребенком отношения к нему родителей, Опросник СОП (склонность к отклоняющемуся поведению).

Пакет проективных методов; ТАТ (тематический апперцептивный тест), тест Люшера, тест руки Вагнера, а также рисуночные тесты (РНЖ, рисунок человека).

Клинико-психологические методы

- полуструктурированное интервью А.Кауфман K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 Years));

- check-list Т.Ахенбаха, позволяющий на основе направленного наблюдения и качественного анализа анамнестических данных количественно оценить степень выраженности имеющихся эмоциональных и поведенческих проблем. Апробированы на российской выборке (А. Картер, Е.И. Григоренко и др., 1996; Т.В. Корниловой, С.Д. Смирновым, 2001).

Психокоррекционные и психотерапевтические методы:

- в рамках динамического подхода (краткосрочные варианты динамической психотерапии, личностно-ориентированная психотерапия);

- когнитивно-поведенческого подхода (когнитивная психотерапия, поведенческие методики, суггестивные методики);

- экзистенциально-гуманистического подхода (клиент-центрированная психотерапия);

- вспомогательные методы – телесно-ориентированная терапия, арттерапия, тренинги коммуникативных умений и социальной компетентности, милые-терапия; суппортивная психотерапия.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА:

- больные наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом (миксты), находящиеся под наблюдением наркологических лечебно-профилактических учреждений (наркологические реабилитационные центры, наркологические больницы, наркологические диспансеры и др.);

- метод может быть также использован для оказания помощи родственникам наркологических больных с функциональными

расстройствами (созависимость, астеноневротические расстройства и пр.), нуждающимся в психотерапевтической поддержке, консультировании и психокоррекции.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА:

- острые психотические расстройства различного генеза с бредом, галлюцинациями, а также с выраженными аффективно-волевыми нарушениями;
- тяжелые проявления абстинентного синдрома наркотического, токсикоманического или алкогольного происхождения;
- наркотическая, алкогольная или иная острая интоксикация (состояние опьянения);
- сопутствующие эндогенные психические заболевания или выраженное слабоумие (олигофрения, деменция);
- выраженная антисоциальная (криминальная) ориентация пациентов, сопровождающаяся отсутствием желания прекратить употребление ПАВ;

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

При применении релаксационных методик, а также психотерапевтических воздействий с использованием измененных состояний сознания возможны: утрата контакта с реальностью (возникновение острых состояний); усиление действия седативно-снотворных и сердечно-сосудистых препаратов; паническое состояние (характеризуются высоким уровнем тревоги, связанной с ослаблением поведенческого контроля, частичной утратой чувства безопасности, в ряде случаев появлением сексуально-окрашенных эмоций); преждевременное высвобождение вытесненных представлений, возникновение чрезмерного тропного состояния (чрезмерного снижения уровня психофизиологического функционирования).

УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

- наркологические лечебно-профилактические учреждения (наркологические реабилитационные центры, наркологические стационары, наркологические диспансеры и др.);

- добровольное согласие наркологических больных на участие в лечебно-реабилитационных программах с использованием психотерапевтических технологий;
- согласие родственников наркологических больных на оказание им консультативной помощи, психотерапевтической и психокоррекционной поддержки и создание семейной реабилитационной среды.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

1. Организационные и медицинские аспекты реабилитации наркологических больных

Согласно Приказу Минздрава России №500 (от 22.10.2003) «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией(Z 50.3)» организация реабилитационного процесса в наркологии включает следующие три основных взаимосвязанных периода или комплекса мероприятий: а) предреабилитационные (восстановительные) мероприятия; б) собственно реабилитационные мероприятия (основная часть лечебно-реабилитационного процесса); в) профилактические постреабилитационные мероприятия. Таким образом, предполагается поэтапное решение взаимосвязанных медицинских, психолого-психотерапевтических и социальных проблем наркологического больного.

Комплекс *предреабилитационных мероприятий (восстановительного, преимущественно медицинского периода)* в структуре единого лечебно-реабилитационного процесса предполагает диагностическое обследование и лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической (или острой) интоксикацией ПАВ. Фактически, в полном объеме осуществляется купирующая терапия и последующее лечение постпсихотических и постабстинентных расстройств. Предреабилитационный период может реализовываться, как в условиях наркологических стационаров или центров (для тяжелых больных), так и в условиях амбулатории. Психотерапевтическая работа этого периода в основном направлена на усиление мотивации больных на участие в различных реабилитационных программах, ресоциализацию и отказ от употребления ПАВ.

Следующий период лечебно-реабилитационного процесса (ЛРП) (основная часть реабилитации) состоит из трех взаимосвязанных этапов: адаптационный, интеграционный и стабилизационный. Общая продолжительность его составляет от шести месяцев до двух лет. В этот период ЛРП кроме осуществления интенсивного медикаментозного, физиотерапевтического и других видов лечения, влияния реабилитационной среды, особое значение приобретает реализация психотерапевтических программ. Тем более, что на этапе адаптации, как правило, обостряется патологическое влечения к ПАВ, часто наблюдаются эмоциональные, поведенческие, астенические (неврастенические), интеллектуально-мнестические и др. расстройства. Продолжительность и динамика этих расстройств во многом зависит от уровня реабилитационного потенциала больных (УРП). Продолжительность этого этапа реабилитации до 2 недель при высоком УРП и до 4-6 недель - при среднем и низком УРП.

Как правило, адаптационный этап завершается улучшением физического и психического состояния больных, появлением формальных признаков нормативного поведения. Дальнейшая динамика восстановления определяется уровнем реабилитационного потенциала пациентов. У больных с высоким УРП относительно быстро восстанавливается критическое отношение к болезненной зависимости от ПАВ и во многом нормализуются этические поведенческие функции. Возвращается понимание личностных и социальных проблем, обусловленных продолжительным злоупотреблением ПАВ. У больных со средним и низким УРП восстановительные процессы характеризуются неустойчивостью, остается высокая вероятность рецидивов влечения к ПАВ, эмоциональных и поведенческих девиаций.

На интеграционном этапе реабилитации продолжается реализация комплекса мероприятий, восстанавливающих физическое и психическое состояние больных, улучшающих их коммуникативные возможности и нормализующих семейные отношения. Психотерапевтическая работа направлена на обучение (научение) способам и приемам решения личностных проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к срывам и рецидивам заболевания. Довольно часто на этом этапе у больных с высоким УРП (7%) и у больных со средним и низким УРП (20%) наступают состояния выраженной дезадаптации, когда они перестают преодолевать относительно несложные жизненные трудно-

сти – отказываются от учебы, работы, семейных обязанностей, возникают поведенческие расстройства и пр.

Продолжительность интеграционного этапа для больных с высоким УРП – 1-1,5 месяца, для больных со средним и низким УРП – 2-2,5 месяца.

Стабилизационный этап реабилитации направлен на закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов. Используется комплекс медицинских, психотерапевтических и социальных мероприятий, обеспечивающих постепенный переход пациентов на самостоятельное функционирование. Продолжительность лечебно-реабилитационной, в том числе и психотерапевтической помощи от 6 месяцев до 2 лет (в зависимости от УРП и стабилизации ремиссии).

III период реабилитации (комплекс профилактических постреабилитационных мероприятий) направлен на реализацию системы психотерапевтической и социальной поддержки в условиях амбулатории. Продолжительность этого периода определяется состоянием наркологических больных и особенностями их социальной адаптации, но не должна быть меньше одного года. Координатором противорецидивной программы может быть психотерапевт или специалист по социальной работе.

2. Оценка личности больного в связи с применением психотерапии

Диагностика при планировании психотерапии исходит из положения о наличии непосредственной связи между личностью и болезнью и, в частности, – о соответствии их тяжести. При этом тяжесть личностного расстройства устанавливается не столько с позиций психосоциального функционирования индивида, сколько по оценке картины интрапсихических процессов, включая бессознательные.

В настоящее время наметилась отчетливая тенденция к объединению клинических и психодинамических подходов в систематике личностных расстройств. Особенно это касается американской классификации болезней (DSM-III; DSM-III-R; DSM-IV), в которой традиционные патохарактерологические критерии выделяемых в данной рубрике типов дополняются обозначением степени «интеграции идентичности», оценки реальности, а также предпочтительно используемых видов «психологической защиты». Кроме

того, процесс слияния этих типологий привел к легитимизации в психиатрии нескольких понятий, прежде употреблявшихся в психоаналитической литературе: зависимого, диссоциального типа личностных расстройств, множественной личности и некоторых других. Определяемые данными терминами патологические формы были включены и в МКБ-10, что определяет новые перспективы в типологическом изучении личностной predisпозиции в наркологии. Особенно актуальными в этом смысле представляются нарциссический и пограничный типы расстройства личности, в отношении которых многие из перечисленных выше патологических параметров преморбида наркомании, токсикомании и алкоголизма, установленных при метапсихологических исследованиях, выступают в качестве облигатных.

Особого освещения требует понятие пограничного расстройства, место которого в современной теории и систематике расстройств личности определяется не однозначно. Этот термин в психоаналитической диагностике (откуда он был заимствован клиницистами) скорее указывает на особую степень тяжести патологии личности, уровень ее зрелости, нежели на определенный тип патохарактерологических аномалий. Данный уровень функционирования личности занимает промежуточное положение между «невротическим» и «психотическим», что, соответственно, определяет predisпозицию к тому или иному кругу продуктивной психопатологической симптоматики. Это означает, что пограничная личность как в конституционально-генетическом аспекте, так и в контексте развития предопределяет вероятность формирования более серьезных, чем невротические, но не столь грубых, как психозы, нарушений психической деятельности. Согласно психодинамической концепции, наибольшая часть спектра зависимостей от ПАВ относится к группе пограничных психических расстройств.

Еще задолго до формирования наркологических, аффективных, соматизированных, атипичных психогенных и других расстройств (если таковые вообще достигают степени клинической выраженности) в психическом статусе «пограничных» пациентов отчетливо выступают признаки дезорганизации интрапсихических структур, у них складывается особенный жизненный стиль. Основная черта последнего – это тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного при-

влечения и использования других лиц. Пограничные личности возлагают на определенные фигуры своего окружения слишком большие надежды и неизбежно терпят впоследствии «катастрофические» разочарования; в результате их межличностные отношения протекают бурно и нестабильно, а судьба в целом складывается крайне неровно, со «взлетами и падениями». Контакты с психоактивными веществами могут резко изменить их жизнь.

Основной параметр, определяющий специфику нарциссической личности, подобно пограничной, относится к сфере самоопределения (идентификации) и заключается в доминировании чувства собственной значимости, избранности, достигающего степени «патологически грандиозного Я». При этом весьма важной чертой их натуры является диссонанс между завышенной самооценкой и в целом «раздутым» образом самого себя, с одной стороны, и скрытым за таким фасадом, но периодически настойчиво овладевающим нарциссическую личность чувством неполноценности, – с другой. Для поддержания, «консервации» своей исключительности и преодоления наступающего неудовлетворения собой нарциссическим личностям в огромной степени требуется одобрение других. У них значительно снижена способность улавливать эмпатические отношения, а их сугубо индивидуальная, «автономная» эмоциональная жизнь крайне бедна. Наиболее характерным атрибутом их отношения к окружающим является зависть, ощущение подлинной, теплой привязанности им не знакомо. Они могут превозносить и «уважать» только тех, кто действует в угоду их нарциссическим потребностям; других, от которых нечего ждать, они попросту игнорируют либо презирают. Нередко они выступают в качестве эксплуататоров, паразитирующих на ком-либо из близких, используя «маску» обаятельности и заинтересованности, за которой, однако, отчетливо проглядывается холодность и жестокость. В более выраженных случаях декомпенсация гипертрофированных комплексов «всемогущества» и зависти сопровождается деструктивным стремлением обесценивать, разрушать все то, что достигнуто индивидом с помощью окружающих или получено от них. Периодически такие тенденции выступают в структуре острых эксплозивно окрашенных паранойяльных реакций с диффузной подозрительностью и плохо контролируемой агрессивной потребностью унижать, наказывать кого-либо за кажущийся «недостаток» признания и уважения («нарциссическая ярость»). В периоды стабилизации состояния на первый план

обычно выступают субсиндромальные проявления негативной аффективности со стойким чувством скуки, ангедонии либо немотивированного раздражения.

2.1. Личностные особенности больных с зависимостью от ПАВ и некоторые психологические механизмы формирования зависимости

Существуют два наиболее продуктивных подхода к оценке личности наркологического больного – психотерапевтический и психопатологический. Преимущества того или иного подхода могут выходить на первый план в зависимости от целей.

Психотерапевтический метод позволяет глубже осмыслить личностные факторы предрасположения к зависимости от ПАВ и психологические механизмы формирования зависимости, в то время как психопатологический – рассмотреть особенности опосредования клинических проявлений наркологических расстройств при различных типах преморбида и личностных девиаций.

Личностные факторы являются важными этиологическими детерминантами развития аддиктивных расстройств. Традиционным является представление о гедонистической акцентуации преморбидной личностной организации больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Во главу угла психологической концепции патологического влечения ставилось стремление к удовольствию, а также агрессивные и аутодеструктивные мотивы аддиктивного поведения. Подчеркивалось значение недостаточности исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительной неустойчивости с ориентацией на легко достижимые цели, немедленное осуществление желаний с отсутствием присущей «нормальной» личности способности согласовывать удовлетворение потребностей с «принципом реальности». Генетически связанными с указанными девиациями представляются такие свойства характера пациентов с синдромом зависимости, как повышенная внушаемость, подчиняемость и раздражительность.

В качестве одного из наиболее патогномичных в отношении развития патологического пристрастия к ПАВ типов акцентуации характера и психопатий рассматривался «неустойчивый тип», своеобразие которого определяется неустойчивостью мотивационно-потребностной сферы с сочетанием импульсивности и ведомости.

Однако в целом исследования показали, что описать специфическую личностную predisпозицию к зависимости от ПАВ в соответствии с традиционной типологией психопатий и акцентуаций характера невозможно. Это неизбежно приводит, в одних случаях, к недоучету многих важных личностных факторов предрасположения, в других, – к чрезмерному расширению либо искусственному искажению рамок того или иного классического понятия.

Более продуктивной является идея о том, что предрасположение к зависимости кроется не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, но в отдельных «слабых звеньях» личностной структуры. Эти уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к ПАВ – в силу того, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности таких людей, выполняя задачу компенсации личностных аномалий (выражаясь языком психиатрии) либо психологической защиты (согласно терминологии психотерапии) и своеобразной формы адаптации. Естественно, что такая компенсация (защита) является «суррогатной», патологической, ПАВ выступает несовершенным, чреватым пагубными последствиями модулятором психического состояния. Личность в силу тех или иных условий не располагает внутренними, собственно психическими ресурсами совладания и адаптации и уступает перед аддиктивной силой того или иного психотропного химического вещества.

Научно обоснованные исследования позволяют устанавливать, какие именно «болезненные зоны» личности являются наиболее задействованными в патогенезе зависимостей от ПАВ, от чего аддикт тщетно пытается «защититься», употребляя алкоголь либо наркотики, и какие интрапсихические задачи он тем самым пытается решить. Большое значение имеют психические травмы раннего детского возраста. Основа аддиктивных расстройств – это прежде всего страдание, и лишь во вторую очередь – поиск удовольствия и сопутствующее ему стремление к саморазрушению.

В большинстве случаев психотравмирующее воздействие в детском анамнезе аддиктов носит неявный, скрытый, «условно патогенный» характер, если пользоваться терминологией взрослой психиатрии. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополуч-

ной домашней обстановкой. В частности, за ситуацией гиперопеки и гиперпротекции, когда никто даже и не подозревает о том, что в отношениях родителей с детьми не хватает очень важных чувственных и поведенческих компонентов.

Исходы ранней травматизации, подобно последствиям посттравматического стрессового расстройства у взрослых, зависят от степени субъективной тяжести патогенных событий, а также от состояния конституционально-биологических ресурсов адаптации. Будучи компенсированными (субкомпенсированными) на некоторое время, благодаря архаическим, примитивным механизмам психологической защиты, психогенные комплексы детства могут оживляться, реактивироваться уже в подростковом либо зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых, «ключевых» переживаний, в условиях столкновения со все возрастающими требованиями жизни. Такие требования, непосильные для адаптивного совладания (coping) с ними, могут предъясвлять вполне обыденные для зрелого индивида фрустрирующие ситуации, в которых он встает перед необходимостью систематического труда, перед проблемой ответственности и одиночества, перед реальностью двойственности человеческой природы, объединяющей плохое и хорошее и т.п., не говоря уже о моментах отвержения, предательства со стороны близких, других, более драматических коллизиях. Примитивные, инфантильные защитные процессы не справляются с решением этих «кризисных» задач адаптации, в то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы, не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах.

Общим принципом психического реагирования в этой ситуации является экстернализация, при которой личность стремится воссоздать неразрешенный интрапсихический конфликт во внешней, контролируемой реальности – и получить, тем самым, возможность хотя бы частично ослабить патогенный эффект травматических переживаний. Клиническим выражением этих процессов может быть формирование зависимостей, в том числе химических.

В результате ранних задержек и искажений развития индивида формируются стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля. Основное патогенетическое значение при возникновении зависимости имеют aberrации в области самосознания, аффекта и межличностного взаимодействия.

На эго-психическом уровне, отражающем актуальное восприятие самого себя, феноменология расстройств самосознания представлена проблемами самооценки, самоуважения, низкой способностью к рефлексии и заботе о себе. Аддиктов отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка. У них отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое создается, согласно психодинамической теории развития, как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в условиях сбалансированных отношений между родителями и развивающимся ребенком. В результате, такие личности находятся в постоянном метании между позициями малозначности с самоотречением и изоляцией и «всемогущества» с отказом от реальности, самовозвеличиванием и бравадой. Характерной особенностью самооценки аддиктов является ее слабая аргументированность реальными фактами прошлого, зависимость от сиюминутного положения «здесь и сейчас» и, как следствие, – несоответствие ретроспективной самооценки проспективной.

В основе психических аномалий, определяющих круг проблем самооценки, лежат специфические когнитивные расстройства (нарушение сукцессивного единства Я), при которых утрачивается самосознание непрерывности континуума личной биографии. Независимо от «знака» самооценки, формы ее аргументации, внутренняя картина собственной личности у этих людей (Я-концепция) отличается неопределенностью и неадекватностью.

Большое значение имеет нарушение функции внутреннего контроля. Недостаток контроля в эмоциональной сфере, проявляющийся феноменами эмоциональной лабильности, невозможности овладеть собственными эмоциями, охваченности чувствами и т.п., приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на эмоциональное состояние, в том числе к употреблению наркотиков. Недостаток контроля в когнитивной сфере приводит к невозможности точной оценки риска и собственных действий. Низкая способность к рефлексии приводит к невозможности опираться на свой жизненный опыт и прогнозировать результаты своих действий, что может служить дополнительным фактором начала и развития наркотизации и вызывать трудности психологической коррекции больных наркоманией. Недостаток контроля в мотивационно-потребностной сфере приводит к ее недостаточной структурированности, что приводит к доминированию сиюминутных побуждений и неспособности под-

чинить свою деятельность более отдаленным целям, при этом, отсутствие интериоризированных социальных норм приводит к импульсивности и может быть причиной склонности к насилию и антисоциальному поведению.

В качестве одного из наиболее характерных личностных параметров преморбида больных с зависимостью от ПАВ рассматривается феномен алекситимии. Для этого контингента больных в целом свойственно плохо идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства. Их эмоциональная жизнь дефицитарна и, фактически, определяется ситуационным контекстом, ограничиваясь реакциями на события и факты. В отношении «трудных» для личности, неприятных или противоречивых чувств действуют механизмы отчуждения с формированием эгодистонной позиции, что тесно соотносится с указанными выше расстройствами самосознания. Неспособность аддиктивно предрасположенных лиц к «нормальному» эго-синтонному реагированию в пределах адекватного спектра позитивных эмоциональных проявлений определяется как недостаток «аффективной толерантности».

В области межличностных взаимодействий аддиктов отличает тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первостепенно значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимости». Такая тенденция восходит к ранним стадиям онтогенеза, в которых взаимосвязь с объектом сосредоточения основных жизненных потребностей (чаще с матерью) приобретает симбиотический характер. При оптимальном завершении данной стадии формируется зрелая, «нормальная» амбивалентность в отношении к значимым фигурам окружения, объединяющая в реальной пропорции восприятие их «плохих» и «хороших» сторон. Если процесс формирования «объектных отношений» по каким-то причинам (конституционального-биологического, посттравматического стрессового характера) нарушается, то последующие оценки близких людей сохраняют элементы двойственности, «расщепления», а поведение в наиболее актуальных интеракциях приобретает черты непредсказуемости и необязательности. Как показывают наблюдения, тенденция к формированию таких взаимоотношений не коррелирует с какими-либо патохарактерологическими типами преморбида и поэтому является относительно специфическим личностным фактором предрасположения.

Комплекс патологических личностных свойств (нарушения самосознания, искажения в межличностных связях, отсутствие способности к самоуважению, к рефлексии и заботе о себе и т.п.) приобретает патогенетическое значение в обстоятельствах столкновения с «ключевыми» психотравмирующими переживаниями, несущими в себе угрозу дестабилизации либо разрушения незрелой, неустойчивой душевной организации. Пристрастный к ПАВ субъект как бы частично «переключает» психические процессы в режим внешней химической модуляции, а то и вовсе «отключает» их при неудовлетворительном эффекте опьянения легкой и средней степени.

Будучи неодоушевленным предметом, но при этом обладая мощным психотропным действием, наркотик (алкоголь) фактически оказывается носителем объектных свойств, т.е. характеристик ключевых фигур истории жизни субъекта. Так, алкоголь успокаивает, улучшает настроение, повышает самооценку и одновременно служит «карающей, наказующей» инстанцией, побуждающей к самообвинениям и просто приносящей физические страдания. Наркотик (особенно опийного ряда) также порождает страдания («ломка», депрессии, суицидальные мысли и др.), но при этом, помимо непосредственного психофармакологического (седативного либо эйфоризирующего) эффекта, обладает уникальным свойством. Он делает тягостный для трезвого осознания факт «неспособности субъекта найти в реальности то, что ему требуется» терпимым и даже приемлемым. Он устраняет у лиц, предрасположенных к наркомании, овладевающие ими ощущения «пустоты», скуки и создает крайне привлекательную иллюзию наполненности смыслом, оживления и собственной нужности.

С психотерапевтической точки зрения важно, что патологическое влечение к ПАВ, помимо биологической составляющей, имеет определенные психологические функции, а употребление ПАВ представляет собой поведение, обладающее личностным «смыслом». При планировании психотерапевтической работы необходимо учитывать то, что влечение и прием ПАВ - это патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект. Употребление алкоголя и наркотиков обеспечивает защиту от невыносимых для осознания глубинных чувств одиночества, вины и стыда и удовлетворяет инфантильное стремление к незамедлительной разрядке потребности в удовольствии.

ПАВ создает иллюзию целостности Я (единства идентичности) и помогает справиться с фрустрацией нарциссических желаний. Оно временно обеспечивает аффективную толерантность, является патологическим средством модуляции настроения и в патологическом виде воссоздает картину ранних отношений зависимости (объектных отношений).

3. Организация психотерапевтических мероприятий

При назначении, выборе психотерапии (психотерапевтических методов и формировании с их использованием индивидуальной психотерапевтической программы) больных наркологического профиля необходимо учитывать следующие критерии: 1) научная обоснованность метода, включаемого в индивидуальную психотерапевтическую программу; 2) наличие разработанных моделей и стратегий лечения; 3) наличие подготовленных, в соответствии с унифицированными программами, специализацией и не реже 1 раза в пять лет повышения квалификации врачей-психотерапевтов (подтвержденных сертификатами по специальности «психотерапия»), других специалистов (клинических (медицинских) психологов и специалистов по социальной работе, социальных педагогов, прошедших подготовку по унифицированным программам переподготовки и повышения квалификации) в соответствии с рекомендуемыми штатами; 4) наличие организационных условий для проведения психотерапии (специально оборудованные места работы врачей-психотерапевтов и других специалистов, а также организованные психотерапевтические кабинеты в структуре наркологического учреждения.

В условиях наркологического учреждения взаимодействие специалистов различного профиля при проведении психотерапии основывается на многоуровневой диагностике имеющихся расстройств и проводится поэтапно, одним из наиболее перспективных способов организации психотерапии является бригадная модель оказания психотерапевтической помощи. В состав бригады входят следующие специалисты: врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, медицинский (клинический) психолог, специалист по социальной работе.

Первым этапом бригадного ведения больного является постановка функционального диагноза. Функциональный диагноз формулируется с учетом результатов комплексного исследова-

нии состояния больного и позволяет наиболее полно представить характер личностных нарушений, функциональные возможности больного, психопатологические и психологические механизмы, способствующие патологическому поведению, связанному со злоупотреблением ПАВ, факторы и уровень социальной адаптации.

Следующим этапом бригадного ведения больного становится разработка на основе функционального диагноза совместной программы оказания помощи. Психотерапевтическая работа проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого индивидуального случая устанавливаются коллегиально врачом-психиатром-наркологом и врачом-психотерапевтом по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса. В условиях психиатрической службы нашей страны, наиболее целесообразно возложение функций руководителя бригады на врача-психиатра-нарколога. При сохранении за ним общей ответственности за клиническую работу (при этом каждый член бригады ответственен за свое направление работы), функции эти реализуются в координации работы других специалистов. Только такой подход сохранит автономию каждого специалиста-участника бригады и оптимальное выполнение им своих ролевых обязанностей. В практику всех психиатрических учреждений, в которых функционируют полипрофессиональные бригады, должны быть введены регулярные групповые обсуждения лечебно-реабилитационных планов и их последующего выполнения в отношении каждого находящегося под наблюдением пациента. Такие обсуждения предполагают лояльность, корректность и внимательное отношение к мнению каждого члена бригады всех участников. Частота и длительность подобных коллективных совещаний бригад должны быть установлены с учетом клинического состояния пациента, особенностей его психологического и социального функционирования и могут варьировать в зависимости от условий работы, количества наблюдаемых больных и соответственно числа пациентов, которых во время такого совещания следует обсудить, а также прочих факторов. Вместе с тем, коллективные совещания бригад в каждом учреждении должны быть узаконены администрацией и официально введены в существующее расписание работы. Такие совещания, во-первых, приводят к формированию общей стра-

тегии и тактике, во-вторых, обеспечивают взаимную информацию каждого члена бригады обо всех проводимых в отношении пациента мероприятиях и, в-третьих, дают более полную картину динамики состояния больного.

Профессиональная деятельность врача-психотерапевта регулируется методическими разработками в области психотерапии, основанными на научном обобщении эмпирических данных, технологических стандартах, а также этическими и организационными правилами проведения психотерапевтической работы.

К методическому оснащению психотерапевтического процесса относятся методические разработки (нормативно-методические документы, методические рекомендации, учебные пособия и др.) по отдельным психотерапевтическим методам, методикам и особенностям их применения для различных психических расстройств.

Технологические требования разрабатываются и утверждаются органами управления здравоохранения с учетом достижений психотерапии и внедренных методических разработок, особенностей региональной специфики, возможностей региона и конкретного лечебно-профилактического учреждения, а также региональных программ развития в области охраны психического здоровья.

К основным правилам проведения психотерапевтической работы относятся: 1) строгое соблюдение временных границ (строго фиксированное время начала, длительности и частоты сеансов); 2) строгое соблюдение терапевтической роли (недопустимость дружеских, родственных, интимных, коллегиальных отношений с пациентом, проходящим психотерапию); 3) наличие психотерапевтического контракта (информирование пациента о целях и методе лечения, получение информированного согласия пациента на прохождение курса лечения, принятие пациентом ответственности за соблюдение основных позиций психотерапевтического контракта). Эти правила реализуются с учетом клинического состояния пациента и предполагают такое состояние пациента, которое позволяет ему находиться в партнерских отношениях с врачом-психотерапевтом и другими специалистами, принимающими участие в процессе психотерапии.

Психотерапевтический процесс включает ряд этапов: 1) этап установления контакта; 2) специальные диагностические мероприятия (диагностический этап) – заключение психотерапевтического контракта и разработка индивидуальной психотера-

певтической программы; 3) собственно психотерапевтическая интервенция реализующая индивидуальную психотерапевтическую программу; 4) оценка изменений; 5) закрепление позитивных изменений и профилактика рецидивов. Этап установления контакта необходим при любом виде психотерапии и направлен на формирование эффективного рабочего альянса с пациентом. Диагностический этап в психотерапии предполагает установление функционального диагноза, наряду с клиническим. Функциональный диагноз предполагает тщательную оценку психологического и социального функционирования пациента (личностных характеристик, основных жизненных стрессоров; интерперсональных отношений, семейной ситуации, социальной адаптации и т.д.). Характер психотерапевтических интервенций определяется спецификой используемого метода. Оценка изменений предполагает диагностику динамики психологического и социального функционирования пациента в процессе терапии. С целью закрепления достигнутых эффектов и профилактики рецидивов с пациентом проводится работа, направленная на утилизацию (т.е. возможность сознательного использования) полученных в процессе терапии средств решения проблем.

Психотерапия в условиях специализированного наркологического учреждения может реализовываться в условиях различных организационных моделей (формах организации психотерапевтической помощи). В настоящее время к организационным формам психотерапевтической помощи в наркологических учреждениях относятся следующие: рабочее место врача-психотерапевта (и рабочие места других специалистов психотерапевтической бригады), однако более перспективной формой организации психотерапии при ПЛ является психотерапевтический кабинет психиатрического учреждения.

Психотерапевтические кабинеты в наркологических учреждениях

Работа психотерапевтического кабинета наркологического учреждения строится по специальному временному графику. Первоначальное направление пациента для прохождения психотерапии осуществляет лечащий врач-психиатр-нарколог. В своем направлении он ставит предварительные психотерапевтические задачи, указывает временные границы психотерапии с учетом ос-

новой программы лечения, указывает этап лечебно-реабилитационных мероприятий, на котором находится пациент. Далее врач-психотерапевт и другие специалисты (клинический (медицинский) психолог и специалист по социальной работе) проводят «психотерапевтическую» диагностику и с учетом мнения лечащего врача-психиатра-нарколога формулируют функциональный диагноз и индивидуальную программу психотерапии, в которой используются основной (основные) и вспомогательные психотерапевтические методы. Ход реализации индивидуальной программы обсуждается на собрании психотерапевтической бригады с лечащим врачом-психиатром пациента. При необходимости в кабинет приглашаются родственники пациента, которые участвуют в программах семейной (супружеской) психотерапии. По графику проводится работа с использованием вспомогательных методов психотерапии и супортивная (поддерживающая психотерапия).

При организации психотерапевтического кабинета в составе наркологического учреждения в штате психотерапевтического кабинета числятся по одной должности врача-психотерапевта, медицинского (клинического) психолога, специалиста по социальной работе (социального работника), социального педагога (при работе с подростками), медицинской сестры.

Прием ведет врач-психотерапевт, который осуществляет общее руководство работой кабинета, привлекая для психологического обследования пациента и проведения психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий медицинского (клинического) психолога и специалиста по социальной работе (социального работника). Хорошие условия работы кабинета обеспечиваются такой его организацией, при которой имеются приемная комната (площадью 12-15 кв.м.), кабинет врача-психотерапевта (площадью 12-15), помещения для проведения семейной и групповой психотерапии и тренинговых групповых занятий (площадью 25-30), а также помещения для работы клинического (медицинского) психолога и специалиста по социальной работе (площадью 12-15 кв.м.). Здесь же может находиться рабочее место среднего медицинского работника, оказывающего помощь врачу в оформлении медицинской документации.

Переход в другое помещение для проведения собственно психотерапии подчеркивает смену обычного стиля медицин-

ского врачебного приема на неформальный стиль психотерапевтического действия. Необходимость разделения кабинета на помещения для приема и помещения для проведения психотерапевтической работы становится более очевидным при ориентации психотерапевта на современные гуманистические варианты психотерапии, предполагающие партнерские взаимоотношения между пациентом и психотерапевтом. Это особенно важно на начальных этапах лечения, когда решается вопрос о выборе модели психотерапии и стиля поведения врача. Наличие отдельного помещения для групповых занятий отражает тенденцию современной психотерапии, предполагающую сочетание различных методов и форм воздействия на пациентов, а также интенсификации лечебного процесса.

4. Психодиагностические и психокоррекционные мероприятия, проводимые клиническим психологом

Практика и задачи лечения зависимостей диктуют необходимость проведения более комплексных и разнородных видов психодиагностической работы, результаты которой должны быть представлены в виде соответствующих заключений и записей в дневниках.

В рамках лечения наркологических больных адекватной формой многомерной комплексной психологической оценки является функциональный диагноз, который включает следующую совокупность и последовательность психодиагностических задач: а) патопсихологический анализ психического состояния, включая возрастной и клинико-динамический аспекты; б) выделение структуры патологического нейропсихологического синдрома; в) определение личностных особенностей и патологических личностных механизмов, приводящих к аддиктивному поведению и поддерживающих его проявление; г) социально-психологический анализ социальной ситуации развития, включая характеристику десоциализирующих воздействий и оценку связанного с ними психосоциального дистресса.

Помимо диагностических задач уже во время адаптационно-диагностического этапа приоритетным является психологическое консультирование, в процессе которого происходит обсуждение возникших у больных проблем и возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование об индивиду-

альных психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции.

Параллельно консультированию на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий должна проводиться оценка эмоциональных и поведенческих проблем и диагностика особенностей саморегуляции. Следует отметить, что выделение эмоциональных и поведенческих проблем является первоочередной задачей как в рамках когнитивного, так и поведенческого психотерапевтических подходов. Поскольку в этих психотерапевтических направлениях эти расстройства являются одними из центральных в понимании механизмов психопатологии.

5. Этапность психодиагностической и психотерапевтической работы

Таблица 1

Психодиагностическая и психотерапевтическая работа на различных этапах лечебно-реабилитационного процесса

Этапы	Задачи	
	Диагностические	Психотерапевтические
Предреабилитационный	функциональная и топическая диагностика	формирование мотивации к лечению
Адаптационно-диагностический	оценка эмоциональных и поведенческих проблем	<ul style="list-style-type: none"> • психологическое консультирование • установление психотерапевтических отношений • заключение психотерапевтического контракта

Продолжение таблицы 1

<p>Интеграционный (интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • оценка стилей саморегуляции поведения; • диагностика семейной дисфункции; • характеристика ведущих личностных проблем; • определение способов соматического реагирования; • прогнозирование социальной и клинической динамики с рекомендациями дифференцированных психотерапевтических, социально-профилактических, психолого-педагогических, медицинских лечебных, психокоррекционных мер комплексной реабилитационной помощи и социально-правовой поддержки. 	<ul style="list-style-type: none"> • разработка и реализация психотерапевтических программ; • преодоление анозогнозического отношения к болезни; • симптомоцентрированная поведенческая психотерапия; • осознание связи между различными психологическими факторами и возникновением и развитием болезни; • осознание роли личностно-эмоциональных проблем в развитии болезни; • достижение понимания больными психологических мотивов зависимого поведения.
--	--	--

Продолжение таблицы 1

<p>Стабилизации достигнутого эффекта</p>	<ul style="list-style-type: none"> • оценка терапевтической динамики, оценка динамики и эффективности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий 	<ul style="list-style-type: none"> • психотерапевтические индивидуальные и групповые занятия, работа с семьями; • коррекция системы отношений; • расширение спектра когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования; • изменение малоадаптивных способов интерперсонального взаимодействия на основе осознания основных побудительных мотивов, особенностей эмоциональных и поведенческих реакций; • формирование долгосрочных жизненных целей и побудительных мотивов поведения
<p>Профилактический (постреабилитационный)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • функциональная диагностика 	<ul style="list-style-type: none"> • поддерживающая психотерапия; • восстановление полноценного социального функционирования.

Следует отметить, что существует достаточно большой индивидуальный разброс в соотношении длительности различных этапов. Одни больные надолго задерживаются на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий, поскольку не удается добиться улучшения или компенсации психических нарушений. У других затягивается этап стабилизации в связи с отсутствием уверенности в прочности достигнутого эффекта. Нередко возвращение к уже пройденному этапу, связанное с дезадаптацией, с психогенными декомпенсациями состояния, а также с ошибочным выводом об окончании данного этапа и возможности перехода к следующему, что может быть обусловлено установочным поведением больного.

В связи с вышесказанным во время этапа стабилизации достигнутого эффекта динамическое патопсихологическое и нейропсихологическое исследования необходимы для верификации клинических решений об изменении тактики психофармакотерапии и правомерности перехода к следующему этапу.

К моменту перехода в организации лечебно-реабилитационного процесса на этап поддерживающей, профилактической терапии большинство больных проходят полный курс одного из видов психотерапевтических мероприятий, возникает необходимость оценки их эффективности.

6. Основные методы психотерапии больных с зависимостью от ПАВ

Современная психотерапия наркологических больных имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в концептуальном и методологическом плане направлений, объединению их в комплексные психотерапевтические программы. Кроме того, большое значение имеет определенная последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с личностной и терапевтической динамикой пациентов, что является претворением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии – динамического. В совокупности с использованием интегративного подхода этот принцип обеспечивает эффективность программы в целом.

Большинство современных исследователей в области психологической реадaptации наркологических больных говорят о преимуществах сочетанного либо последовательного проведения психотерапевтических циклов, дифференцируемых на три группы модальностей: когнитивно-поведенческой, личностно-ориентированной и гуманистической, включающей социотерапевтические и так называемые духовно-ориентированные формы (J.G. Jacobson, 1993).

Когнитивно-поведенческая психотерапия направляет свои усилия на слом патологических паттернов аддиктивного поведения, удержание трезвого образа жизни и профилактику срывов. Она в большей мере соответствует медицинской модели интенсивной терапии, стремится обеспечить когнитивный самоконтроль над болезненными импульсами, выработку новых здоровых поведенческих образцов.

Элементы гуманистической и духовно-ориентированной психотерапии привносятся в разработанную систему за счет участия пациентов в адаптированной к отечественным условиям 12-шаговой программы общества Анонимных алкоголиков (наркоманов). Несмотря на то, что зависимость от ПАВ здесь оценивается вне собственно медицинского, клинко-терапевтического подхода, методы Общества АА (АН) вполне соответствуют реальным психологическим запросам и способствуют позитивным личностным изменениям. Воздержание достигается в контексте заботливого и внимательного отношения к больному в группах взаимопомощи со стороны организаторов собраний общества и «собратьев по несчастью».

Психодинамический метод ориентирован на вскрытие бессознательных личностных структур и расширение диапазона доступных для осознания и анализа интрапсихических конфликтов, ответственных за формирование аддикции. В процессе терапии внимание больного смещается от «периферийных» проблем, концентрирующихся в циклах зависимости, и фокусируется на глубинных переживаниях. Терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития индивида. При этом значение психодинамического подхода значительно шире его сугубо утилитарного назначения. Без применения ряда психодинамических принципов и понятий невозможно полноценное исследование и корректное описание психотерапевтического процесса в целом.

Важным дополнением к описанной триаде служит семейная психотерапия. Хотя теоретический и технический базис данной модальности во многом сложился в результате синтеза выше перечисленных подходов, она относится к самостоятельной форме психотерапии и является наиболее эффективным методом выявления и коррекции созависимости. Наркологическое заболевание рассматривается в контексте межличностных отношений в семье как в единой системе.

Потребность в создании «интегративной трансмодельной» психотерапии обосновывается необходимостью обеспечить каждого больного эффективным комплексом лечебных средств из арсенала различных психотерапевтических моделей с учетом его индивидуальной, психодинамической и нозологической специфики (В.Д. Вид, 1988, 1993).

Как было показано в работах Н.Н. Иванца с соавт. (1987), кон-

ституциональный склад характера имеет значение дифференцирующего патогенетического фактора: при этом выделяются три группы характерологических типов, коррелирующих с различными клиническими формами наркологических заболеваний: эксплозивные и истероформные, неустойчивые и синтонные, астеники и психастеники. Подобно тому, как конституциональные характерологические свойства больных во многом определяют клинические особенности формирующихся у них алкоголизма и наркоманий, они имеют значение при выработке стиля психотерапевтической работы (В.Н. Николаенко, 1989; И.Д. Даренский, 2000).

Описаны модели психотерапии в наркологии, основанные на синтезе психодрамы, социального тренинга и глубинной психотерапии (Bender, 1982, 1985). Подтверждена эффективность соединения индивидуальной, семейной, коммуникативно-корректирующей и групповой психотерапии в сочетании с терапией средой (J. Doane et al., 1985, A. Strachan, 1986; K. Hahlweg, 1989). Указывается на необходимость интеграции семейной и суппортивной психотерапии (B. Kuchenhoff, D. Heil, 1993), обучающих методов, тренинга умений, управления семейно-обусловленными стрессами и специфических когнитивно-поведенческих стратегий (M. J. Goldstein, 1992; I.R. Falloon, 1992). Обоснована целесообразность интеграции методов личностно-ориентированной психотерапии с поведенческими техниками (А.П. Федоров, 1992) и гештальт-терапией (А.А. Александров, 1992).

Однако в интеграции психотерапевтических подходов всегда узнаваема одна из двух генеральных линий – психодинамическая или поведенческая.

Интенсификация психотерапевтического процесса, диктуемая условиями непродолжительной госпитализации наркологических больных, в еще большей степени определяет необходимость пластичности психотерапевтической тактики по осям «авторитарность — партнерство», «директивность — недирективность», «конфронтация – поддержка». Обстоятельства краткосрочной терапии требуют большей личностной включенности, повторных «челночных» переходов от спонтанных выражений эмоций по поводу поведения пациента к позиции «отчуждения» и осознания своих переживаний, их совместного с пациентом психодинамического анализа в качестве «модели» реакций пациента и его окружения.

Актуальность сочетания гуманистического и психоаналитиче-

ского подходов обусловлена еще и тем, что реальный конфликт в концепции Роджерса, объясняется достаточно формально, в них нет средств для анализа конфликтов и связанных с ними различных форм защитного, в частности, аддиктивного поведения. В то же время объяснительная конструкция в психодинамическом подходе предоставляет широкие возможности для описания конфликтов, так как она проецирует внешний конфликт на внутреннее строение психики.

Таким образом, методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гуманистической (клиент-центрированной и духовно-ориентированной) психотерапии в рамках предлагаемой интегративной модели взаимно дополняют друг друга, делая эту модель психотерапии больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями перспективной по многим параметрам.

Естественно, не утрачивают своего практического значения гипносуггестивные и условно-рефлекторные методы аверсивной направленности. Арсенал их «остроумных» технических приемов будет неуклонно пополняться. Однако психотерапия в собственном смысле слова присутствует в них лишь в той мере, в какой они формируют хотя бы временные позитивные изменения на когнитивно-поведенческом уровне.

7. Содержание психотерапевтических мероприятий на различных этапах реабилитации.

7.1. Адаптационно-диагностический этап

Преимущественной формой работы на адаптационно-диагностическом этапе является определение показаний к психотерапии, формирование психотерапевтического контакта и заключение психотерапевтического контракта, а также разработка индивидуальной психотерапевтической программы, которые осуществляет врач-психотерапевт. Клинический (медицинский) психолог по согласованию с врачом-психотерапевтом начинает программу психологического консультирования, направленное на эмоциональную поддержку и внимание к переживаниям пациента; повышение психологической компетентности; повышение ответственности пациента и выработка готовности к решению имеющих место проблем и те, которые могут возникнуть в процессе лечения.

Психотерапия должна включать: установление контакта; предоставление возможности «выговориться», предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; совместную с пациентом переформулировку проблемы; заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности пациента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий пациента), формирование регистра возможных решений проблемы, закрепление мотивации, завершение консультирования с предоставлением пациенту права повторного обращения. Такую программу удастся реализовать в течение одной встречи, продолжительностью 2—3 часа, или в курсе из 2—5 встреч по 1 часу с интервалами от одного дня до 1 недели.

Уже на адаптационно-диагностическом этапе адекватной формой психокоррекционной работы является проведение тренингов социальной компетентности, тренингов с привлечением телесно-ориентированных психотехник, арт-терапии. В ходе проведения этих тренингов психологом решаются следующие задачи: повышение чувствительности к себе, к другому человеку, выработка умения понять и передать свое эмоциональное состояние и «войти» в эмоциональное состояние другого.

Тренинг социальных навыков представляет собой структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Дефицит социальных навыков может предрасполагать к приему наркотиков или затруднять реадaptацию к среде без наркотиков. При этом социальный тренинг является не только эффективным средством оптимизации социального поведения, но и приводит к редукции клинических симптомов и уменьшает вероятность рецидивирования заболевания.

Занятия продолжительностью 2—2,5 часа проводятся с группой от 8 до 12 человек. Каждое занятие начинается с так называемых «разогревающих» процедур, продолжительность которых — не менее 30 минут. Далее, как правило, идут упражнения на «собрание вни-

мания». Далее — в зависимости от этапов прохождения тренинга.

Аверсивная и суггестивная психотерапия зависимостей

Аверсивное лечение в наркологии направлено на формирование бессознательного чувства (эго-синтонного комплекса) отвращения к органолептическим свойствам ПАВ и состоянию опьянения, вызванного им. Психотерапевтическое воздействие аверсивного характера является, по сути, симптомориентированным и адресованным к психофизиологическим закономерностям развития заболевания, которые также лежат в основе построения стратегии психофармакотерапии. По набору используемых средств это лечение объединяет приемы условно-рефлекторной и суггестивной терапии, преследующие цель выработки негативной реакции к алкоголю и наркотикам.

Техника формирования отвращения к ПАВ базируется на принципах классического обусловливания; в основе терапии лежит выработка рвотного условного рефлекса. Основной прием условно-рефлекторной терапии алкоголизма состоит в синхронном приеме алкоголя и нанесении объективно неприятного, даже болезненного раздражения, например, введении рвотного вещества. В качестве рвотных средств используются вещества с неприятными органолептическими свойствами или с центральным рвотным действием, например, апоморфин.

Механизм угашения рефлексов имеет процедура **«десенситизации»**. Нежелательные переживания ослабляются и подавляются при сочетании, одновременном предъявлении инициирующих их стимулов и методик снижения эмоционального компонента переживаний.

Наряду с процедурой десенситизации применяется техника **«наказания»**, при которой неприятный стимул определяется имитацией наказующего поведения. Негативный (аверсивный) стимул используется сразу же за ответной реакцией, которую стремятся угасить.

Разработаны также техники **«угашения»**, основанные на прямом предъявлении объекта тревоги и страха без предварительной релаксации. Предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. Угашение проходит те же этапы, что и процедуры с положительным либо отрицательным подкреплением. Здесь крайне важно исследовать

параметры окружения больного, подкрепляющие нежелательное поведение. Угашение предполагает лишение больного всех положительных подкреплений только данного нежелательного стереотипа поведения. Скорость угашения зависит от того, каким образом в реальной жизни раньше подкреплялся этот стереотип. Методика угашения требует значительного времени, так как прежде чем нежелательное поведение начинает угасать, оно проходит период первоначального возрастания по частоте и силе.

Очевидные технические сложности проведения условно-рефлекторной терапии послужили толчком к развитию **суггестивных методов** психотерапии, при которых лечебное воздействие, осуществляемое через внушение в состоянии бодрствования либо при измененном сознании (гипнотический транс, наркопсихотерапия), как бы «обходит» нейрофизиологические механизмы формирования аверсии и «напрямую» формирует требуемый эффект отвращения.

Непосредственная (прямая) суггестия проводится без объяснения механизмов возникновения позитивных изменений и без привлечения дополнительных технических средств. Производится внушение желательных изменений в самочувствии, общем состоянии, течении болезни, используются прямые директивы в плане создания социально позитивных форм поведения.

Важным условием прямой суггестии является высокий лечебный авторитет врача, что далеко не всегда имеет место в практике. При этом возникает потребность привлечения дополнительных приемов достижения большей эффективности суггестии, когда врач опирается на иные «авторитетные» в глазах пациента объекты.

Предметно-опосредованная суггестивная психотерапия проводится с усилением реальных свойств назначенных больному манипуляций и процедур. Подобного рода суггестии применимы, если используемая процедура оказывает реальное, но недостаточное или обнаруживаемое не у всех больных лечебное действие.

Примером такой терапии являются манипуляции, сопровождающие **сенсibiliзирующие к алкоголю фармакотерапевтические процедуры**. В отношении ряда больных имплантация эспераль не оказывает желаемого противорецидивного действия, приписываемого такой процедуре. Поэтому существует потребность психотерапевтического усиления его действия на больного. Слова и действия врача направлены на формирование у больного уверенности в действенности процедуры и внушение непреходящего

опасения приема алкоголя.

К симптоматической суггестивно-аверсивной психотерапии наркологических больных следует также относить **плацебо-терапию**, при которой манипуляциям индифферентного содержания приписываются качества, свойственные реальным препаратам или процедурам

Основные задачи, которые решаются с помощью **гипнотерапии**, – формирование трезвеннических установок, повышение самооценки и уверенности в собственных волевых возможностях, разрушение нежелательных стереотипов поведения. В настоящее время считается, что гипнотерапия недостаточно эффективна в качестве основного или единственного метода психотерапии и должна применяться в комплексе с другими методами.

Классической формой такого метода можно считать **эмоционально-стрессовую** психотерапию по В.Е. Рожнову (1985). В начале сеанса традиционным способом воздействия вызывают гипнотический транс. Производящий внушение предлагает больным расслабиться, сосредоточиться на каком-либо приятном образе, после чего применяются гипнотические формулы, касающиеся негативных последствий употребления алкоголя. Психотерапевт поддерживает у больного прочную уверенность в возможности покончить с пьянством, восстановить утраченное здоровье, работоспособность и доброе имя.

После таких «общих» внушений переходят к выработке тошнотно-рвотного рефлекса на вкус и запах алкоголя. Полный курс лечения в условиях стационара или амбулаторной практики не превышает 10-12, иногда 15 сеансов эмоционально-стрессовой гипнотерапии. Подкрепление следует производить не чаще 1 – 2 раз в месяц в течение года.

Отдельно следует указать на условия эффективной суггестии. Безусловно, с внушаемостью связаны определенные качества личности, индивидуальные свойства пациента. С высокой внушаемостью сопряжены такие признаки, как низкий интеллект, «полезависимость», подчиняемость, конформность, педагогическая запущенность с отсутствием элементарных медицинских знаний, низкий культурный уровень с верой в потусторонние силы, экстрасенсорику и т.п.

С феноменом внушаемости также связаны внешние условия. Сама ситуация психотерапевтического воздействия, когда больной с волнением ожидает терапевтического «вторжения», служит

предиктором эффекта суггестии. На гипнотическом эффекте длительной, на первый взгляд, сумбурной и монотонной речи основаны успешные терапевтические внушения. Так, все большую популярность завоевывает предложенный М. Эриксоном подход (1992), при котором введение в транс осуществляется с помощью терапевтических метафор и специальных фонетических приемов, обеспечивающих скорейшее гипнотическое «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

Сверхсенсорное воздействие достигается также созданием затруднения дыханию посредством введения больному миорелаксантов короткого действия или использования дыхательного мешка.

Современные синтетические аверсивные методики в наркологии комбинируют гетеро- и ауто-суггестию (аутогенную тренировку), медитативные техники и эриксоновский гипноз, а также другие формы внушения.

Симптоматическая суггестивная психотерапия ограничена в эффективности, так как оставляет незадействованными многие важные процессуальные механизмы развития зависимости. Она активизирует сопротивление больного патологическому влечению, но не затрагивает глубинные личностные факторы развития болезни. Бесспорно, стойкость лечебного результата тщательно спланированной, эффективно проведенной профессиональной запретительной терапии достаточно высока, однако в любом случае симптоматическое психотерапевтическое воздействие при изолированном применении не является достаточным

7.2. Этап интегративный (интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий)

При установлении показаний к психотерапии начинается реализация индивидуальной психотерапевтической программы. Программа реализуется в индивидуальной и групповой, а при возможности и по показаниям, в семейно-супружеской формах психотерапии.

В качестве основных методов индивидуальной психотерапии может применяться краткосрочные варианты психодинамической психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, показанные в случае диагностики глубинных, вытесненных интрапсихических конфликтов, особенно обусловленных дисгармоничным

воспитанием и формированием личности пациента в условиях патологической семейной ситуации в детстве. Продолжительность краткосрочной динамической психотерапии составляет от 25 до 50 часовых занятий с частотой 2-3 раза в неделю, когнитивно-поведенческой психотерапии – 15-30 часовых занятий с частотой 2-3 в неделю.

Однако для некоторых пациентов на этом этапе наиболее показаны методы классической поведенческой психотерапии, целью которой является приобретение пациентом, так называемого коррективного опыта научения, который предполагает приобретение новых умений совладания, повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов зависимого поведения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия

Поведенческая психотерапия больных с зависимостью от ПАВ представляет собой процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории научения. Некоторые элементы бихевиористического характера, безусловно, включают в себя вышеописанные методики суггестивно-аверсивной терапии, однако классический метод опирается на более системный подход к воздействию на психопатологическую симптоматику. В отличие от аверсивных процедур, использующих стимуляцию субъективно тягостных, негативных ощущений, связанных с патологическим поведением, в поведенческой терапии в большинстве случаев применяется положительное подкрепление каждого шага больного в нужном направлении, что приводит к возрастанию реалистичности его поведения. Установление больными четких причинно-следственных связей между собственным поведением и поведением окружающих способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности. Тем не менее, условно можно выделить два подвида такой психотерапии, первый из которых преимущественно выступает как симптоматический, второй – рассматривает психопатологические феномены в широком контексте понятия зависимого поведения, включая социальные аспекты.

К первому следует отнести известный метод **«политики жетонов»**. Описано применение жетонной системы при стационарном лечении героиновых наркоманов. Проходящие стационарное лечение пациенты «зарабатывают» баллы как условное под-

крепление за желательное поведение. Согласно правилам, для выписки необходимо набрать определенное количество баллов. Учитываются все виды активности пациентов и стимулируются те формы поведения, которые способствуют выздоровлению.

Очевидно, что хотя данные меры и приводят к изменениям в поведении пациентов, их эффект нестойк и ограничивается периодом актуальности положительных и отрицательных стимулов. Если используются многосторонние стимулы, которые можно контролировать, изменять и использовать относительно долго, то результаты могут оказаться более стойкими.

Наиболее актуальным и интенсивно развивающимся направлением поведенческой терапии зависимостей является когнитивная психотерапия, целью которой является **когнитивное реструктурирование психики пациента**.

Теоретической основой применения данного метода являются те модели заболевания, в которых предрасположенность к зависимости рассматривается как уязвимость к внешним воздействиям, а причиной такой уязвимости является нарушение процессов переработки информации.

Общие принципы когнитивной психотерапии заключаются в том, чтобы, учитывая особенности познавательной деятельности больного, облегчать усвоение им информации. Следует стремиться к отсутствию отвлекающих факторов, к интенсивной, отчетливой подаче небольшой по объему информации, упрощать, конкретизировать, структурировать высказывания, повышать их наглядность, по возможности повторять и уточнять их, избегая абстрактных формулировок.

Позиция терапевта – охватывая хаотичную когнитивную структуру больного, объясняя ее, снабжать больного образцами адекватного когнитивного функционирования, которыми тот может в дальнейшем пользоваться самостоятельно.

Лечебная программа предназначена для того, чтобы помочь больному идентифицировать его автоматические представления, и состоит в обучении умению наблюдать последовательность внешних событий и реакций на них. Некоторые пациенты, приобретшие умение идентифицировать свои автоматические представления, признают одновременно их неустойчивую и непригодную сущность. Они начинают относиться к ним объективно, и этот процесс называется «отдаление» («удаление»). Отдаление включает способность проводить различия между «я считаю-думаю» и

«я знаю», что является важным для модификации тех секторов реакций пациента, которые выступают в качестве субъекта болезни.

Когнитивно-поведенческая психотерапия к настоящему времени зарекомендовала себя в качестве одного из основных методов, имеющих противорецидивную направленность, поскольку способствует овладению пациентами навыками, расширяющими их адаптационные возможности. Особое значение имеет обучение пациентов навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к алкоголю и наркотикам, умению благополучно справляться с ситуациями и состояниями, прежде приводившими к рецидиву. Когнитивно-поведенческий подход ставит целью заложить в наркологического больного «новую программу» на основе развития существующих функциональных возможностей. Для этого необходимо многократное повторение и закрепление необходимых реакций. Исследования показывают, что больные, прошедшие через антирецидивные психотерапевтические методы, демонстрировали более высокую эффективность лечения по сравнению с теми, кто в таких программах не участвовал.

Как известно, подавляющий процент наркоманов и значительная доля страдающих алкоголизмом отличаются алекситимией, т.е. неспособностью распознавать, идентифицировать и вербализовать свои чувства. Этим свойством с психологической точки зрения во многом объясняется неукротимый и произвольный характер наступления рецидива патологического влечения, факт низкой обращаемости этих пациентов за превентивным лечением. Когнитивный терапевт вместе с пациентом ведет поэтапную работу по выявлению, актуализации и систематизации косвенных признаков патологического влечения – телесных, локомоторных и идеаторных. Болезненный срыв предстает перед самим пациентом не как фатальное событие, но как кульминация некоего процесса, который приводит к надлому в сфере влечений и чувств не прямым, но обходным, сложным путем.

Во многих исследованиях подчеркивается необходимость сочетания поведенческого тренинга и когнитивной терапии с другими видами психотерапии и с фармакотерапией. Это создает предпосылки для преодоления недостатков данного подхода, выраженных наиболее ярко, пожалуй, в тренинге социальных навыков. Речь идет о неоправданности патерналистической позиции при работе с больными с зависимостью от ПАВ, о скептической

оценке изолированного применения поведенческих методов, как манипулятивных и поверхностных, о невозможности найти общие социальные способы решения индивидуальных проблем.

Указанные соображения особо следует учитывать при проведении групповой психотерапии с больными алкоголизмом и наркоманиями. Применение методов поведенческой психотерапии требует гибкости от терапевта, так как грозит опасностью блокировать процессы групповой динамики и превратить динамическую группу в дидактическую.

Существуют и другие ограничения применения когнитивных психотерапевтических моделей (как и поведенческих в целом). Главная причина этого – недостаточные их возможности в отношении мотивирования больных к лечению и коррекции личностных структур, блокирующих эту мотивацию.

При активной установке больных на лечение и сотрудничество возможно применение тех видов психотерапии, акцент в которых сделан на работу «здесь и теперь» и предполагает более активное участие самого пациента в терапевтическом процессе.

Психодинамическая психотерапия

Согласно психодинамической концепции, большая часть зависимостей имеют защитную и адаптивную функции. Использование психотропных веществ может временно модулировать течение регрессивных состояний, усиливая защиты Эго, не справляющиеся с натиском таких мощных аффектов, как гнев, стыд и тоска.

Современные психодинамические психотерапевты считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, но дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. По этой же причине алкоголики и наркоманы страдают от поражения других функций: у них снижена способность рефлексировать, нарушены саморегуляция аффективной сферы и контроль над импульсами, они не способны формировать адекватную самооценку, а также поддерживать близкие межличностные отношения и модулировать аффекты, связанные с близостью. Зависимость от ПАВ, аддиктивное поведение представляют собой отчаянную попытку «вылечить» себя небезопасным, но сильным «лекарством».

Многие параметры зависимого пациента затрудняют психодинамическую терапию, но не служат абсолютным противопока-

занием к применению инсайт-ориентированных методов. Посредством определенных изменений собственно психоаналитической техники были созданы особые формы психодинамической психотерапии, направленные на разрешение наиболее ранних конфликтов «покинутости», сопровождающих нарциссическую оральную фиксацию таких пациентов. Считается, что оптимальная функция терапевта в условиях работы с пограничными пациентами – быть кем-то вроде матери, осуществлять так называемый «холдинг». Интуитивное, эмпатически-понимающее присутствие психотерапевта важнее, чем воспринимаемая как враждебное вмешательство вербальная интерпретация. Такой подход основывается на идее о том, что интуиция матери является «контейнером», который организует рассеянные и фрагментированные примитивные переживания ребенка в момент фрустрации, интегрирует их. Подобным образом, разбросанные, искаженные, патологические элементы переживаний регрессирующего пациента проецируются на аналитика, так что пациент использует терапевта как контейнер для организации тех переживаний, которые он сам по себе не может вынести. Обеспечивая функции защиты и поддержки, аналитик облегчает переход личности от стадии сепарации-индивидуации к автономии.

При **экспрессивной** форме психодинамической психотерапии подчеркивается необходимость соблюдения основных технических принципов проведения аналитической терапии, которые, однако, требуют определенной коррекции. Традиционная пассивность, раскрывающие техники, «белый экран» и строгая интерпретация – все эти атрибуты классического подхода не годятся для понимания и трансформации проблем пограничного больного. Рекомендуется как можно меньше структурировать собственно психоаналитическую программу, «перекладывая» данную функцию на медицинские, социальные службы, а также на другие психотерапевтические методы. При этом было выдвинуто положение, которое представляется особо актуальным для наркологической практики: экспрессивная психодинамическая психотерапия может, а в ряде случаев и должна начинаться в стационаре, при определенной директивности ее инициирования.

Еще более перспективным и адекватным запросам и условиям отечественной наркологии представляется **групповой психодинамический подход**

Групповой опыт предоставляет широкие возможности для

понимания того, каким образом личностная уязвимость и соответствующие ей психологические защиты predisполагают индивида к зависимости, ее рецидивам. В группе осуществляется более «наглядное» моделирование зависимостей – межличностных, а вслед за ними – наркотических, благодаря реактивации и осознанию онтогенетически ранних стереотипов отношений, приводящих впоследствии к заболеванию.

Пытаясь скрыть или компенсировать свою уязвимость, аддиктивные пациенты в то же время постоянно «выдают» себя характерными защитами и манерой поведения. Эти реакции отыгрываются с ведущим (ведущими) группы и другими ее членами. При этом появляется возможность распознать у себя и других повторяющиеся патологические паттерны, а затем прервать их нескончаемую череду либо преобразовать в более зрелые, менее стереотипные реакции, не требующие использования наркотика и соответствующего стиля поведения.

Выбор краткосрочной формы групповой психодинамической терапии определяется следующими обстоятельствами. В течение ограниченного срока стационарного лечения она позволяет, во-первых, интенсивно мотивировать больных на длительную, сопряженную с возможностью серьезных разочарований работу, намного более сложную, чем они предполагают, только что избавившись от острых абстинентных расстройств. Во-вторых, техника краткосрочной терапии позволяет максимально редуцировать симптоматику зависимости даже у тех пациентов, кто не способен адекватно тестировать реальность своего положения и не мотивирован на последующую реабилитацию.

Перед началом групповой психотерапии каждый пациент проходит индивидуальное психопатологическое и психотерапевтическое обследование (интервью). При этом значительное внимание уделяется семейному анамнезу, личностным характеристикам ближайших родственников, развитию внутрисемейных отношений. Устанавливается динамика формирования синдрома зависимости, становления ее циклов. Для психотерапевта важнейшее значение имеет преморбидный статус, особенно в ракурсе собственного видения пациентом его проблем, затруднений, лишений, достижений и т.д. Определяется характер внутреннего опосредования актуальных жизненных событий, их личностный смысл.

При включении в группу учитывается прежде всего ориента-

ция пациента на излечение, его желание идти по пути изменений. Однако, в условиях клиники допустима некоторая директивность при составлении групп, активное вовлечение пациентов в психотерапевтический процесс. Исключаются больные с острыми проявлениями опийного (алкогольного) абстинентного синдрома, с выраженной деструктивностью в поведении, явным негативизмом в отношении лечения.

Количество участников группы может варьировать от 5 до 12 человек, оптимальный состав – 7 - 9 пациентов. Ведущий группы должен иметь соответствующее психотерапевтическое образование.

Обстоятельства применения краткосрочной (фокальной) психодинамической психотерапии у больных алкоголизмом и наркоманиями диктуют целесообразность некоторых технических приемов.

Во-первых, – это деликатное игнорирование проблем, находящихся вне фокуса психотерапии, особенно в отношении вопросов собственно наркотической (алкогольной) зависимости. Необходимы ранние и достаточно активные интерпретации в зоне главного конфликта, констатация и проработка возникающих аффектаций.

Во-вторых, – анализ трансферных отношений следует ограничивать одной значимой личностью (как правило, это мать или отец).

В-третьих, – широкое использование непсиходинамических техник, не выходя за пределы психоаналитической ситуации (setting), – катарсических, манипулятивных, а также элементов внушения.

Лечебное воздействие адресовано как группе в целом, так и отдельным ее участникам, направлено на решение индивидуальных проблем больного. В каждом конкретном случае оно может иметь преимущественное назначение, например – воссоздание нормального амбивалентного отношения к значимому объекту в противовес существующей альтернативе его идеализации либо обесценивания. Для другого пациента важно показать, что он особым образом воспринимает чужие и выражает свои эмоции. В третьем случае помочь в понимании проблем совести, порождающих унижительное чувство стыда, или прояснить нарциссический характер реактивности, проявляющийся сочетанием аффектов беспомощности и ярости. Только в комплексе эти мероприятия способны привести к разрыву патоло-

гических циклов зависимости и структурированию более зрелой системы ценностей и мотиваций.

В значительной степени лечебный эффект групповой психодинамической терапии зависит от качества проведения завершающей фазы терапии. На протяжении последних 2-3-х сессий (общее число которых должно быть не менее 10) основное внимание уделяется анализу средств реинтеграции больного в здоровое общество. Группе предлагается вновь рассмотреть наиболее интенсивные болезненные чувства, возникавшие по мере реконструкции истории заболевания и преморбидного периода, демонстрируется доступность этих переживаний самоанализу и самоконтролю. Вместе с попыткой рассеять иллюзии относительно легкой преодолемости зависимостей, терапевт возбуждает интерес пациентов к дальнейшей личноно - ориентированной психотерапии, способствует выработке неформальных, критических установок на трезвость.

Огромное значение имеет сотрудничество психотерапевта с лечащим врачом больного, осуществляющим детоксикационную и психофармакологическую терапию, а также – с психотерапевтами других модальностей, участвующими в реабилитации. Такое взаимодействие обеспечивает основу терапевтической среды. При переходе к внебольничному этапу психотерапевтической реабилитации рамки лечебного процесса постепенно становятся все более «жесткими», структурированными, приближенными к классическим. Часть больных образует амбулаторные психодинамические группы, часть – может продолжать терапию в пределах индивидуальных встреч, в зависимости от соответствующих показаний. Нежелательным условием дальнейшего прохождения психодинамической психотерапии является способность пациента воздерживаться от алкоголя и наркотиков, других форм саморазрушительного поведения.

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий следует активно вовлекать больных в групповые формы работы. *Групповая психотерапия* должна быть направлена на: формирование адекватной самооценки и целостной Я-концепции, помощь и развитие способности распознавать неадекватные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими. К рекомендуемым вариантам проведения групповой психотерапии

относятся краткосрочные варианты групповой психотерапии: краткосрочные динамические группы, рассчитанные на 50 часов, групповая когнитивно-поведенческая психотерапия, дискуссионные группы, интегративные варианты психотерапии в группе.

Считается оптимальным проведение краткосрочной психотерапевтической группы ежедневно в течении 2-3 недель по 3-4 часа при численности группы 8— 12 человек. В наркологическом стационаре с учетом режима отделения, занятости части пациентов в других лечебных процессах, как в рамках отделения, так и за его пределами, адекватно проводить занятия по 2-3 часа и не реже 3-х раз в неделю.

7.3. Этап стабилизации достигнутого эффекта

При проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий на этапе стабилизации достигнутого эффекта помимо использования методик, обладающих неспецифическим универсальным влиянием на эмоционально-волевую сферу и личность, и обусловленным логикой психотерапевтического процесса, необходимо включение специальных приемов и техник, имеющих избирательное воздействие на проблемные сферы, специфические для контингента больных.

Психотерапевтические мероприятия этого этапа направлены на подготовку к выписке из стационара и созданию условий для лучшей адаптации в социальной среде. В связи с этим большее значение, наряду с мероприятиями в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, приобретают мероприятия профессиональной ориентации и работа по оптимизации семейных отношений пациентов.

Семейная психотерапия

Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством специалистов.

Системно-семейная психотерапия занимает ведущее место среди прочих модальностей, практикующих работу с семьями. Отличительной особенностью системно-семейной психотерапии является базирование на теории систем, соответственно, терапевт опирается на системное мышление.

Системно-семейным психотерапевтом события изучаются в пределах того контекста, в котором они разворачиваются; внима-

ние концентрируется в большей степени на связях и взаимоотношениях, а не на отдельных элементах и их характеристиках. Психотерапевтическая интервенция направлена на создание таких форм взаимодействия внутри системы, которые обеспечили бы ей эффективное функционирование.

События и поступки формируют последовательные, периодически повторяющиеся стереотипы, сохраняющие динамическое равновесие в семье. Все поведение в целом, включая патологические (в частности, аддиктивные) формы, устанавливает и поддерживает эти стереотипы, приобретая таким образом свой коммуникативный и функциональный смысл в данной семье. Симптом и система связаны между собой и «служат друг другу»; при ликвидации симптома вся система оказывается временно нерегулируемой, находится в состоянии «кризиса». Поэтому через некоторое время после фрагментарного изменения система может вернуться к прежним и привычным формам стабилизации, т.е. к прежнему симптому, либо сформирует новый симптом, носителем которого чаще становится тот же больной член семьи. Реже симптом возникает у другого члена семьи, либо в семье может нарастать напряжение, конфликт, способный привести ее к распаду. В системно-семейной терапии этот феномен называется смещением симптома. Если же система (семья) обладает достаточной гибкостью и необходимыми внутренними ресурсами, то, пройдя стадию структурных изменений, она сможет прийти к новым, более эффективным формам своего функционирования.

Основным методом семейной психотерапии является **вербальная коммуникация**, имеющая тщательно продуманную стратегию и тактику. К «чисто» системным методам относятся также работа с генограммой, «реконструкция системы», экстернализация симптома, работа с рефлексирующей командой и некоторые другие. В системной психотерапии используются метафоры, трансовые техники, рефреминг, лингвистические модели НЛП. Следует учитывать, что каждый терапевт формирует собственный арсенал психотерапевтических приемов в зависимости от полученной подготовки, личных предпочтений, а также от особенностей пациента, семьи, культуральных традиций.

Работа с генограммой. Составляя генограмму, терапевт отражает состав семьи, историю развития проблемы, актуальные события в истории и текущем моменте. Он фиксирует информацию о реакциях членов семьи на важные события семейной исто-

рии, о других значимых для семьи людях, о семейных ролях, о трудных для семьи темах.

Особое внимание следует обращать при составлении генограммы на:

1. симптомы и образцы отношений, повторяющиеся в семье;
2. реакции членов семьи, изменения функциональных связей в семейной системе в ответ на изменения жизненного цикла семьи, в особенности, совпадающие с кризисными событиями.

Недостаток информации о важных событиях в семье или наличие противоречий в представляемой членами семьи информации указывают на особую эмоциональную насыщенность темы. Важно при этом отметить, какие параллели проводят сами члены семьи между этими событиями и каких тем они избегают.

Циркулярное (системное) интервью. Это специфический метод ведения беседы с пациентом или семьей, позволяющий получить сведения о проблеме и одновременно заключающий в себе элементы психотерапевтической интервенции, стимулирующей изменения. «Циркулярные» вопросы способствуют прояснению взаимосвязей в семье, открывают иную точку зрения на отношения, поведение, болезни, роли каждого члена семьи, тем самым способствуя «размягчению» прежних конструктов и формированию новых, что, в свою очередь, запускает процесс изменений. Циркулярные вопросы построены таким образом, что члены семьи или пациент, отвечая, описывают проблемы и симптомы в широком семейном контексте, «открывают» картину коллективной ответственности членов семьи в отношении причин актуальных проблем. Таким образом, психотерапевту удастся направлять семью в русло основного принципа системного консультирования: отвечать на вопрос КАК, а не ПОЧЕМУ, говорить, как организована система.

Метод экстернализации проблемы – способ рассмотрения информации вне связи с конкретным пациентом или семьей. В основе экстернализирующего мировоззрения лежит убеждение, что проблема – это нечто, что влияет на жизнь человека, даже может пронизывать ее, но это нечто есть отдельное и отличающееся от человека образование. При приобретении экстернализирующей установки пациент отделяет себя от симптома, диссоциируется от него, т.е. приобретает способность воспринимать симптом с позиции «наблюдателя». Психотерапевту это позволяет открывать

пациенту доступ к его ресурсам, новым перспективам. Экстернализируя симптом, мы его делаем видимым, включаем в семейную скульптуру (расстановку), что дает семье или пациенту новую точку зрения на проблему и возможность подключиться к ее решению.

Следует подчеркнуть, что в случаях с семьями наркоманов и больных алкоголизмом выполнение задач семейной терапии сопряжено со специфическими трудностями, поскольку члены семьи чаще всего не осознают своей роли в формировании и поддержании зависимого поведения. Участие в лечении пациента они ограничивают тем, что настаивают на госпитализации либо другом виде лечения. Предложение о прохождении семейной психотерапии и принятии ее требований становится первой и важной психотерапевтической интервенцией. Кроме того семейному психотерапевту приходится сталкиваться с тем, что семья охотно принимает позитивные изменения до тех пор, пока они не угрожают привычному для них взаимодействию, «гомеостазу».

Для преодоления сопротивления вовлечению в терапию членов семьи со стороны пациента-наркомана рекомендуется, чтобы семейный психотерапевт включался в лечебный процесс с момента обращения пациента (семьи) за помощью. Желательно, чтобы пациента курировал один специалист, без «перебрасывания» его от одного врача к другому, во избежание манипуляций со стороны наркомана. Врач должен проявлять активность при вовлечении членов семьи в терапевтическую программу. При этом важно не допустить конфронтации с членами семьи, немедленно требуя следовать принципам системного подхода, при котором они должны принять идею о коллективной ответственности в происхождении заболевания. Подчеркивается также необходимость в административной поддержке семейных психотерапевтических программ со стороны руководства лечебного учреждения.

При проведении психотерапии в системной модели с зависимыми пациентами предпочтение мы отдаем ***терапии, сфокусированной на решении***, направленной на совместный (пациента и членов его семьи) поиск выхода из сложившейся ситуации. Особое значение уделяется формированию модели выработки установки на трезвость у пациента, конструктов трезвого поведения. Наиболее эффективными методами, открывающие перспективы для решения, являются работа со скульптурами и экстернализация симптомов. Оправдывает себя техника предписаний для членов

семьи «вести себя так, как будто идентифицированный пациент продолжает употреблять ПАВ» (метод парадоксальных предписаний). На завершающем этапе терапии проводится реконструкция семейной системы (истории). Несколько сессий необходимо выделить для противорецидивной работы, посвященной проработке форм поведения членов семьи, способствующих возврату пациента к употреблению ПАВ. Курс психотерапии в стационаре может состоять из 10 – 20 сессий.

Следует отметить, что постановка новых задач при положительной динамике психотерапии у данного контингента больных не отменяет продолжение работы, направленной на эмоциональную стимуляцию, социальную активацию, налаживание коммуникаций, коррекцию установок и отношений, нахождение адекватных форм психологической компенсации.

7.4. Этап профилактики рецидивов и поддерживающего лечения

На данном этапе возможно использование как индивидуальной, так и групповой форм психотерапии или их сочетания. Оптимальной формой работы является открытая амбулаторная группа.

Для пограничных и зависимых пациентов оптимальной формой коррекции является психотерапия, организованная по принципам *поддерживающей*. Такая терапия является, по сути, вспомогательным средством в рамках послегоспитальной амбулаторной реабилитации. Она проводится не чаще одного раза в неделю и активно использует в своих технических приемах неаналитические элементы: внушение, отреагирование, катарсис, манипуляцию. Основные психоаналитические техники (нейтральность терапевта, интерпретации, проработка переносов и сопротивления) применяются крайне выборочно, несистематично и «в последнюю очередь».

На этом этапе становится актуальным применение гуманистических подходов при проведении длительной поддерживающей психотерапии. В гуманистической модели способность терапевта создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией психотерапевта. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения психотерапевта. Психотерапевт в этом случае считает, что

если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики.

Понятие эмпатии признано также в психоаналитической и в поведенческой психотерапии, где отмечается важность эмоциональной взаимосвязи психотерапевта и пациента. Важнейшие принципы современной, так называемой позитивной психотерапии также находятся в рамках гуманистического подхода, провозглашающего уникальность человеческой личности и направленность психотерапии на помощь пациенту в становлении себя как самоактуализирующейся личности, в «актуализации потенциального», т. е. в раскрытии ресурсов и потенциала человека.

Необходимо обратить также внимание на возможности, которые дает в работе с наркологическими больными базисный для клиент-центрированных методов психотерапии принцип «здесь и теперь», лишаящий пациентов возможности уходить от проработки актуальной ситуации и эксплуатировать присущий им патологический защитный механизм отрицания.

Опыт показывает, что буквальное применение принципов гуманистической психотерапии по С.Р. Rogers, а также духовно ориентированных методов в их традиционном на Западе виде приводит у больных с зависимостью от ПАВ к ряду проблем. Наиболее спорной является возможность недирективного подхода в работе с этими пациентами. Многие авторы указывают на то, что психотерапевт в группах с больными алкоголизмом и наркоманиями должен быть более активен и директивен, с четким модулированием своих эмоций и рефлексией. Подчеркивается, что полностью недирективное поведение ведущего в группе наркологических больных немислимо.

Таким образом, наличие мощного терапевтического потенциала гуманистического подхода в отношении больных зависимостью от ПАВ сочетается с трудностями его последовательной реализации, обусловленными клиническими особенностями этих больных. Разрешение данного противоречия возможно в рамках другой основной тенденции современного развития психотерапии зависимостей, а именно – тенденции к интеграции различных школ, подходов и направлений. Только при использовании интегративной модели становится возможным применение гуманистических принципов психотерапии, создающих для больных за-

висимостями значительные реабилитационные перспективы, но непригодных для реализации в «чистом», изолированном виде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Применение представленного комплекса психотерапевтических мероприятий в процессе лечения зависимостей показало, что в большинстве случаев отмечается существенное улучшение психологического состояния пациентов, снижается уровень рецидивов. Что квалифицируется клиницистами как стойкая и длительная ремиссия.

Дифференцированность психодиагностических и психотерапевтических мероприятий с учетом этапности лечения позволило придать необходимую планомерность и мишенеориентированность лечебно-реабилитационному процессу, привлечь к психокоррекционной работе средний медицинский персонал, педагогов и родственников больных.

Наличие контрольных групп испытуемых позволяет считать применявшийся комплекс психотерапевтических мероприятий результативным. Поэтому он может быть эффективно использован в качестве существенного звена программы реабилитации больных с зависимостями от ПАВ, находящихся на лечении в наркологическом учреждении.

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.
Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.
Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19