

5.2. Современные методы психотерапии в наркологии

5.2.1. Современные психотерапевтические методы,

применяемые в наркологической практике

Баранова О.В.

Психотерапия – неотъемлемая часть лечебного процесса в наркологии. Посредством психотерапии становится возможным коррекция представлений больных о себе и своем заболевании, совладание с проблемами, которые в большом количестве «обрушиваются» на каждого пациента к моменту обращения за лечением, формирование стабильной ремиссии и адаптация к трезвой жизни.

Современные исследования в области психотерапии и наркологии подтверждают тот факт, что подход к лечению наркологических пациентов существенно отличается от подходов к лечению других категорий больных с психическими расстройствами. Зависимость от ПАВ рассматривается как злокачественный синдромокомплекс, занимающий пограничное промежуточное положение между психотическими расстройствами и неврозами [37]. Отличительные свойства такого положения заключаются в том, что люди с зависимостью от ПАВ имеют достаточно хорошее чувство реальности, позволяющее им ориентироваться в окружающем мире, но в случаях серьезной фрустрации они не пользуются адаптивными способами разрешения конфликтов и преодоления трудностей. Преобладание примитивных механизмов психологической защиты (отрицание, расщепление, регрессия), действие которых прослеживается в их реакциях на фрустрацию, не позволяет им сохранить психическое равновесие и провоцирует употребление ПАВ.

Взаимовлияние личностного и психопатологического фактора при наркологических заболеваниях подобно процессу амальгамирования приводит к формированию таких характерологических особенностей больных, которые без создания определенных условий психотерапевтического лечения не поддаются коррекции. К ним относятся, прежде всего, легкость перехода от нормативного состояния к патологическому функционированию и склонность пациентов отрицать собственные проблемы. Данные особенности объясняют низкую мотивацию на лечение и способствуют раннему прерыванию психотерапевтических отношений. Поэтому для наркологических больных необходимо формировать только ближайшие, наиболее актуальные цели и предлагать им четкие, понятные и выполнимые правила терапии. Лишь при таких условиях становится возможным постепенное формирование стабильного положительного настроя на психотерапевтическое лечение.

Существуют и другие специфические особенности у лиц с зависимостью от ПАВ, которые затрудняют формирование стабильных и прочных отношений с психотерапевтом. У них отсутствует способность выдерживать эмоциональное напряжение, превосходящее привычный уровень. Даже относительно небольшие затруднения вызывают у них усиление симптоматики и регрессию поведения. В процессе лечения они часто нарушают предписанный режим, а при возникновении сильных эмоций действуют импульсивно, зачастую даже наперекор своим решениям и интересам. Пациенты с зависимостью от ПАВ в своем поведении не всегда опираются на этические принципы, что существенно затрудняет контакт с ними. Продолжительные взаимоотношения сопровождаются у них возрастающими искажениями восприятия из-за усиления действия защитных механизмов, результатом которого может стать нарушение достигнутых договоренностей. Однако если вопросы соблюдения правил, границ и достижения целей урегулированы, то психотерапевтическое лечение становится эффективным инструментом терапии.

Выстраивая тактику терапии и выбирая оптимальные пути решения проблем, психотерапевт должен знать особенности психотерапевтического подхода к наркологическим пациентам и ориентироваться в методах психотерапии, которые в настоящее время широко предлагаются к применению.

Выбор лечебной стратегии, во-первых, основывается на анализе личностных особенностей пациента. В зависимости от уровня мотивации, интеллекта, эмоционального развития и других характеристик индивидуума предпочтительными оказываются различные психотерапевтические методы. Во-вторых, учитываются тяжесть нарушений, их спектр и длительность хронического заболевания. В-третьих, важно оценить способность пациента адекватно оценивать социальную ситуацию, возможности к рефлексии и автономной работе над собственными проблемами.

Стратегия усиления рееадапационного потенциала помогает определить оптимальный психотерапевтический подход. Она заключается в том, что, осуществляя анализ личностных особенностей пациента, имеющих у него нарушений и особенностей сложившейся вокруг него социальной ситуации, психотерапевту важно представлять каким способом, на какой основе и за счёт каких ресурсов может быть произведена социальная рееадапация данной личности. Социальная рееадапация происходит в неразрывной связи с реинтеграцией психики, при этом психологические механизмы больного перестраиваются с сознательного удерживания под контролем патологических структур, сформированных в результате течения болезни, на нормативное функционирование. Выработывая лечебную стратегию и рекомендуя воспользоваться тем или иным психотерапевтическим подходом, врач должен отчетливо представлять в какой лечебной программе пациент сможет легче адаптироваться. Выбор лечебной тактики основывается, прежде всего, на мотивации пациента и эмпатическом контакте с психотерапевтом.

При составлении индивидуального плана психотерапевтического лечения целесообразно выделить и последовательное решение следующих задач.

Оценка нарушений самосознания. Исследованию подвергаются осознание пациентом симптомов болезни, наличие мотивации на их преодоление, отношение к ранее проводившейся терапии и реакции больного на рекомендации, предлагавшиеся ему на предшествующих курсах лечения. Как правило, больные, которые обнаруживают когнитивный и эмоциональный компоненты понимания наличия болезни, а также имеющие твердую установку на воздержание от ПАВ и позитивно-значимые социальные цели, достаточно успешно участвуют в любой психотерапевтической программе. На основе индивидуальной и групповой психотерапии у данного контингента больных может быть проведена реконструкция глубинных личностных установок и коррекция нарушений самосознания. При данном психотерапевтическом подходе основной акцент смещается с симптоматической проблематики на межличностные отношения, конфликты и реакции личности.

Главными структурными нарушениями самосознания у больных с зависимостью от ПАВ являются диффузная, недостаточно развитая «Я»-концепция и нечёткость границ «Я», выраженность которых затрудняет формирование критического отношения к заболеванию и проявляется бедностью мотивационной сферы, неспособностью опираться на собственные представления, склонностью идти на поводу у обстоятельств или других людей, отсутствием устойчивых жизненных ориентиров и интересов, хроническом ощущением неудовлетворенности. То есть, другими словами, у большинства пациентов наркологического профиля обнаруживается низкий уровень самосознания, отсутствие структурированности внутреннего опыта, которые в сочетании с извращением ценностно-смысловых ориентаций и нарушением иерархии мотивов, приводят к регрессивному развитию личности [36].

Коррекция подобных нарушений самосознания подразумевает длительное психотерапевтическое лечение. При этом, чем глубже нарушения, тем больше сложностей возникает с поддержанием необходимого уровня мотивации на лечение, а также с границами и правилами психотерапии.

Возрастание уровня самосознания и изменение особенностей защитной организации личности возможны на отдаленных этапах психотерапии, после многолетней работы пациента над собой и, как правило, после множества «срывов», ошибочных решений и проверки заблуждений, когда постепенно возникает опора на собственные желания, осознание личных потребностей и всё дольше сохраняется и удерживается ответственное отношение к собственной жизни.

Оценка эмоциональных нарушений. У каждого пациента с зависимостью от ПАВ широко представлены эмоциональные нарушения. При превалировании данных расстройств у больных наиболее оптимальными методами коррекции являются следующие модели лечения: клиент-центрированной психотерапия, гештальт-терапия и терапия творческим самовыражением. Они предполагают поддерживающую психотерапевтическую методику, позволяющую больному выразить и осознать собственные актуальные эмоции (чувства). Результатом данной терапии становятся преодоление больными алекситимии, нормализация эмоционального состояния и повышение способности к самоконтролю.

Определение варианта патологического влечения к ПАВ. Наличие компульсивного варианта влечения к ПАВ предполагает, что оно реализуется без борьбы мотивов, а значит, может значительно затруднить осуществление лечебно-реабилитационных мероприятий в случае его актуализации. В таких случаях лечение невозможно без применения суггестивных методов терапии с целью полного отказа от употребления ПАВ. Обсессивный вариант характеризуется эго-дистонным отношением к патологическому влечению, лучше осознается, не всегда реализуется при обострении, поэтому позволяет осуществлять альтернативные суггестивным методы лечения больных.

Нарушение когнитивных функций следует рассматривать не только с точки зрения возможности пациента воспринимать, осмысливать и запоминать информацию, но также в смысле понимания им достаточно сложных аналогий между проявлениями своей болезни и нарушениями, как следствие этого, их социального функционирования.

У наркологических больных часто обнаруживается выраженное в той или иной форме интеллектуально-мнестическое снижение. Недостаток когнитивных способностей, отсутствие интроспекции по отношению к длительному неадекватному социальному функционированию часто сочетаются у наркологических больных с анозогнозией различной степени выраженности и пренебрежительным отношением к собственным интересам. Такие пациенты зачастую отказываются от участия в психотерапевтических мероприятиях. Поэтому подход к их лечению требует обязательного привлечения родственников, применения суггестивных методик и проведения когнитивно-поведенческой терапии.

Анализ семейной ситуации. Выявляются психотравмирующие обстоятельства, выясняется качество межличностных отношений, степень вовлеченности семьи больного в его проблему. Характерными показателями для постановки вопроса о проведении семейной психотерапии являются: кризис социальной поддержки пациента, обнаружение порочного круга созависимости (систематически провоцирующего эксцессы злоупотребления ПАВ), дезадаптирующая или неадекватная реакция семьи на больного. Привлечение родственников к участию в психотерапевтическом процессе существенно повышает мотивацию на лечение у наркологических больных, равно как и эффективность терапии. Утрата близких родственников или развод приводит к резкой психической дестабилизации, усилению злоупотребления ПАВ. Отсутствие интереса членов семьи к решению проблемы зависимости больного является крайней степенью нарушенных под влиянием злоупотребления ПАВ взаимоотношений и создает наиболее сложную ситуацию при попытках достичь сколько-нибудь значительного улучшения в состоянии больных.

Исследование социальной ситуации и определение наличия навыков адаптивного решения проблем. Социальная активность и стабильность поведения больного служат важными факторами, влияющими на успешность лечения. Асоциальное поведение больного является следствием грубо нарушенных социальных отношений и свидетельствует о необходимости прохождения психотерапевтической программы в реабилитационном центре. В противном случае проведение лечения оказывается невозможным. Важно также оценить профессиональную сферу, криминальную активность и юридические проблемы пациента. Обращение за наркологической помощью в судебно-следственной ситуации может парадоксальным образом улучшить мотивацию на лечение. Потеря стабильной работы вследствие увольнения из-за злоупотребления ПАВ может вызвать у пациентов как усиление настроя на лечение и изменение образа жизни, так и, наоборот, снизить шансы на благоприятный результат лечения.

Мишени психотерапии, методы и особенности психотерапевтического подхода при наркологических заболеваниях

№	Мишени психотерапии	Психотерапевтические задачи	Методы психотерапии и особенности психотерапевтического подхода
----------	----------------------------	------------------------------------	--

1.	<p>Нарушения самосознания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - преобладание примитивных механизмов психологической защиты (отрицание, расщепление, регрессия); - диффузная «Я»-концепция (размытая идентичность «Я»); - нарушение границ «Я»; - кризис морально-этических ценностей. 	<p>Реинтеграция психики за счёт преодоления анозогнозии, гармонизации самооценки, укрепления и прояснения «Я»-концепции, усиления ценностной регуляции поведения.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основной лечебный фактор – длительные стабильные психотерапевтические взаимоотношения. 2. Создание четких выполнимых условий (границ) и целей психотерапии. 3. Ориентация на ближайшие, наиболее актуальные цели. 4. Средством выбора является любой метод психотерапии, имеющий целью реконструкцию глубинных личностных структур.
2.	<p>Эмоциональные нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкая аффективная (фрустрационная) толерантность; - преобладание негативных чувств и эмоций в постинтоксикационном периоде (злость, стыд, вина, тревога); - алекситимия. 	<p>Достижение эмоциональной экспрессивности (выразительности), стабильности и устойчивости за счёт преодоления алекситимии, нормализации эмоционального состояния и повышения способности к самоконтролю.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поддерживающая терапевтическая тактика, которая позволяет облегчить выражение и осознание больным актуальных эмоций (чувств). 2. Методами выбора являются клиент-центрированная психотерапия, гештальт-терапия, терапия творческим самовыражением.
2.	<p>Неодолимость влечения к ПАВ.</p>	<p>Снижение патологического влечения к ПАВ.</p>	<p>Методики, направленные на полный отказ от употребления ПАВ. Суггестивные приемы. Аверсивная терапия.</p>

3.	<p>Когнитивные нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дезадаптивные, поддерживающие зависимость, установки; - недостаток способностей к самопознанию и интроспекции. 	<p>Коррекция неадекватных суждений.</p> <p>Информирование о механизмах развития заболевания и способах совладания.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Объяснение расстройств и интерпретация данных обследования в русле понимания механизмов зависимого поведения. 2. Предпочтительными методами являются индивидуальная рациональная психотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия.
4.	<p>Поведенческие нарушения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - недостаток навыков здорового образа жизни; - неэффективные копинг-стратегии. 	<p>Восполнение дефицита необходимых навыков.</p>	<p>Обучение эффективным копинг-стратегиям методами биохевиоральной (поведенческой) терапии.</p>
5.	<p>Низкая мотивация на лечение.</p>	<p>Повышение терапевтической установки.</p>	<p>Создание личностного пространства для изменения терапевтической установки посредством техник мотивационной психотерапии и комплаенс-психотерапии.</p>
6.	<p>Нарушения в межличностном взаимодействии.</p> <ul style="list-style-type: none"> -дефицит близких доверительных отношений; - отсутствие навыков общения. 	<p>Коррекция дисгармоничных стереотипов межличностных отношений.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие альтернативных интересов и конструктивных способов решения проблем в противовес патологическим моделям. 2. Восполнение дефицита общения. 3. Наиболее эффективные методы - групповая психотерапия, континуальная психотерапия.

7.	Феномен созависимости.	Коррекция семейных взаимоотношений.	Выявление дисгармоничных стереотипов и их перестройка посредством выработки новых правил общения в формате семейной психотерапии.
8.	Нарушение развития личности: -формирования структурного психического дефицита и задержка личностного развития вследствие неадекватного эмоционального взаимодействия со значимыми фигурами в детстве; - формирование ригидных и примитивных механизмов психологической защиты.	Отреагирование и компенсация ранних психотравматических переживаний. Реорганизация механизмов психологической защиты личности.	Экспрессивная и поддерживающие техники психоанализа, терапия творческим самовыражением и личностно-ориентированная психотерапия. Данные методы позволяют восполнить дефицитарность функционирования личности, компенсировать недостатки или изжить их, восстанавливая «потерянные» жизненные интересы и ориентиры.
9.	Нарушения потребностных циклов.	Помощь в осознании и нейтрализации неудовлетворенных потребностей (завершение гештальтов). Формирование актуальных потребностных циклов.	Гештальт-терапия делает акцент на обучении больных способам прямого выражения эмоций, осознании личной ответственности за поведение и дистанцировании от чужого негативного опыта.
10.	Социальная дезадаптация.	Развитие адаптивных возможностей.	Поддерживающая форма психотерапии. Реабилитационные технологии.

Рассматриваемые методы психотерапии приводятся в порядке, отражающем основные этапы в развитии психотерапии наркологических заболеваний, от когнитивных, поведенческих и суггестивных к личностно-ориентированным, групповым и интегративным. В современном подходе к терапии лиц с зависимостью от ПАВ уделяется большое внимание межличностным и семейным отношениям. В качестве важнейшего элемента комплексного лечения рассматривается групповая психотерапия. Во всех описываемых методах к настоящему времени разработаны основные концепции и четкие технологии.

Когнитивное направление в психотерапии объединяет множество способов коррекции неадекватных суждений, опирающихся на разум и мышление пациента (от англ. cognition - познавательная способность).

Информирование больных о механизмах развития заболевания и способах совладания в качестве психотерапевтических методов впервые описали и применили на практике В.М. Бехтерев (1911) и швейцарский невропатолог П. Дюбуа (1912) – основатель рационального подхода в психотерапии. В. М. Бехтерев использовал беседы с больными алкоголизмом в коллективной и индивидуальной психотерапии, сочетая их с техниками гипнотического внушения. До сих пор его подход в виде «беседы + суггестия + обучение самовнушению» находит наиболее широкое применение в лечении наркологических больных.

Метод разъяснения причин и сущности расстройств в наркологической практике постепенно выделился в отдельную форму психотерапии и получил название **индивидуальной рациональной психотерапии (ИРП)**. Данный метод является основным психотерапевтическим инструментом врача в клинике. ИРП зарекомендовала себя удобством применения, поскольку подключается уже на этапе обследования больного, органически вплетаясь в диагностический процесс. Основная цель – формирование адекватного отношения к лечению, заболеванию и, затем, собственной личности.

Как известно, наркологические больные отличаются отрицанием болезни. Анозогнозия проявляется у каждого в разной степени, но, тем не менее, упорно и стереотипно возникает при очередном обращении за наркологической помощью. Этот феномен – один из важнейших и первоочередных мишеней для психотерапевтической коррекции. Опираясь на познания пациента о генезе имеющихся у него расстройств, врач планирует стратегию психотерапии. Представления о заболевании выявляются в процессе сбора диагностических сведений. Данные субъективного и объективного анамнеза имеют существенные расхождения, особенно в отношении злоупотребления ПАВ и последствий такого поведения. Пациент стремится приуменьшить или игнорировать их, для доказательства своей точки зрения использует определенные аргументы. Эти аргументы и становятся мишенями ИРП. Посредством разъяснений, приведением контраргументов и примеров, одобрения, отвлечения или конфронтации врач стремится переориентировать сознание пациента на восприятие альтернативной картины его проблем, наиболее приближенной к объективной реальности. Кроме того, метод может включать элементы внушения и дидактические приемы.

Задачами ИРП на первом этапе являются: объяснение сущности синдрома зависимости, обсуждение результатов клинико-лабораторного обследования в соответствии с механизмами тех расстройств и осложнений, которые приобрёл пациент в результате хронической интоксикации ПАВ. Одновременно с тем, что врач стремится донести объективную картину до сознания пациента, он должен понять и оценить значение дисфункциональных убеждений для личности.

Выявить установки, поддерживающие зависимость, и повлиять на них, невозможно без учета личностных особенностей пациентов. Подход к каждому больному различается в зависимости от преобладающего личностного радикала (Небаракова Т.П., Зенченко Е.И., 1984; Тузикова Ю.Б., 2002; Павлов И.С., 2003 и др.). Так, например, пациентам с преобладанием истеро-возбудимых черт характера следует уступать в мелочах, но настаивать

на выполнении основных предъявляемых к ним требований. Это позволяет не ущемить болезненное самолюбие таких пациентов, которые отличаются крайней обидчивостью и вспыльчивостью, и одновременно направить их активность в нужное русло. Лица с астеничным (зависимым) типом личности, напротив, больше других нуждаются в контроле, ободрении и поддержке.

На втором этапе коррекции подвергаются личностные особенности, а задачей служит поддержка больного в ремиссии. В процессе злоупотребления ПАВ у больных заостряются преморбидные деформации характера и закрепляется привычка «уходить» от решения жизненных проблем посредством приема ПАВ. Регулярные беседы с врачом помогают своевременно выявить затруднения и найти адекватный выход. Пациенты обучаются распознавать признаки обострения влечения к ПАВ и противостоять ему. При продолжительном взаимодействии на первый план выходят такие задачи, как гармонизация самооценки больного и развитие альтернативных интересов (как правило, тех, которые были у пациента до развития заболевания, но о которых он давно «забыл»).

Недостатки ИРП: метод не всегда оказывается результативным вследствие того, что по мере углубления воздействия у наркологических больных происходит реактивное усиление защитных построений психики. Поэтому применяется метод обычно в комбинации с другими психотерапевтическими мероприятиями. В целом наибольшая эффективность ИРП наблюдается у тех пациентов, кто (наряду с частичным отрицанием) признает свою болезнь.

В групповой психотерапии наркологических больных рациональный компонент выражен значительно, применяется в виде бесед на заданную или выявленную актуальную тематику (направленная или свободная дискуссия).

В настоящее время при лечении наркологических пациентов всё чаще применяется **когнитивно-поведенческая психотерапия (КППТ)**, использующая познавательные-обучающие методики, разработанные А.Т. Беком и А.Эллисом. Главные задачи метода - осознание правил неадекватной

обработки информации и замена их более адаптивными, другими словами, в процессе лечения пациента обучают рациональному мышлению и недостающим адаптационным навыкам. Изначально КППТ доказала свою эффективность в лечении больных с депрессиями и фобиями. Обучение навыкам справляться со стрессом и постоянная отработка их на практических занятиях оказались действенными способами и в отношении наркологических больных, в частности, для предупреждения рецидивов и повышения самоконтроля.

Метод основан на отработке оптимальных приемов самооценивания. Возникновение психических нарушений при когнитивно-поведенческом подходе объясняется неадекватно построенным процессом самопознания, который проявляется автоматическими неадекватными суждениями и определяет дискомфортное состояние. Используется ведение дневников, анализируются мотивы употребления алкоголя и наркотиков для того, чтобы выявить более глубокие личностные дисфункциональные убеждения. Каждый проблемный эпизод тщательно рассматривается, выделяются ведущие эмоции и основные мысли, возникшие в той или иной ситуации. Совместно с пациентом психотерапевт выстраивает алгоритм «автоматическая мысль → сопровождающая мысль эмоция → поведенческая реакция». Выявляя неадекватные поведенческие реакции, психотерапевт предлагает воспользоваться альтернативным вариантом поведения. Типичным примером может служить ситуация конфликта с женой, после которой у пациента появляется мысль о желании снять напряжение («без пол-литра её не поймешь»), сам он испытывает злость или раздражение и реализует в поведении употребление алкоголя. Доказывая неадекватность решения данной ситуации, психотерапевт указывает на различные альтернативные варианты: от напряжения можно избавиться другими способами, точно также, как и то, что для сглаживания конфликта и улучшения взаимопонимания употребление алкоголя подходит в наименьшей степени. Впоследствии, после анализа нескольких эпизодов для пациента становится очевидным стереотипность собственного мышления и, как

следствие, неадекватность поведения. Проводится исследование навыков и ресурсов, имеющихся у пациента, вырабатываются и закрепляются новые модели поведения. При достаточных способностях к анализу, пациент в своих рассуждениях может установить более глубокие субъективные причины злоупотребления ПАВ – нереализованность личностно важных потребностей, заниженная самооценка, взаимозависимые отношения с матерью и/или женой и др.

КППТ применяется в индивидуальной и групповых формах. Метод подходит для тех пациентов, которые признают существование проблемы, имеют склонность к рассуждениям и самоанализу, согласны разделить с психотерапевтом базисное положение когнитивной психотерапии о зависимости эмоций от мышления.

К разновидностям КППТ относятся психотерапия, усиливающая мотивацию, и комплаенс-психотерапия.

Психотерапия, усиливающая мотивацию (другое название — мотивационное интервьюирование), разработана W.R. Miller (Miller & Rollnick, 2002). Она основана на теории когнитивного диссонанса и призвана стимулировать благоприятное отношение к изменению. Её целью при лечении пациентов с зависимостью от алкоголя и наркотиков являются формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема алкоголя или наркотиков. Информирование больных о проблемах, связанных с психоактивными веществами, и о преимуществах трезвости вызывает у них желание приводить контраргументы, которые должны быть опровергнуты психотерапевтом.

Во время мотивационного интервьюирования пациентов побуждают самим называть причины, по которым они должны соблюдать трезвость, и составлять перечень проблем, вызванных их заболеванием. Формулировка “FRAMES” отражает принципы мотивационного интервьюирования. Они заключаются в следующем: F (feedback – обратная связь) – предоставь обратную связь о поведении; R (responsibility – ответственность) — подкрепи у пациента чувство ответственности за изменение поведения; A (advice –

совет) – дай совет по поводу изменения поведения; М (menu – меню) – обсуди меню возможных вариантов изменения поведения; Е (empathy – эмпатия) – выражай эмпатию по отношению к пациенту; S (self-efficacy – самооффективность) – поддерживай самооффективность пациента.

Комплаенс-психотерапия, как следует из названия, призвана повысить степень согласия или приверженности пациентов к лечению. Выделению комплаенс-психотерапии в отдельную методику послужила такая широко известная и трудно корригируемая характеристика наркологических больных, как низкая мотивация на лечение. Первое обращение за наркологической помощью в большинстве случаев происходит под давлением родственников, а сам больной в это время пребывает в состоянии опьянения или испытывает широкий спектр расстройств абстинентного синдрома. Улучшив свое состояние, пациент может в короткие сроки поставить вопрос о выписке. Поэтому важно установить контакт с больным при первой возможности, по мере нормализации общего состояния, и провести психотерапевтические мероприятия, направленные на установление осознанного сотрудничества между врачом и пациентом, а также членами его семьи [1].

Комплаенс-терапия является одной из методик КППТ и, совместно с другими техниками КППТ, направлена на выявление установок, препятствующих лечению, исследование отношения пациента к проводимому лечению, обнаружение феноменов стигматизации и самостигматизации. Проработка данных мишеней позволяет повысить эффективность проводимой терапии и мотивированность больных на продолжение лечения.

Поведенческий подход в наркологии включает в себя различные методики тренировки навыков, которые сочетают побуждение к адаптивным формам поведения и редукцию тех паттернов поведения, которые поддерживают зависимость [46]. Становление зависимости от ПАВ рассматривается при этом как процесс научения. Соответственно, лечение наркологических больных - это терапия, направленная на изменение их поведения через систему положительных и отрицательных подкреплений. Теоретические предпосылки поведенческой терапии были разработаны И.П.

Павловым (классическое обучение) и В.Ф. Скиннером (оперантное обучение).

Изучение поведенческих механизмов зависимости от ПАВ позволило сформировать концепцию о латентной селективной мотивационной недостаточности – личностной характеристике наркологических больных, которая проявляется поведенческой неподконтрольностью, импульсивностью, склонностью к поиску острых ощущений, социальным неконформизмом и безответственностью [29]. Данная концепция помогает объяснить достаточно высокую эффективность поведенческого подхода в наркологии. Недостаток волевых качеств, низкая фрустрационная толерантность и отсутствие навыков самоконтроля не позволят больным с зависимостью от ПАВ переориентировать поведение даже при условии понимания последствий своих действий. Поэтому отработка и закрепление адаптивных поведенческих стереотипов у наркологических больных являются важными и во многих случаях неотъемлемыми элементами психотерапевтической работы. Опираясь на эти заученные желательные действия, больные учатся сначала удерживаться в определенном поведенческом «фарватере», затем становится возможным разработка собственного социального ролевого репертуара, и в конечном итоге – планирование целенаправленных сознательных опосредованных действий.

Недостатки поведенческого подхода заключаются в том, что техники бихевиоризма направлены на поверхностное поведенческое изменение и не затрагивают глубинных пластов психики. Потому сложно утверждать, что полезные навыки будут доведены до автоматизма и в нужный момент человек сумеет ими воспользоваться. Тем не менее, поведенческие методы широко используются, как правило, в комбинации с другими методами. Так, например, эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии заметно выше, чем отдельно входящих в неё методов.

Поведенческие методики различаются по целям и условиям проведения, условно можно выделить несколько вариантов: 1) тренинговые методики; 2) ролевые игры; 3) семейная бихевиоральная психотерапия

(методика подкрепления желательного поведения со стороны лиц ближайшего окружения); 4) аверсивная терапия.

Методики поведенческой психотерапии применяются на определенном этапе лечения (после формирования установки на воздержание от ПАВ) и особенно показаны тем пациентам, у которых наблюдаются недостаточные способности к интраспекции, вербализации эмоций и абстрагированию. Противопоказаниями являются выраженные когнитивные расстройства, обусловленные интоксикацией, которые уменьшаются в процессе лечения и воздержания от ПАВ (2-3 недели).

Тренинг (от англ. *training* от *train* — обучать, воспитывать) проводится преимущественно в группах больных и подразумевает активное обучение. Существует большое многообразие тренинговых методик. В наркологической практике эти методики применяются с целью выявить недостаток умений пациентов «управлять» собой и обучить справляться с этим недостатком без употребления ПАВ. К ним относятся тренинг социальных навыков и ситуационный тренинг.

Тренинг социальных навыков – основа психотерапевтической программы в реабилитационных центрах. Этот психотерапевтический метод подразумевает коррекцию негативного эмоционального состояния и межличностных отношений. Занятия предпочтительно осуществлять в группах больных. Это связано с тем, что одной из мишеней являются межличностные отношения, а группа представляет собой среду, в которой можно попрактиковаться в применении навыков и получить обратную связь о личных успехах.

Необходимость обучения контролю над эмоциями продиктована тем, что для контингента наркологических больных употребление ПАВ зачастую сопряжено с мощными неуправляемыми аффектами, такими, как тревога и агрессия, вина и стыд. Аддиктивное поведение является способом выхода из ситуации, когда индуцируются эти эмоции. К тому же у подавляющего большинства больных имеются затруднения с тем, чтобы выразить гнев без помощи ПАВ. Применяемые в рамках тренинга социальных навыков техники

систематической десенситизации (снижение интенсивности негативных эмоций за счет постепенного приучения к непереносимому стимулу с использованием методик расширения воображения и релаксации) и обучение умению выразить и контролировать гнев – важная составная часть любой реабилитационной программы, особенно если комбинировать их с тренингом отстаивания своего «Я». Последняя из перечисленных методик включает в себя помощь пациентам в обучении прямым и открытым высказываниям, результатом которого являются повышение удовлетворения и уменьшения разочарования по поводу межличностных взаимоотношений.

Методики поведенческой терапии помогают обучить пациентов находить и осуществлять эффективные стратегии разрешения проблем в ответ на затруднительные ситуации, сопряженные с высоким риском рецидива. Несколько занятий посвящаются детальной проработке сложных для пациентов ситуаций по следующим этапам: 1) прояснение проблемы, 2) выработка возможностей её разрешения, 3) выбор лучшего способа, 4) разработка детального плана действий, 5) реализация, 6) оценка полученных результатов и, если необходимо, поиск другого решения. Считается, что в результате интенсивного тренинга происходит генерализация новых навыков [35, 46].

Тренинговые техники социальной направленности, которые применяются в лечении больных наркоманиями и алкоголизмом, включают безоценочное выслушивание, моделирование (психотерапевт приводит пример желательных действий) и получение информации, которая опосредует обратную связь по поводу адекватности новых форм поведения. Лучше воспринимается информация, которая исходит от других членов группы. Приветствуются также домашние задания и упражнения, во время которых пациенты экспериментируют с новыми формами ответа на жизненные обстоятельства и ситуации. Тренинг социальных навыков способствует обучению эмоциональной выразительности, эффективному выслушиванию, отклонению необоснованных претензий, пациенты учатся

конструктивно отвечать на критику, инициировать беседу, высказывать и воспринимать похвалу и пр.

Ситуационный тренинг относится к разновидностям социально-психологического тренинга. Рекомендации по его применению в отношении больных алкоголизмом в нашей стране были разработаны Ю.В. Валентиком (1988) и А.Л.Игоным (1989). Его суть состоит в выработке навыков отказа от употребления алкоголя. Несмотря на то, что данная методика может показаться слишком узкой и малозначимой, существуют исследования, которые доказывают, что в результате этого тренинга больные получают высокоспецифичные и полезные навыки [46]. В своих попытках отказаться от употребления ПАВ пациенты часто испытывают сильное давление со стороны окружающих. Так, например, микросоциальные мужские группы имеют тенденцию делать употребление алкоголя неписанным обязательным правилом. Моделирование условий, провоцирующих рецидив, и их анализ позволяют пациентам сформировать навыки, как уверенно и без извинений отклонять предложения об употреблении ПАВ.

Существует множество типовых ситуаций риска, когда на больного неблагоприятное влияние оказывает его окружение на работе, по месту жительства или в семье, в том числе и аутохтонно обусловленные колебания настроения. Наиболее значимые для больных ситуации подвергаются инвентаризации. Выделяются простые, поверхностные (скажем, случайное присутствие больного алкоголизмом на банкете) и сложные, которые основаны на глубоко закрепившихся стереотипах поведения, связанных, например, с влиянием на больного давнего приятеля, партнера по выпивке (при алкоголизме). Пациентов побуждают описать свое психологическое состояние, сопутствующее возникновению ситуаций риска. Психотерапевт находит наиболее адекватные ключевые фразы, жесты, поступки и другие образцы конструктивного поведения в неблагоприятных ситуациях. Его задача – помочь каждому больному придумать и отработать такие формулы отказа от употребления алкоголя или других ПАВ, которые предполагают быстрый, эффективный и не сопровождающийся моральными потерями

выход из ситуации риска. Так, в зависимости от глубины отношений больного алкоголизмом с взаимодействующими с ним людьми могут быть три вида формул отказа: 1) формальный отказ, 2) отказ со ссылкой на причину, значимую для тех, кто ведет с больным диалог, 3) отказ по типу «открытые карты». Проигрывание неблагоприятной ситуации в экспериментальных условиях и её анализ осуществляется в виде ролевой игры.

Ролевые игры относятся к модифицированной форме психодрамы Я. Морено. Отличия заключаются в том, что в процессе ролевых игр используются фиксированные сценарии, а участникам предоставляется меньше спонтанной активности. Наркологические больные, характеризующиеся в большинстве случаев низкой мотивацией на лечение, лучше воспринимают жестко регламентированную и простую структуру психотерапевтического сеанса в бихевиоральной технике, чем более сложную в психодраме. Для привлечения больных к участию в данной психотерапевтической методике требуется создание доверительной атмосферы общения в группе, которой способствуют знакомство и разговор по существу волнующих тем.

Любая ситуация, которая изучается во время сеанса, подвергается тщательному рассмотрению посредством разыгрывания сценок [16]. Один из участников представляет свою проблему (протагонист), другие пациенты выполняют вспомогательные функции. Обычно им предлагается сыграть роль знакомых или родственников протагониста, в том числе и самого протагониста. Минимальная импровизация и изобретательность со стороны больных позволяют создать сколь угодно большое число вариантов диалога. Завершается ролевая игра обменом чувств между участниками, их анализом и выбором альтернативного поведения.

Если ролевая игра включена в структуру ситуационного тренинга, то разыгрыванию подвергается ситуация, провоцирующая рецидив, при социальном тренинге – любая житейская проблема, при бихевиоральной семейной психотерапии – соответственно семейная ситуация.

Методика подкрепления желательного поведения со стороны ближайшего окружения (Sisson & Azrin, 1986; O'Farrell T.J., 1993) является одной из форм поведенческой супружеской и семейной терапии. Данная методика позволяет снизить интенсивность патологического влечения к ПАВ и сформировать установку на лечение или предотвратить преждевременный уход с терапии. Применяется в тех случаях, при которых больной отказывается обращаться за лечением, несмотря на возникновение явных отрицательных последствий для здоровья вследствие злоупотребления ПАВ, но согласен сократить количество приемов ПАВ. Важной частью методики являются использование дисульфирама (тетурама, эспераль, лидевина) или налтрексона (антаксона), прием которого контролирует супруга (супруг), и контракт между супругами, который обсуждается ими при участии и помощи психотерапевта. Программа психотерапии включает также способы подкрепления желательных действий, тренинг общения и обсуждения семейных проблем. Подкрепляющие стимулы служат для того, чтобы вознаградить за периоды трезвости либо отказать в них в случае употребления алкоголя (наркотиков). К подкрепляющим стимулам относятся: совместное проведение досуга, доступ к управлению автомобилем, возможность распоряжаться определенной частью денежных средств и др. При этом родственники обучаются относиться к больному как к человеку с хроническим психическим заболеванием, распознавать и с наибольшей выгодой использовать моменты, когда он наиболее мотивирован, чтобы начать или продолжить лечение.

В результате прохождения психотерапевтического курса пациент убеждается в своей неспособности контролировать прием ПАВ, соглашается отдать контроль супруге (супругу), в семье снижается уровень потенциально агрессивных взаимоотношений, обусловленных употреблением ПАВ. Через определенное время пациенты могут переходить на самостоятельное контролирование приема средств, запрещающих употребление алкоголя, отмечают улучшение семейных взаимоотношений. Эти позитивные эффекты повышают доверие к врачу и лечебным мероприятиям.

Методика подкрепления желательного поведения со стороны ближайшего окружения используется лишь в тех случаях, при которых нарушения в семейных взаимоотношениях носят легкий и умеренный характер. В тяжелых случаях методика отказывается неэффективной.

Аверсивная терапия, применяемая при лечении больных алкоголизмом, относится к старым и в настоящее время не применяющимся методикам. Основана она на выработке отрицательного условного рефлекса (тошнотворно-рвотной реакции) к приему алкоголя. Для этого пациенту дается аверсивное средство (апоморфин) непосредственно перед тем, как пациент осуществит прием алкоголя. Сопровождает процедуру суггестивное воздействие. Примерно через 20 сеансов у пациентов развивается рефлекс реагировать появлением отвращения на ситуацию употребления алкоголя. Этот метод под названием условно-рефлекторной терапии в 60-80-е годы прошлого столетия разрабатывался И.В.Стрельчуком, Г.Н.Энтиным. Однако впоследствии были накоплены данные о низких результатах лечения, быстром угасании условного рефлекса, которые в сочетании с общественным мнением о недостаточно гуманном отношении к пациентам при проведении процедур аверсивной терапии способствовали тому, что данный метод стал непопулярным.

В отечественной наркологии всегда очень широкое применение находили **суггестивные психотерапевтические методы**. К ним относятся: классический и современный эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование, эмоционально-стрессовая гипнотерапия, процедуры «кодирования», чрезпредметное внушение (опосредованная психотерапия), аутогенная тренировка и медитация.

Суггестивные методы лечения наркологических заболеваний применяются с двумя целями: 1) внушение отрицательного отношения к ПАВ и установки на трезвость; 2) коррекция дезадаптивного поведения и устранение симптомов заболевания. Эти методы, как правило, подразумевают понижение уровня бодрствования пациента, которое позволяет проводить психотерапевтическое лечение вне действия защитных психологических

механизмов и, таким образом, помогает преодолеть сопротивление больных, в большой степени присущее лицам с зависимостью от ПАВ.

Подход к лечению больных алкоголизмом посредством **классического гипноза** разработал В.М. Бехтерев (1912). Он использовал методику гипноза в группах пациентов, используя эффект повышения внушаемости за счёт индуцирования больными друг друга. Аналогичным подходом пользовался В.Е.Рожнов (1975), модифицировавший метод коллективного гипноза. Отличительной особенностью его методики **эмоционально-стрессовой гипнотерапии** было интенсивное, схожее со стрессовым воздействие на больных в момент их наибольшего расслабления. Эффект внушения усиливался при создании резкого эмоционального контраста во время сеанса. Это достигалось посредством перехода от расслабляющих слов и интонаций психотерапевта к мобилизующим и эмоционально насыщенным формулировкам, в острой конфронтационной форме напоминающим больным о драматических эпизодах в их биографии, связанных со злоупотреблением спиртным. Отрицательное отношение к алкоголю могло подкрепляться тошнотворно-рвотной реакцией. Для этого в кульминационный момент пациентам давали нюхать ватку, смоченную спиртом. Однако, в отличие от условно-рефлекторной терапии, апоморфин и другие препараты, вызывающие рвоту, не использовались. Завершение сеанса эмоционально-стрессовой гипнотерапии носило оптимистичный характер. Больным внушалось, что после проведенной процедуры они будут чувствовать себя хорошо физически и психологически, а также не будут испытывать потребность в алкоголе.

Некоторые суггестивные приемы, никогда не использовавшиеся за рубежом, повсеместно распространились в России. Из них следует особо выделить **процедуру кодирования** – метод лечения больных алкоголизмом, предложенный А.Р.Довженко. Свое название метод получил не сразу. В 1980 г. он был представлен на рассмотрение Комитета по делам изобретений и открытий просто как «способ лечения хронического алкоголизма А.Р.Довженко». В соответствии с описанием изобретения метод состоял в

выработке отрицательного условного рефлекса на алкоголь с помощью раздражения блуждающего и тройничного нервов, которое производится при механическом воздействии на точки Валле. Кроме того, использовалось орошение полости рта хлорэтилом.

Термин «кодирование» появился в методических рекомендациях с описанием метода А.Р.Довженко, которые выпустил в 1984 г. Харьковский НИИ неврологии и психиатрии. В рамках данного метода процедура кодирования лишь завершала курс лечения пациента. Перед кодированием проводилась беседа с группой больных алкоголизмом, во время которой на них оказывалось интенсивное психотерапевтическое воздействие, сходное с тем, которое использовал В.Е.Рожнов. Лишь затем проводилось собственно кодирование с описанными выше манипуляциями в виде надавливания на точки Валле и орошения полости рта хлорэтилом. Допускались и иные формы воздействия. Например, врач закрывал больному глаза ладонью и резко запрокидывает назад его голову. В тот момент, когда пациент испытывал болевые и иные неприятные ощущения, психотерапевт с пафосом произносил ключевую фразу о «закладывании в голову» больного специального кода, исключающего употребление алкоголя. Врач особо отмечал «срок действия кода», который мог варьировать от нескольких месяцев до нескольких лет и устанавливался в зависимости от желания пациента и прогноза заболевания. Больной предупреждался о возможных тяжелых последствиях для здоровья («вплоть до смертельного исхода»), которые могут возникнуть при нарушении в течение этого срока режима трезвости. Словесное внушение подкреплялось письменной распиской больного о том, что он предупрежден о возможных отрицательных последствиях для его здоровья и жизни в случае употребления алкоголя.

В настоящее время термином «кодирование» называется любая процедура, подразумевающая внушение установки на трезвость в течение определенного срока, в том числе и опосредованная психотерапия.

Чреспредметное (опосредованное) внушение отличается введением различных препаратов, действие которых запрещает употребление ПАВ.

Эффект подкрепляется суггестивными техниками с установление срока трезвости и распиской о соблюдении режима трезвости. При лечении алкоголизма используется *имплантация препаратов эспераль и процедура «Торпедо»*, при лечении наркомании – имплантация препарата *продетоксон и процедура введения препарата вивитрон*. Опосредованная психотерапия – самый востребованный из суггестивных методов в настоящее время, причем лечение им наркомании нашло применение лишь в последние годы. Проводится данный метод при завершении стационарного наркологического лечения и в амбулаторной практике.

Эффект кодирования очень сильно зависит способности психотерапевта интуитивно проникнуться чувствами и настроениями больных и их родственников, – теми качествами личности, которыми в полной мере обладал автор метода А.Р.Довженко. Не меньшее значение имеют также профессионализм и слаженность работы бригады, возглавляемой психотерапевтом. Члены бригады отбирают для своего руководителя пациентов с хорошей мотивацией в отношении воздержания от алкоголя и безграничной верой в возможности психотерапевта. Условием приема больных на лечение является предшествующее полное воздержание от ПАВ в течение нескольких недель. В этот период проводится серия контрольных обследований, лечение сопутствующих расстройств, разъяснение действия метода с учётом нарушений. Если знакомство с пациентом приводит психотерапевта к убеждению, что он настроен скептически к данной процедуре, то пациент исключается из группы пациентов, идущих на кодирование.

Следует отметить, что возможности применения любого разрекламированного суггестивного приема, включая кодирование, ограничены. Как только метод начинает использоваться в широких масштабах, да еще по упрощенной схеме, эффект от его применения падает. Это связано с накоплением в населении больных, подвергнувшихся без особого успеха данному лечению и распространяющих о нем негативную информацию.

Методы кодирования имеют неоднозначную действенность. С одной стороны, они позволяют быстро и достаточно эффективно укрепить установку на трезвость. С другой стороны, зачастую причины, вызывавшие эксцессы по злоупотреблению ПАВ, не учитываются и, соответственно, не устраняются. К отрицательным последствиям приводит ориентация больных и их родственников на чудесное исцеление, одномоментную процедуру. Не скорректированные проблемы могут подавляться и находиться в «замороженном» состоянии до времени окончания установленного срока воздержания или продолжают сохраняться, приводя к накоплению психического напряжения и «разрядку» через эмоциональные и соматоформные нарушения, «срывы» ремиссии. Применение данных методов позволяет добиваться отдельных тактических успехов, но снижает шансы на кардинальные положительные сдвиги в будущем, которые могли произойти благодаря изменению мировоззрения пациента и его образа жизни [26]. По мнению В.В. Макарова в стремлении многих пациентов воспользоваться суггестивными методами блокирования зависимости отражен общественный менталитет человека советского пространства, который настроен материалистически, привык ориентироваться на авторитарные принципы и ограничивать свое поведение в соответствии с теми или иными постулатами.

Эриксоновский гипноз и нейролингвистическое программирование (НЛП) – родственные психотерапевтические направления – позволяют в короткие сроки (приблизительно 10 сеансов) корректировать дезадаптивное поведения наркологических больных и добиваться устранения симптомов заболевания. Эриксоновская психотерапия более гибкая и менее директивная по сравнению с НЛП, в которой техники четко структурированы, а подход к пациенту сугубо патерналистский. Наркологические пациенты, обращающиеся за помощью к этим методам, обычно настроены на манипулирование теми их особенностями, с которыми самостоятельно они не в силах совладать. К тому же они зачастую хотят испытать измененное состояние сознания, предлагаемое в качестве одного из способов проведения терапии при эриксоновской психотерапии. Технический арсенал этих

методов весьма разнообразен: используются косвенные и прямые внушения, ассоциативные методики (истории, метафоры или задания, поиск приятных воспоминаний, работа с образами, символами, рисунками), приёмы гипноанализа, парадоксальные техники, рефрейминг и др. [14, 43].

Психотерапевт определяет основные проблемы пациента, намечает цели психотерапии и предлагает стратегию для их достижения. Сначала выявляются установки пациента, на которые он бы хотел опираться в жизни. Эти установки всячески укрепляются и расширяются за счёт повышения самооценки и уверенности в себе. Затем пациент, используя найденные в себе ресурсы и повысив адаптивные возможности, обучается справляться с симптомами заболевания. Слушая историю пациента, психотерапевт выбирает из его субъективного мира ключевые образы и сцены и предлагает различные варианты преобразования, один из которых выбирается самим пациентом.

На сеансах больные погружаются в позитивную и эмоционально спокойную атмосферу, служащую убежищем от стрессовых ситуаций. Работа с внутренними образами в таком состоянии дает возможность избавиться от излишнего напряжения, сосредоточиться на решении актуальных проблем и выстроить алгоритм их последовательного решения. При абсолютном доверии психотерапевту и ожидании исцеления, пациенты убеждаются в своих возможностях решать личные проблемы без употребления ПАВ.

Еще одной недирективной методикой, основанной на суггестии, является **аутогенная тренировка (АТ)**. С ее помощью достигаются примерно те же эффекты, что и с помощью гипнотерапии, но психотерапевт здесь не столько лечит своего пациента, сколько обучает его способам самостоятельно вызывать у себя необходимое состояние.

Обучение пациента приемам самовнушения предполагает, что в этот момент он будет находиться в бодрствующем состоянии. Поэтому врач не старается вызвать у него сонливость. Зато релаксационные эффекты – расслабление, покой, отрешенность от окружающего мира, тяжесть и тепло – должны обязательно достигаться. Иногда используется так называемая

органотренировка, предполагающая позитивное воздействие на те органы и системы, которые имеют наибольшую функциональную связь с психологическим состоянием человека. В настоящее время при лечении наркологических пациентов с помощью АТ редко применяется классическая методика И.Шульца. В ходу различные современные более гибкие модификации данного метода, которые хорошо известны широкому кругу врачей (Лобзин В.С., Решетников М.М., 1986 и др.).

После достижения релаксации используются специфические для наркологических больных формулы самовнушения, направленные на преодоление влечения к ПАВ. Поскольку обострение влечения к ПАВ часто бывает связано с давлением среды или расстройствами настроения, повторяемые фразы должны помогать в преодолении таких ситуаций и состояний. Формулы самовнушения при этом должны иметь позитивный характер: «спиртное мне безразлично», «устойчив к предложению выпить», «спокойно отношусь к неприятностям», «жизнь интересна без спиртного» и пр.

Основной задачей психотерапевта, проводящего аутогенную тренировку, является обучение пациентов способам правильного поведения при возникновении указанных состояний или ситуаций, создающих риск развития рецидива. АТ показана пациентам с повышенной тревожностью и астеническим личностным радикалом.

Аутогенная тренировка часто применяется не как самостоятельный метод, а как технический прием, дополняющий другие психотерапевтические методики. Например, релаксационное воздействие часто завершает групповую дискуссию или ситуационный тренинг. АТ в этом случае позволяет расслабить больных и купировать обостряющееся при интенсивном обсуждении темы ПАВ влечение к ним. Таким способом закрепляется полезный в будущем стереотип использования АТ для преодоления патологического влечения к ПАВ.

Аутогенная тренировка является лишь частным вариантом древней процедуры **медитации**, представляющей собой самоуглубление,

сосредоточение на своих ощущениях, уход в себя. Достижение такого рода состояний позволяет медитирующему субъекту лучше осознать свой внутренний мир, изменить отношение к себе и окружающим людям, а также улучшить функционирование различных систем организма. Медитационные приемы считаются важным составным элементом различных ритуалов как традиционных восточных религий (индуизм, дзен-буддизм), так и целого ряда сектантских течений, широко распространившихся в мире в последние десятилетия. Медитация позволяет оказывать чрезвычайно глубокое влияние (как позитивное, так и негативное) на психику верующих. Один из позитивных эффектов – преодоление имеющейся у некоторых из них потребности в психоактивных веществах. Принцип действия медитационных приемов в общем виде тот же, что и аутогенной тренировки.

Психоаналитические методы при лечении больных с наркологическими заболеваниями имеют существенные ограничения. Это обусловлено недостаточной способностью данного контингента пациентов опираться на собственные интеллектуальные ресурсы, низкой мотивацией на лечение и трудно коррегируемыми, «неудержимыми» в психотерапевтическом пространстве аффектами, возникающими у них при углублении анализа внутренних переживаний, которые приводят к прерыванию терапии. Долгое время считалось, что психоаналитическая техника вовсе не показана лицам с зависимостью от ПАВ. Однако накоплено достаточно большое количество исследовательских работ, позволяющих опровергнуть данное утверждение [5, 24, 33, 37, 53]. Применение психоаналитической техники лечения больных с тяжелыми личностными расстройствами, к которым относится значительная часть наркологических пациентов, наиболее подробно описана О. Кернбергом (1975, 2000). Разработанная им программа лечения предполагает использование методик **экспрессивной и поддерживающей психоаналитической психотерапии**, привлечение медицинских и социальных служб в решении проблем пациентов, выходящих за круг собственно психотерапевтических мероприятий, и продолжается как на стационарном, так и на амбулаторном

этапах. Психоаналитическая техника лечения больных с зависимостью от ПАВ имеет отличия от техники классического психоанализа. Эти отличия заключаются в менее интенсивном воздействии, позволяющем удерживать больных от быстрой и глубокой регрессии, ограниченном использовании интерпретаций и параллельно осуществляемых вмешательствах в социальную сферу, которые помогают построить необходимые рамки и структурировать внешнюю жизнь пациента. Целями экспрессивной психоаналитической психотерапии является реорганизация личности пациента посредством ослабления механизмов психологической защиты, а целью поддерживающей психотерапии – усиление защитных механизмов для повышения адаптационных возможностей. Первый вариант основывается на раскрытии глубинных психологических смыслов, инсайте и показан для пациентов с менее тяжелыми личностными нарушениями, а второй – на поддержке, обеспечении холдинга и применяется в лечении тех пациентов, которым не показана экспрессивная модальность (с антисоциальными и выраженными агрессивными тенденциями, крайней импульсивностью и с глубокими нарушениями объектных отношений). По мнению О. Кернберга если пациенту с зависимостью и сопутствующей личностной дисгармонией обеспечить в психотерапии адекватную возможность в контейнировании и контроле над эмоциями и поведением, то психоаналитическое лечение оказывается достаточно успешным.

В настоящее время рассмотрение вопросов о психотерапевтическом лечении лиц с зависимостью от ПАВ невозможно представить без анализа механизмов психологической защиты личности, сопротивления, трансфера – т.е. феноменов, которыми психоанализ обогатил психотерапевтическую практику. Термин отрицание, как один из вариантов психологической защиты, давно стал синонимом не критичности наркологических больных к своему заболеванию.

Существенным вкладом психоанализа в психотерапию различных зависимостей стали не только технические приемы, но и теоретические основы их формирования. Психодинамическая концепция позволяет

рассмотреть этиопатогенез алкоголизма и наркомании через призму нарушений раннего развития, что значительно расширяет понимание значения для личности тех или иных расстройств. Теория «структурного дефицита» объясняет неспособность лиц с зависимостью от ПАВ управлять аффектами и контролировать поведение изъёмом в структуре психике [47, 48, 51, 53]. Психоактивные вещества используются ими для компенсации, замещения дефекта, который возник вследствие неадекватного эмоционального взаимодействия со значимыми фигурами в детстве и последствия которого обнаруживаются во взрослом возрасте. Выделенные З. Фрейдом стадии психосексуального развития позволяют проследить связь травматических воздействий в детском возрасте с последующим формированием неадекватных наклонностей индивидуума [40]. Фиксация влечений на оральной стадии приводит к развитию пассивности, выраженной потребности в «прилипании» или «слиянии». Эти качества обычно сильно выражены у зависимых от ПАВ людей: они могут «прилипнуть» к бутылке, равно как и к супруге, матери или компании. Травма анального периода жизни характеризуется проявлением в чертах личности склонности к гиперответственности, доминированию, навязчивостям, стремлению удерживать ситуацию «под контролем», что в конечном итоге приводит к чрезмерному перенапряжению, которое можно ослабить лишь посредством приема ПАВ. Э. Эриксон утверждал, что определенная стадийность наблюдается и в более зрелые годы. Нерешенные проблемы предыдущих жизненных этапов затрудняют прохождение следующих и вызывают нарастание проблем по типу «снежного кома». Неотреагированные и некомпенсированные травматические переживания «удерживаются» в глубинных структурах психики, что способствует задержке развития некоторых сфер личности и заострению определенных личностных черт. «Сгладить» дисгармонию удастся за счёт употребления ПАВ.

В родительских семьях больных наркоманиями и алкоголизмом обнаруживается множество патогенных факторов: психические заболевания, деструктивность во взаимоотношениях, отсутствие атмосферы доверия и

защищенности и др. Родители не могут обеспечить адекватное удовлетворение потребностей ребенка, контакт между ними зачастую грубо нарушается. Это приводит к искажению восприятия образа значимых фигур и процесса интериоризации родительских требований и запретов. У лиц с зависимостью от ПАВ формируется недостаточно интегрированное супер-эго, что обусловлено недостатком последовательного воспитания и заботы в детстве, а во взрослом возрасте обнаруживается неспособностью следовать социальным нормам и регулировать поведение в соответствии с моральными принципами и ценностными ориентациями [24]. Интроецированные внутренние объекты родительских фигур оказываются расщепленными, поэтому отображения целостного образа другого человека у них не возникает и приводит к нарушениям в межличностных отношениях. Их контакты с окружающими отличаются конфликтностью, лишены гармонии и стабильности.

В теории объектных отношений эмоциональное развитие пациентов с зависимостью от ПАВ рассматривается как соответствующее уровню младенца, находящегося в симбиозе с матерью. Стремление привести свое состояние к сну посредством ПАВ чередуется с состоянием абстиненции, которое аналогично чувствам ребенка, оставшимся без матери и эмоциональной пищи. Отсутствие сепарации приводит к тому, что часть психических функций задерживает свое развитие, находится в зачаточном состоянии под властью архаичных потребностей.

Правила психодинамической психотерапии (высказывание спонтанных ассоциаций, нейтральность психотерапевта, постоянство времени и места проведения сеансов и др.) способствуют тому, что внутри- и межличностные нарушения постепенно начинают проявляться в психотерапевтическом пространстве. Восполняя дефицитарность нарушенных психических структур и корректируя неадекватные установки, отношения и идеи в соответствии с психоаналитической теорией и техникой, расстройства смягчаются и изживаются, психологическое состояние человека гармонизируется, одновременно уменьшается и потребность в ПАВ.

Гештальт-терапия, разработанная его автором Ф. Перлзом на основе психоанализа и гештальт-психологии, заняла самостоятельное место в ряду психотерапевтических методов. При лечении наркологических заболеваний этот метод широко применяется в нашей стране и за рубежом [27, 37]. В основе гештальт-терапии лежит, как известно, теория о связи психических расстройств с так называемыми незавершенными гештальтами – неудовлетворенными, неотреагированными потребностями, которые постепенно занимают в сознании пациента «незаконное» центральное место, отодвинув на периферию более значимые психические переживания. Применение данного метода позволяет пациенту осознать и нейтрализовать свои неудовлетворенные потребности (завершить гештальты), освободив таким образом психику для актуальных потребностей и переживаний.

По мнению Е.С.Меньшиковой (1990), при наркологических заболеваниях возникновение нарушений в цепочках потребностных циклов связано с защитными механизмами: дефлексией (избеганием эмоциональных переживаний), проекцией (переносом собственных отчужденных частей личности на окружающих), интроекцией (механическим усвоением стереотипов поведения окружающих) и ретрофлексией (совершение действий в отношении себя, первоначально адресованных другим людям). Указанные защитные механизмы поддерживают зависимость больного от ПАВ и являются способами прерывания контакта с психотерапевтом. Поэтому при проведении гештальт-терапии акцент следует делать на обучении больных способам прямого выражения своих эмоций, осознании своей ответственности за все происходящее в данный момент, а также на дистанцировании от чужого негативного опыта. Преодоление защитных механизмов дает пациенту возможность осознать свои способы прерывания контакта с психотерапевтом и с близкими людьми из социального окружения, а также получить большую степень свободы в реализации потребностей и желаний, отказавшись от употребления ПАВ.

Для достижения необходимых эффектов используются групповые занятия. Пациенты с нарочитой прямоотой выражают свои эмоции по

отношению друг к другу, экспериментируют со своей речью, жестикующей и другими невербальными формами общения. Наиболее популярными являются методики «диалог» и «пустой стул», когда больной вступает в дискуссию с самим собой. Диалог при этом отражает борьбу между различными сторонами (фрагментами) своей личности. Практикуется разыгрывание различных ролей, причем больным предлагается изобразить («примерить на себе») поведение и эмоции персонажа либо противоположного себе по личностным особенностям, либо того, на которого пациент проецирует собственные качества.

Показания к гештальт-терапии достаточно широки, единственным требованием является наличие мотивации к личностному развитию. Достоинствами данного метода, привлекающих лиц с зависимостью от ПАВ пройти курс психотерапии, являются наглядность и простота методик, возможность отреагировать «накопленные» эмоции в свободной игровой манере и научиться устанавливать и поддерживать оптимальные межличностные отношения.

К интегративным психотерапевтическим методам, применяемым в наркологии, относят терапию творческим самовыражением М.Е. Бурно и континуальную психотерапию Ю.В. Валентика. Данные методы были разработаны для лечения больных алкоголизмом.

Терапия творческим самовыражением – это комплекс различных методик и психотерапевтических мероприятий для людей с трудностями характера, склонных к алкоголизму и наркомании, через развитие художественного восприятия себя и окружающего мира. Данный вид терапии включает индивидуальные беседы, лечебные группы и конкретные методики, помогающие развить креативность. Сам автор о своем методе пишет: «это целебное преподавание людям с более или менее сложным переживанием своей неполноценности (дефензивностью) элементов психиатрии, характерологии, психотерапии, естествознания в разнообразном творческом самовыражении с целью помочь обрести свой, сообразный своей природе вхоженно-творческий, целительный путь-смысл в жизни».

Группы проводятся в камерной обстановке психотерапевтической гостиной. Участники занимаются написанием и разыгрыванием театральных постановок, рассуждают о живописи и сами рисуют, рассказывают о своем общении с природой, о литературе и науке, составляют различные коллекции, путешествуют. Нередко лечебная группа формируется и проводится как клуб трезвости, в котором люди могут поделиться и своими успехами в совладании с зависимостью от ПАВ. Психотерапевт поощряет развитие творческого воображения и любых способностей, которые замещают зависимость от ПАВ и компенсируют дефицит возможностей.

Психотерапевт помогает укрепить трезвенническую установку и развить творческую увлеченность, в том числе предлагая творческие домашние задания, поощряя ведение дневников и беседуя о том, как найти одухотворенность в повседневном.

Континуальная психотерапия представляет собой подход, основывающийся на принципе постоянной погруженности больного в процесс терапевтических изменений и подразумевающий использование различных методов в рамках основной стратегии. Подход состоит из континуума этапов, которые совпадают с этапами наркологического лечения в целом, и заключается в переводе больного от болезненного способа существования через терапевтическое изменение к нормативному. Перерывы и аритмичность, считал Ю.В. Валентик - автор континуального подхода, сводят на нет всю предшествующую психотерапевтическую работу. Этапы континуальной психотерапии: 1) фаза инициального контакта, диагностики и присоединения; 2) фаза воздействия на патологические процессы; 3) фаза воздействия на нормативно-компенсаторные процессы; 4) фаза реинтеграции и реабилитации.

Воздействуя на патологические процессы, психотерапевт применяет манипулятивные стратегии, создавая возможности для устранения симптомов болезни и высвобождая ресурсы личности для психотерапевтического развития. Развивающие техники направлены на здоровую часть личности,

активизацию ее ресурсов, мобилизацию компенсаторно-приспособительных процессов.

Пациенты обучаются распознавать проявления зависимости на различных уровнях: психобиологическом — как процессы "текущие во мне", внутри организма; психологическом — как процессы, составляющие "Я"; социально-психологическом — как процессы, в которых участвует мое "Я". Посредством эмоционального отреагирования, дезактуализации и дискредитации алкогольного «Я» на всех уровнях становится возможным признание болезни. Затем следует разотожествление и дистанцирование между нормативной и алкогольной субличностями пациента, нейтрализация патологических процессов функционирования больных, высвобождение нормативно-компенсаторных процессов и закрепление в позиции нормативного "Я". На завершающем этапе обсуждаются достигнутые изменения и решаются проблемы, связанных с реабилитацией пациентов.

Континуальная психотерапия проводится в рамках групповой психотерапии. Курс составляет 14 занятий продолжительностью не менее чем 2-2,5 часа каждое. Занятия проводятся ежедневно, в определенное время, включая выходные дни. Кроме того, создается мотивация на то, чтобы пациенты вели дневники, выполняли индивидуальные задания, изучали научно-популярную литературу по алкоголизму, самостоятельно собирались для обсуждения различных вопросов вне регламентированных занятий, участвовали в создании психотерапевтического сообщества в отделении, активно делились полученными знаниями, умениями и навыками с другими пациентами и родственниками.

Семейная психокоррекция в терапии наркологических заболеваний имеет большое значение, в ряде случаев — первостепенное. При её проведении может использоваться любой из перечисленных выше методов (Гузиков Б.М. с соавт., 1980; Эйдемиллер Т.Г., Юстицкий Т.Г., 1990; Москаленко В.Д., 2002; и др.). Лечебная программа выстраивается по схеме системной семейной психотерапии и опирается на теорию созависимости, в соответствии с которой признается, что все члены семьи связаны между

собой особой системой патологических связей, сопротивляющейся каким-либо попыткам её изменить.

На первом этапе психотерапии исследуются стереотипы взаимодействия в семье. Для их рассмотрения моделями могут служить описанные Э. Берном ролевые семейные игры, играя в которые люди демонстрируют поведение, несоответствующее их истинной натуре. Одним из типичных примеров является игра, в которой главными персонажами являются злоупотребляющий алкоголем муж и активно борющаяся с его пьянством жена. При таком варианте семейных отношений происходит перенос ответственности за пьянство мужа на жену и деформация всего жизненного уклада семьи. Члены семьи стремятся скрыть проблему от окружающих, что способствует накоплению напряжения и недовольства, которое периодически прорывается через скандалы и алкогольные эксцессы. Жена безуспешно пытается наладить контроль над поведением мужа, но неуклонно продолжает действовать в этом направлении. Она разрывается между чувствами вины и страха перед одиночеством (если сделает выбор оставить мужа), стремлением избавиться от гнетущего чувства ожидания рецидива и нарастающей неудовлетворенностью от личной жизни. Посвящая все свободное время попыткам совладать с пьянством мужа, жена перестает следить за собой, отдаляется от подруг, оставляет привычные интересы и увлечения. Кроме того, если у мужа возникает ремиссия, то это создает для неё новые проблемы, поскольку он начинает вмешиваться в решение различных семейных дел, проявляет скардность, придирчивость, педантизм и другие прежде скрытые качества.

Невидимая с первого взгляда выгода наличия проблемы зависимости, тем не менее, существует для каждого члена семьи. Для злоупотребляющего алкоголем мужа пьянство – это возможность дать выход накопившемуся гневу, а затем в беспомощном абстинентном состоянии получить заботу жены и вновь ощутить положительные эмоции симбиотических отношений (близость, растворение границ, схожесть, неразделимость чувств и интересов). Для стремящейся к лидерству жены

взять на себя все права принимать ответственные семейные решения – это возможность получить компенсацию за отвержение и длительное безуспешное ожидание внимания и заботы, которые могут проследиваться с детского возраста. Она также может испытывать удовлетворение от роли страдальцы, вызывающей у окружающих сочувствие.

Задачей психотерапевта при работе с так называемой созависимой семьей является восстановление ситуации, при которой ответственность за пьянство мужа переносится на него самого. При этом жене нужно помочь постепенно дистанцироваться от забот о муже, восстановить собственные интересы и увлечения и вообще научиться жить «своей» жизнью.

Возможен другой вариант, когда жена, подчиняясь деспотичному мужу, полностью теряет личностную автономию. Она становится своего рода придатком супругу. Работая с такой семьей, психотерапевт ставит перед собой непростые задачи – восстановить у жены чувство собственного достоинства и научиться придерживаться независимой линии поведения, а для мужа – выработать иные подходы к осуществлению своего руководства семьей. В данной ситуации злоупотребление ПАВ может наблюдаться как у мужа, так и у жены.

Иногда возможен вариант обоюдной зависимости от ПАВ. В таких случаях супруги периодически «выбирают» друг друга на роль «смотрящего», который временно становится ответственным за сохранение взаимоотношений и решение бытовых проблем.

В семьях больных с алкоголизмом и наркоманией часто можно обнаружить смещение ролей: ребенок «заменяет» матери ушедшего супруга или умершего предыдущего ребенка и постепенно угасает, играя «чужую» роль и не находя для себя адекватного жизненного пространства.

Выявление семейных стереотипов дает возможность психотерапевту увидеть структуру семейных взаимоотношений и наметить стратегические цели психотерапии. Для родственников и пациентов должны быть ясны перспективы изменений и выгоды, которые они могут получить от этого. Если они поймут, что, прикладывая усилия к укреплению семейных

взаимоотношений и нахождению компромисса, в итоге получают больше, чем имели, то вероятно смогут решиться на курс психотерапии. К сожалению, чаще родственники отказываются что-либо менять, опасаясь потерять в семье свои и без того шаткие позиции, а также не желая выходить из привычных уютных симбиотических отношений. В любом случае, наблюдая за тем, как семья проходит кризисные этапы в цикле семейных наркологических проблем, врач должен давать упреждающие рекомендации по тому, как справиться со стрессами в эти периоды.

Второй этап семейной психокоррекции заключается в выработке новых семейных правил общения. Вектор приложения усилий психотерапевта на данном этапе направлен от внешних условий к внутренним правилам и распорядкам в семье. Сначала всем членам семьи, желающим принять участие в лечении, предлагается соблюдать соглашение, определенное психотерапевтом. Требуется получить согласие на выполнение таких инструкций, как: 1) отказаться от принуждения; 2) выражать напрямую чувства, которые вызывает у них ситуация пьянства или злоупотребления наркотиками; 3) согласиться с тем планом совладания с зависимостью, который предлагает сам пациент, даже если этот план заведомо обречен на неуспех. Проработка данных инструкций обычно вызывает много эмоций со стороны всех членов семьи. Раскрытие истинных чувств, которое вызывает пьянство или злоупотребление наркотиками, со стороны значимых для пациента людей может оказаться неожиданно достаточным для того, чтобы привлечь его к сотрудничеству. Вскрываются также случаи потворствования и взаимных провокаций. Для того чтобы выработать совместный план действий, как правило, требуется несколько встреч. В случаях с более глубоким нарушением функционирования в семьях приходится сталкиваться с упорным нежеланием пациента прекращать употребление ПАВ. Тогда приходится соглашаться с тем планом, который предложил сам пациент («Я сам справлюсь без лечения, буду соблюдать меру»), а после его дискредитации вновь возобновлять разговор о более серьезных лечебных

мероприятиях. После того, как с острыми проблемами удастся справиться, возникает вопрос о том, на что ориентировать дальше.

На этапе формирования ремиссии и у самого пациента и у его родственников возникает радужная иллюзия о том, что проблема разрешена и они, как правило, не хотят углубляться в дальнейший анализ взаимоотношений. К сожалению, в этот момент они могут либо отказаться от продолжения терапии либо всячески способствуют замалчиванию и уходу от продуктивного взаимодействия. В таком случае процесс психотерапии возобновляется при актуализации прежней проблемы после рецидива.

Если договоренности о продолжении работы над взаимоотношениями сохраняются, то акцент усилий сосредотачивается на выработке внутренних правил общения и решения проблем. Для этого исследуется история семейных взаимоотношений в направлении от настоящего момента к моменту их первой встречи. Выясняются периоды семейных кризисов, их влияние на жизнь в семье и то, как справлялись с ними члены семьи. Выявленные пробелы могут заполняться новыми решениями или возобновляется прежнее взаимодействие, утраченное ранее.

Следует отметить, что в попытках совладать с острой проблемой зависимости на семейном уровне сначала целью является создание мотивации для обращения за лечением и объединение для этого всех членов семьи. В ремиссии цель иная – создать в семье адаптивные условия для дальнейшего развития и эффективного преодоления кризисов.

Наиболее часто используемыми моделями семейной психотерапии являются [32]:

- 1) Методика подкрепления желательного поведения со стороны ближайшего окружения и семейный тренинг (когнитивно-поведенческий подход).
- 2) Групповая психотерапия для родственников злоупотребляющих ПАВ пациентов, направленная на преодоление дезадаптивных копинг-стратегий и осуществление эмоциональной поддержки.

3) Семейная терапия супружеских пар в модальностях когнитивно-поведенческой терапии, транзактного анализа, гештальт-терапии, психоанализа.

Групповая психотерапия, по мнению многих специалистов, является одной из наиболее эффективных форм работы в наркологии (Гузиков Б.М. с соавт., 1980; Валентик Ю.В., 1988; Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., 1999; Батищев В.В., Негериш В.В., 2000, Дмитриева Т.Б. с соавт., 2004; и др.). В отношении лечения больных с зависимостью от ПАВ чаще говорят о **групповой интерперсональной психотерапии**. Данный метод основывается на психокоррекционной работе с несколькими пациентами в условиях «поля группового взаимодействия» (К.Левин, К.Роджерс, У.Шутц, Дж. Морено, Л. Фестингер), вектор влияния которого является движущей силой изменений в поведении и установках. Помещенные в такое «поле» пациенты с зависимостью не могут занять позицию игнорирования или отрицания проблемы злоупотребления ПАВ. На группе также невозможен формальный характер взаимоотношений. Вступая в эмоциональный контакт с другими больными, каждый участник группы актуализирует свои истинные переживания. Таким образом становится возможным преодолеть наиболее сложные в терапевтическом плане психологические защиты (отрицание, расщепление, обесценивание) и достигнуть рабочей фазы развития группового процесса, во время которой обсуждаются и разрешаются истинные проблемы пациентов, не заблокированные социальными условностями и масками, действием механизмов психологической защиты, неадекватным пониманием себя и своего места в жизни.

Для создания «поля группового взаимодействия» необходимо соблюдать ряд условий. Перед включением больных в группу с ними обсуждаются индивидуальные цели и задачи, объясняются правила, даются четкие ориентиры и рекомендации по поведению на группе для повышения мотивации. У большинства участников группы должна присутствовать мотивация на изменение образа жизни и интерес к психологическим методам лечения. В противном случае сформируется подгруппа с «отрицательным»

лидером во главе, которая будет тормозить и саботировать групповой процесс.

Во-вторых, эффективный групповой психотерапевтический процесс возможен при определенной позиции психотерапевтов (их, как правило, двое). Она называется «психотерапевтической нейтральностью» и подразумевает недирективную форму работы, при которой психотерапевт, оставаясь сам в тени, максимально активизирует дискуссию. Такая позиция основана на гуманистических принципах, обусловлена интересом к пациенту, участием и дружелюбием, лишена авторитарности и морализаторства, но не переходит в попустительское отношение. Также важен принцип невмешательства в личную жизнь пациентов. Создание «поля группового взаимодействия» предполагает, прежде всего, создание таких условий, при которых пациент, опираясь на поддержку других участников группы, сам сможет принять решение в отношении собственной жизни.

Несмотря на ограниченную распространенность групповой психотерапии в России, рядом отечественных специалистов дано описание ГП с учетом отечественной специфики условий, в которых она проводится (Гузиков Б.М. и др., 2000; Валентик Ю.В., 1988; 2002; Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., 1999; Батищев В.В., Негериш В.В., 2000; Игонин А.Л., 2000 и др.) Рекомендуемые данными авторами методики отличаются несколько более директивным стилем ведения психотерапевтом группы, чем это предполагалось классиками групповой психотерапии, более активным участием психотерапевта в дискуссиях и использованием структурированной программы занятий.

Структура психотерапевтической группы для лечения больных с зависимостью от ПАВ. Группы формируются с количеством участников от 4 до 10 человек (малые группы). При большем количестве не удастся охватить вниманием всех пациентов. Оптимальная продолжительность сеанса от 1 часа до 2-х (чаще 1,5 часа). Общение в группе целесообразно структурировать, например, выделяя 3 этапа. На первом этапе больные

рассказывают о своем состоянии и пожеланиях, представляясь по очереди (около 15 мин.) Затем основное время (1 час) используется для развития основной темы, волнующей большинство участников. На третьем этапе каждому участнику вновь предлагается высказать впечатления, которые они получили в процессе сеанса групповой психотерапии. Данный способ структурирования группового времени и пространства придает устойчивость групповой динамике и позволяет уделить внимание наиболее робким и нерешительным пациентам. Возможен и другой вариант: две части по 50 минут, разделенные 15-минутным перерывом. Во время первой части пациенты рассказывают о своих проблемах, а на второй части происходит обсуждение главной темы и подведение итогов.

Количество сеансов должно быть достаточным для того, чтобы пациенты смогли усвоить необходимые навыки и получить желаемый результат. Как правило, число занятий не должно быть меньше 20. При меньшем количестве сеансов участие в групповых сеансах необходимо подкреплять более активной индивидуальной работой. Во время цикла психотерапии наблюдается следующая групповая динамика: медленный переход от хаотического и конфронтационного общения к более целенаправленному и доброжелательному взаимодействию пациентов друг с другом и от него – к полной слаженности работы группы с возможностью обсуждения самых сложных и болезненных вопросов.

Ниже даны краткие сведения о приемах и эффектах, которые достигаются при проведении групповой интерперсональной психотерапии. Психотерапевт, работая с группой, пытается активизировать дискуссию с помощью *специально направленных вопросов*. Применительно к проблеме зависимости от ПАВ задаются вопросы, способствующие расширению диалога. Например, вопрос о том, имели ли пациенты опыт собственных попыток прекратить употребление ПАВ и чем эти попытки закончились, позволяет больным в разговоре выйти на тему способов совладания с зависимостью и лучше понять у себя наличие проявлений заболевания.

Психотерапевту приходится обычно активизировать обсуждение нарушений взаимоотношений больных с окружающими. Многие вопросы такого рода являются крайне болезненными для пациентов, поэтому приходится избегать прямых вопросов, которые касаются, например, компрометирующих их эпизодов неправильного поведения в семье или нарушений закона. Тем не менее, при дружеской атмосфере в группе с помощью различных косвенно поставленных вопросов часто удается «разговорить» пациентов и на эти темы, что является крайне необходимым для них же самих.

В рамках самораскрытия пациентов происходит *вербализация негативного опыта*. Наличие сочувствующей и близкой по духу аудитории позволяет больному выплеснуть накопленные за многие годы обиды и переживания. Для многих такая возможность выпадает впервые в жизни. Данный эффект сопровождается так называемой *десенситизацией*, под которой понимается «погашение» отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, положительными эмоциями, обусловленными сочувствием и поддержкой группы.

К важному результату, достигаемому с помощью группового воздействия, относится *коррекция сознания Я*. Именно нарушение самосознания, наряду с другими психологическими феноменами, поддерживает зависимость пациента от ПАВ. Представления наркологического больного о самом себе обычно резко расходятся с его пониманием идеала, к которому он должен стремиться. Пациент также не может правильно оценить впечатление, которое его поведение производит на окружающих. Дисгармония, несбалансированность разных сторон самосознания пациента отрицательным образом влияют на его душевное состояние. В состоянии опьянения возникает иллюзия гармонизации указанных представлений. По выходе же из этого состояния дисгармония в оценке своего Я ощущается особенно остро, что ведет к повторным приемам ПАВ и грубым нарушениям поведения.

Взаимодействуя с больными в группе, пациент получает возможность узнать (часто это происходит в первый раз) о том, как его реально оценивают люди, относящиеся к нему непредвзято. Если его представления о себе оказываются завышенными, больной получает болезненный, но полезный опыт, который сделает его более терпимым к окружающим. Кроме того, в этих случаях может произойти необходимая коррекция идеала, к которому стремится пациент. Подвергшись воздействию группы, он, скорее всего, поставит перед собой более реальные, соответствующие его возможностям жизненные цели. При склонности к пониженной самооценке поддержка группы необходима для укрепления самоуважения больного и его веры в свои силы.

Влияние группы на больного может происходить в форме *имитации*. Пациенты перенимают друг у друга наиболее конструктивные образцы поведения. Желательно включение в группу позитивно ориентированных в социальном плане пациентов, способных стать групповыми лидерами. Но особенно полезным является привлечение к групповым дискуссиям «бывших» наркологических больных, сообщающих о своем позитивном опыте преодоления зависимости от ПАВ.

Однако в группе необходимо и участие больных с отсутствием критики к своему заболеванию и дефектам поведения (при этом резко оппозиционных и агрессивных пациентов в группу включать не следует). Больные лучше осознают наличие у себя признаков зависимости от ПАВ и отклонений в поведении, если опровергнут или хотя бы выслушают аргументы таких пациентов, старающихся представить себя в лучшем свете, чем они есть на самом деле (*эффект психотерапевтического зеркала*). Некоторые специалисты допускают анонимное обсуждение в группе компрометирующих сведений об одном из участников группы, присутствующем на заседании.

Воздействие группы позволяет *преодолевать психологическую защиту (анозогнозию)*. При этом грубо деструктивные варианты психологической

защиты переходят в менее деструктивные, а в отдельных случаях – в конструктивные. В частности, отрицание наличия у себя проблемы зависимости от ПАВ во время групповой психотерапии может трансформироваться в рационализацию – признание наличия у себя такой зависимости, сопровождающееся попытками их рационального объяснения и переноса ответственности за злоупотребление ПАВ с себя на других людей или «объективные обстоятельства».

Длительное групповое взаимодействие, вызывающее изменение мировоззрения у пациента, может, например, привести к тому, что психологическая защита принимает форму компенсации (сублимации). В этом случае «бывший» наркологический больной не только полностью осознает наличие у себя в прошлом зависимости от ПАВ, но и компенсирует это развитием качеств, особо одобряемых обществом. Например, он становится активистом движения за отказ от употребления ПАВ или защитником интересов социально ущемленных людей.

Эффект имитации позволяет перенять у позитивных лидеров группы некоторые мировоззренческие позиции и навыки, позволяющие лучше адаптироваться в реальной жизни. Опыт дискуссий в ситуациях конфронтации с другими больными способствует выработке более конструктивных образцов поведения в реальных жизненных условиях. После прохождения тренинговых приемов в рамках ГП пациенты приобретают способность сдерживать свои эмоции в ответственных ситуациях.

Полноценный курс групповой психотерапии нередко влияет на отношение больных к жизни в целом. Они начинают относиться к складывающимся житейским ситуациям более реалистично. Создаются предпосылки для более полной реализации возможностей пациентов на производстве, а также в сфере интересов и увлечений. Приобретая опыт взаимодействия с людьми различных типов в группе, у них появляется больше возможностей урегулировать свои отношения с приятелями и знакомыми.

Литература

1. **Агибалова Т.В., Голощанов И.В., Рычкова О.В.** Комплаенс-психотерапия больных алкогольной зависимостью./ Наркология. - 2010. - №3. – С. 70-76.
2. **Баранова О. В.** Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом./ Дисс. ...канд мед. наук. – М., 2005. – 287 с.
3. **Батищев В.В., Негериш В.В.** Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – М.: РБФ НАН, 2000. – 182 с.
4. **Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н.** Психотерапия наркологических больных / Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. – М.: Медпрактика-М., 2002. – Т.2. – С.120-171.
5. **Белокрылов И.В.** Психотерапия./ В кн.: «Наркология. Национальное руководство» под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
6. **Бейдер Э., Пирсон П.** В поисках мифической пары. *Эволюционный подход к диагностике и психотерапии пар*/ пер. с англ. и ред. Н.А. Цветковой: учебное пособие. Второе издание стереотипное – М.: НОУ ВПО. Издательство Московского психолого-социального института, 2008. – 302 с.
7. **Бехтерев В. М.** Гипноз, внушение, телепатия. – М.: Мысль, 1994. – 364 с.
8. **Бурдин М.В.** Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии алкогольной зависимости в условиях анонимного амбулаторного лечения: Дисс. ...канд. мед. наук. – М., 2008. - 176 с.
9. **Бурно М.Е.** Алкоголизм. Терапия творческим самовыражением. – М.: Изд-во «Познавательная книга плюс», 2002. – 224 с.
10. **Валентик Ю.В.** Континуальная психотерапия больных алкоголизмом./ Дисс. ... докт. мед. наук. – М.,1993. – 350 с.
11. **Валентик Ю.В.** Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом. //Вопросы наркологии. – 1988. – С. 32—38.
12. **Валентик Ю.В.** Современные методы психотерапии больных алкоголизмом // Лекции по клинической наркологии. / Под ред. Н.Н.Иванца. – М., 1995.
13. **Варга А. Я., Драбкина Т. С.** Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
14. **Гордеев М. Н., Евтушенко В. Г.** Техники гипноза.- Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 244 с.
15. **Гузилов Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г.** Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. – М.: Минздрав СССР, 1980. – 30 с.

16. **Даренский И.Д.** Клинические ролевые игры и ролевой тренинг в наркологии. – М.: Компания Спутник+. – 2005. – 128 с.
17. **Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др.** Злоупотребление психоактивными веществами. – М.: МНЦ «Интеркоррекция», 2000. – 300 с.
18. **Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и др.** Злоупотребление психоактивными веществами: клинические и правовые аспекты. – М.: МНЦ «Инфокоррекция», 2004. – 317 с.
19. **Довженко А. Р.** Возвращаю вас к жизни. – Киев, 1986. – 17 с.
20. **Доморацкий В. А.** Краткосрочные методы психотерапии. – М.: Психотерапия, 2008. – 304 с.
21. **Игонин А.Л.** Об алкоголизме в диалогах. — М.: Медицина, 1989. — 176 с.
22. **Игонин А.Л., Клименко Т.В., Баранова ОВ. и др.** Психотерапия и реабилитация больных с различной степенью социальной дезадаптации./ Пособие для врачей. – М., 2009. – 38 с.
23. **Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А.** Алкоголизм, психотерапия: Руководство по психиатрии. – М.: Медицина, 1999. –Т.2. – С.300-302.
24. **Кернберг О.Ф.** Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 464 с.
25. **Лобзин В.С., Решетников М.М.** Аутогенная тренировка. – Л.: Медицина, 1986. – 279 с.
26. **Макаров В.В.** Психотерапия в наркологии. // Наркология. – 2002. – № 2. – С.37-41.
27. **Меньшикова Е.С.** Гештальт-терапия в наркологии.// Вопросы наркологии. – 1990. – № 4. – С.53-56.
28. **Меньшикова Е. С., Ерофеева В. Г.** Методика системной интервенции (как помочь тому, кто не хочет, чтобы ему помогали)./ Вопросы наркологии - 1989. №2.-С. 46-51.
29. **Минков Е.Г.** О поведенческом подходе в наркологии. //Вопросы наркологии. – 2008.- № 2. – С. 79-88.
30. **Небаракова Т.П., Зенченко Е.И.** Индивидуальная личностно-ориентированная рациональная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в стационаре: Методические рекомендации. – М.: Минздрав СССР, 1984. – 25 с.
31. **Павлов И.С.** Психотерапия в практике. – М., 2003. – 384 с.
32. **Парран Т.В., Лиенмен М.Р., Фаркас К.** Проблемы болезней зависимости в семье./ Вопросы наркологии. - №3. – 2007. – С. 78-88.
33. **Певницкий А.А.** О психоанализе при лечении алкоголиков. // Психотерапия. – 1912. – № 1. – С. 21-28.

34. **Рожнов В.Е., Шубина Н.К.** О некоторых особенностях психотерапии психопатических личностей, злоупотребляющих алкоголем // Проблемы алкоголизма. – М., 1970. – С.124-129.
35. **Сирота Н.А., Ялтонский В.М.** Копинг-поведение как проблема наркологии.// Вопросы наркологии.-1996. - №1 – С.76-82.
36. **Соловова Н.А.** Динамика личностных особенностей наркозависимых в процессе реабилитации. /Автореф. канд. псих. наук. – М., 2009. – 24 с.
37. **Сэбшин Э.** Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор. / В кн.: Психология и лечение зависимого поведения. / Под ред. С. Даулинга/ Пер. с англ. Р.Р. Муртазина – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – С. 13-27.
38. **Сименс Х.** Применение Гештальта при лечении пациентов от зависимостей.- В кн.: Гештальт-2002, М., 2002. – 47 с.
39. **Тузикова Ю.Б.** Героиновая наркомания, развившаяся на фоне акцентуаций и расстройств личности: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. – М., 2002. – 26 с.
40. **Шайдукова Л.К.** Психодинамические концепции «аддиктивных» личностей. / Психическое здоровье. – 2009. – № 10. – С. 71-76.
41. **Эйдемиллер Т.Г., Юстицкий Т.Г.** Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 189 с.
42. **Энтин Г.М., Крылов Е.Н.** Клиника и терапия алкогольных заболеваний. /Под ред. А.Г.Гофмана. – М., 1994. – Т.1.– 231 с.
43. **Эриксон М., Росси Э., Росси Ш.** Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения. – М.: “Класс”, 1999. – 352 с.
44. **Эриксон Э.** Детство и общество. – СПб., 2000. – 420 с.
45. **Miller W.R. and Rollnick S.** Motivational Interviewing. Second Edition. Preparing People For Change. New York: Guilford Press, 2002. – 428 p.
46. **Heather N.** Терапевтические подходы к алкогольным проблемам. - Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. – С. 105 – 139.
47. **Khantzian E.J., Wilson A.** Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering. /Hierarchical conceptions in psychoanalysis, ed. A. Wilson & J.E. Gedo. New York: Guilford Press. – 1993.
48. **Krystal J.H.** Assessing alexithymia integration and self-healing, ed. /H. Krystal. Hellisdale, NJ: Analytic Press. – 1988. – v.8. – p.286-310.
49. **O'Farrell T.J.** A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. In: O'Farrell T.J Treating alcohol problems : Marital and family interventions. - New York: Guilford Press. – 1993. - Pp. 78-114.
50. **Sisson R. W. & Azrin N.H.** Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers.//Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. -1986. -17(1). – Pp. 15-21.

51. **Wieder H., Kaplan E.** Drug use in adolescents. /The psychoanalytic study of the child. – 1969. – v.24. – p.399-431.
52. **Wolpe J.D., Lazarus A.A.** Behavioural therapy techniques. A guide to the treatment of Neuroses. - Oxford: Pergamon Press. – 1966.
53. **Wurmser L.** Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. /J. Amer. Psychoanal. Assn. – 1974. – v.22. – p.820-843.