

*Издание посвящено Российским психотерапевтам*

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

(Руководство для врачей-психотерапевтов)

*Под редакцией*

*Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской*

Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева  
2012

ББК 53.57  
Р30  
УДК 616.8-085.851

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ  
(Руководство для врачей-психотерапевтов)

Под редакцией: *Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской*

Заведующая редакцией: *Т.А. Девятова*

Дизайн и верстка: *Издательство «Скифия-принт», СПб, Ропшинская ул., 4*

**Клиническая психотерапия в наркологии (Руководство для врачей-психотерапевтов)** / под. ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской. — СПб: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2012. — 456 с.

Рецензент Евгений Михайлович Крупицкий, доктор мед. наук, профессор, рук. Лаборатории клинической психофармакологии аддиктивных расстройств Государственного мед. университета им. И.П. Павлова, рук. Отдела наркологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

В настоящем руководстве, подготовленном известными специалистами в области психотерапии и психотерапии в наркологии, с участием коллектива Клиники внебольничной психотерапии и реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, изложены современные представления о применении психотерапии в одной из сложнейших областей медицинской практики — наркологии. С позиции клинко-психотерапевтического подхода описаны этиопатогенетические механизмы зависимостей, мишени и этапы психотерапевтического воздействия, а также формы и методы психотерапии, применяющиеся в лечении и реабилитации болезней зависимости. Руководство предназначено для врачей-психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, врачей других специальностей, медицинских (клинических) психологов, социальных специалистов, работающих с наркологическими больными.

ISBN 978-5-94651-062-2

- © Издательство НИПНИ им. В.М. Бехтерева
- © Коллектив авторов, 2012 г.
- © Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический Институт им. В.М. Бехтерева, 2012 г.
- © Российская Психотерапевтическая Ассоциация (РПА), 2012 г.

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

# СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив издания . . . . .	5
Благодарности. . . . .	6
Предисловие. . . . .	8
<b>ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ. . . . .</b>	<b>13</b>
1.1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ . . . . .	14
1.2. Этиопатогенетические механизмы психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ . . . . .	29
1.3. Типология и причины нехимических зависимостей. . . . .	56
<b>ГЛАВА 2. КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ И ИХ ПСИХОТЕРАПИИ . . . . .</b>	<b>83</b>
2.1. Психотерапевтический взгляд на аддиктивное влечение. . . . .	84
2.2. Клинико-психотерапевтическая интерпретация взаимосвязи этиопатогенетических факторов болезней зависимости . . . . .	94
2.3. Клинико-психотерапевтический подход к психотерапии болезней зависимости . . . . .	99
2.4. Мишени психотерапии в наркологии . . . . .	114
2.5. Индивидуальная психотерапевтическая программа при лечении болезней зависимости . . . . .	128
2.6. Этапы и содержание психотерапевтических мероприятий в лечении наркологических пациентов. . . . .	134
<b>ГЛАВА 3. ПСИХОДИАГНОСТИКА В НАРКОЛОГИИ . . . . .</b>	<b>151</b>
3.1. Цели, задачи и методы психодиагностического исследования в наркологической практике . . . . .	152
3.2. Обзор наркологических диагностических инструментов: тест-опросники, клинико-психометрические шкалы и структурированные интервью. . . . .	155
3.3. Общие психодиагностические инструменты, применимые в наркологической клинике . . . . .	163
3.4. Психодиагностика в психотерапии пациентов с зависимостями . . . . .	175

Глава 4.	<b>МЕТОДЫ И ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ . . . . .</b>	<b>177</b>
4.1.	Особенности применения методов основных направлений психотерапии в лечении болезней зависимости . . . . .	178
4.2.	Специальные психотерапевтические методы, методики и техники, применяющиеся в наркологической практике . . . . .	203
4.3.	Основные формы психотерапии, используемые в наркологической практике . . . . .	286
ГЛАВА 5.	<b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ . . . . .</b>	<b>307</b>
5.1.	Психотерапия пациентов с алкогольной зависимостью . . . . .	309
5.2.	Психотерапия зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков) . . . . .	321
5.3.	Психотерапия пациентов с зависимостью от лекарственных препаратов . . . . .	329
5.4.	Лечение табачной зависимости . . . . .	331
5.5.	Особенности психотерапии нехимических зависимостей . . . . .	335
ГЛАВА 6.	<b>ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ . . . . .</b>	<b>339</b>
6.1.	Общие положения и характеристики современных психотерапевтически-ориентированных реабилитационных моделей в наркологии . . . . .	340
6.2.	Примеры психотерапевтически-ориентированных реабилитационных моделей в наркологии . . . . .	370
ГЛАВА 7.	<b>О ВНЕДРЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКУ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ . . . . .</b>	<b>407</b>
	Приложение 1. Пример индивидуальной психотерапевтической программы пациента В (Кировский областной наркологический диспансер) . . .	418
	Приложение 2. Типовые технологические карты лечебно-реабилитационной среды . . . . .	425
	Приложение 3. Карта клинико-психотерапевтической конференции . . . . .	430
	Список литературы . . . . .	433
	Информация об авторах руководства . . . . .	455

## АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ ИЗДАНИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

Р.К. Назыров

РЕДАКЦИЯ:

Р.К. Назыров, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковская

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Катков А.Л., Кулаков С.А., Ляшковская С.В., Назыров Р.К., Федоряка Д.А.

АВТОРЫ:

Арсеньева Вера Владимировна  
Бубнова Ирина Викторовна  
Громыко Дмитрий Иванович  
Еричев Александр Николаевич  
Зобнев Владимир Михайлович  
Катков Александр Лазаревич  
Кирилловых Вера Григорьевна  
Кулаков Сергей Александрович  
Ляшковская Светлана Владимировна  
Медведева Наталья Святославовна  
Назыров Равиль Каисович  
Павловский Илья Олегович  
Сазонов Валерий Яковлевич  
Титова Влада Викторовна  
Трусова Анна Владимировна  
Федоряка Денис Александрович

## БЛАГОДАРНОСТИ

Настоящее руководство было создано коллективом авторов, имеющих научные и практические разработки по психотерапии в области наркологии. При этом, значительную помощь в подготовке издания оказывали наши учителя, коллеги и соратники — специалисты в области психотерапии и специалисты в области наркологии. Они помогали нам, они внесли свой вклад на каждом этапе проекта — планирования издания, подготовки отдельных глав, выработки подхода к пониманию клинической психотерапии в наркологии, а также в оказании нам технической помощи. Авторский коллектив благодарит всех, кто принял участие в подготовке книги, которую Вы держите в руках.

Отдельно хотелось бы сказать персональные слова благодарности тем специалистам, без участия которых настоящее издание в той форме, в которой оно реализовано, не могло состояться в принципе. Авторский коллектив выражает огромную благодарность Учителю, заслуженному деятелю науки России, главе Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии, руководителю Клиники неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева, главному внештатному специалисту-эксперту по психотерапии Росздравнадзора, Почетному президенту Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА), доктору медицинских наук, профессору Борису Дмитриевичу Карвасарскому за всестороннюю поддержку проекта, методологическую и методическую помощь при написании настоящего руководства.

Это книга была бы невозможна без повседневной поддержки, бережного и настойчивого руководства авторским коллективом со стороны Директора Института им. В.М. Бехтерева, Председателя Российского общества психиатров (РОП), Президента Всемирной ассоциации динамической психиатрии, главного внештатного специалиста-эксперта по психиатрии Росздравнадзора, доктора медицинских наук, профессора Николая Григорьевича Незнанова и всей администрации Института им. В.М. Бехтерева.

За актуализацию общероссийской научной дискуссии о сути патологического аддиктивного влечения, позволившей переосмыслить психотерапевтическую работу с наркологическими больными, авторский коллектив благодарит Виктора Давыдовича Менделевича, заведующего кафедрой медицинской психологии и психотерапии Казанского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора.

Для нас очень ценна поддержка и помощь в формировании психотерапевтического взгляда на причины патологического аддиктивного влечения Виктора Викторовича Макарова, заведующего кафедрой психотерапии и сексологии Российской государственной медицинской академии, президента Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги, вице-президента Всемирного Совета по психотерапии, доктора медицинских наук, профессора (Москва); Татьяны Васильевны Агибаловой, руководителя отделения психотерапии и реабилитации Национального центра «Наркология», доктора медицинских наук, профессора (Москва); Юрия Павловича Сиволыпа, профессора кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, доктора медицинских наук, профессора (Москва).

Авторский коллектив лично благодарит профессора кафедры специальной психологии Санкт-Петербургского государственного университета, доктора медицинских наук, профессора Александра Юрьевича Егорова за содействие в углублении понима-

ния нехимических аддикций и доктора медицинских наук, профессора Олега Федоровича Ерышева за разработку современного подхода к противорецидивному лечению алкоголизма и определение места психотерапии при решении этой важной задачи, а также руководителя отделения внебольничной психиатрии Института им. В.М. Бехтерева, доктора медицинских наук, профессора Александра Петровича Коцюбинского за уточнения когнитивно-поведенческих аспектов психотерапии зависимостей, заведующего кафедрой психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, главного специалиста по психиатрии и наркологии Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, доктора медицинских наук, профессора Александра Генриховича Софронова за активную помощь в разработке и внедрение психотерапевтических программ лечения зависимостей, основанных на когнитивно-поведенческом подходе.

Настоящее руководство не смогло бы увидеть свет без коллектива Кировского областного наркологического диспансера, позволившего апробировать клинко-психотерапевтический подход в лечении больных с зависимостями в условиях региональной наркологической службы Кировской области. Большую помощь при написании настоящей книги авторам оказал и коллектив Отделения внебольничной психотерапии и реабилитации Института им. В.М. Бехтерева. Эта человеческая, психотерапевтическая, эмоциональная и техническая поддержка при подготовке настоящего издания была очень важна. Спасибо коллеги! Спасибо, Павел Дмитриевич Чернов, Илья Анатольевич Гриншпун, Татьяна Константиновна Яковлева, Светлана Александровна Прощенко, Светлана Васильевна Чаплыгина, Татьяна Владимировна Кузнецова! Спасибо всем, кто был с нами в этом проекте!

*Коллектив авторов*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее руководство является результатом усилий и коллективным трудом большой группы специалистов, профессионально занимающихся психотерапией и имеющих опыт клинического соприкосновения с наркологией. Это соприкосновение психотерапии с наркологией происходило в различных направлениях. В первую очередь, оно касалось применения психотерапии в наркологических учреждениях, а также проведение психотерапии для пациентов с различными формами зависимостей в условиях психотерапевтической практики. Авторы издания принимали участие в разработке и создании реабилитационных программ в наркологии с опорой на психотерапию, проведении научных исследований в области использования психотерапии в лечебных реабилитационных программах, а также проведении научно-внедренческих мероприятий на различных уровнях организации психотерапевтической и наркологической помощи.

Поскольку главной профессией специалистов, вошедших в авторский коллектив, является психотерапия, то работа над этим изданием позволила получить описание да настоящего времени не представленного в отечественной медицинской литературе системного клинически-ориентированного психотерапевтического взгляда на наркологическую практику и актуальные проблемы наркологического применения психотерапии. Существование этой «неизвестной наркологии» связано, в первую очередь, с тем, что традиционно к врачам-психотерапевтам, ведущим психотерапевтическую практику, регулярно обращаются пациенты с зависимостями (по нашим данным, доля пациентов с зависимостями составляет 10-12% в структуре психотерапевтического приема). Прежде всего, это те пациенты с наркологическими проблемами, которые в своей жизни никогда не обращались к наркологам, и те, кто обратился к психотерапевтам после оказания им наркологической помощи в государственных и частных наркологических центрах. Взгляд авторского коллектива в определенной мере может отличаться от классического видения наркологических проблем со стороны представителей «чистой наркологии». Это позволяет рассматривать проблемы помощи больным с зависимостям под другим ракурсом, что, в конечном счете, может оказаться полезным для их разрешения.

Опыт применения психотерапии в наркологии, несомненно, будет полезным и для самой психотерапии. В первую очередь, в связи с тем, что кризис психотерапии, спровоцированный реформированием отечественного здравоохранения, поставил важные задачи и вопросы перед формирующейся психотерапевтической наукой и существующей практикой. Главной задачей адаптации в новой прагматичной медицине, стремящейся превратиться в доказательную науку, является освоение психотерапией других клинических групп заболеваний, вслед за областями неврозов и неврозоподобных расстройств, освоенной психотерапией в первую очередь за счет усилий Санкт-Петербургской (Ленинградской) школы. И психотерапия, со своей стороны, делает эти мучительные шаги, постепенно превращаясь в клиническую дисциплину. В этом смысле данное руководство является первым опытом систематического описания психотерапевтических подходов в лечении пациентов на примере одной из клинических групп — зависимостей. Актуальность системного описания психотерапевтических подходов при работе с зависимыми в настоящее время значительно возросла в связи с происходящими значительными изменениями самой наркологической помощи, в том числе из-за ее переориентации на задачи профилактики и реабилитации, заявленные



в Стратегии государственной антинаркотической политики, сформулированные в известном Указе Президента Российской Федерации (№ 690 от 9 июня 2010 года).

Презентация достижений и возможностей психотерапии зависимых приобретает особую значимость также и в связи с неконтролируемым ростом, фактически имеющим характер эпидемии, химических и нехимических зависимостей, а также расширение их групп риска. Масштабные эпидемиологические исследования, проводимые в последние годы, в том числе на территории России и государств постсоветского пространства, показывают, что от 5 до 10% населения вовлечены в химическую зависимость, признаки нехимических зависимостей отмечаются у 1-3% населения, а адаптационные расстройства с признаками формирования зависимого поведения — у 6-12% населения. А если принимать во внимание факт почти обязательного формирования у членов семьи, где имеется родственник с клиникой зависимости, созависимых отношений, общий объем населения, вовлекаемого в эти социальные эпидемии, приближается к 12-28%.

Что касается традиционных медико-биологических подходов, фармако- и психофармакотерапии, а том числе детоксикации (для лиц с химической зависимостью), иных технологий, используемых в работе с традиционными для наркологии клиническими мишенями, то их роль на определенных этапах оказания специализированной помощи лицам с нехимическими и особенно с химическими зависимостями может быть весьма значительной. Однако в целом терапевтический потенциал подходов медико-биологического лечения ограничивается степенью их позитивного влияния на темпы редукции сопутствующих психопатологических проявлений. А это имеет лишь косвенное отношение к решению основной задачи наркотического лечения — преодоления зависимости и формирования индивидуальной устойчивости к вовлечению в зависимое поведение, и ни в коем случае не может считаться достаточным для решения проблемы лечения зависимостей по существу. В данной связи целесообразно рассматривать лишь степень «содействия» используемых медико-биологических технологий основному процессу патогенетического лечения, направленного на устранение психологических и психосоциальных механизмов зависимостей, а также формированию личностной устойчивости к влиянию социальной среды.

Вышеприведенные тезисы подтверждаются тем неоспоримым фактом, что эффективность программ медикаментозной терапии зависимых от ПАВ, определяемая в процентах достижения годовой ремиссии по окончании соответствующего лечебного курса, практически не отличается от показателя спонтанных ремиссий, происходящих в отсутствие какого бы то ни было лечения.

Из всего сказанного однозначно следует, что основной патогенетического наркотического лечения должна стать именно клиническая профессиональная психотерапия, представляющая ядро целостной системы специальных психосоциальных технологий лечения и реабилитации зависимостей.

В этом смысле важной миссией настоящего руководства является формирование нового ориентира в отношениях психотерапии и медицины на примере наркологии. Фактически являясь руководством по такому диалогу, настоящее издание должно поставить перед психотерапевтическим сообществом вопросы, возникающие по итогам опыта решения клинических задач в одной из сложнейших областей медицины, которая также переживает непростые времена в нашей стране.

Сама наркология при этом демонстрирует двойственное отношение к психотерапии. Подчеркивая раз за разом значение психотерапевтических методов, она концентрирует внимание на медико-биологических и фармакологических моделях лечения,

которые в настоящее время не могут иметь патогенетического обоснования для лечения наркологических больных. Значение психотерапии для наркологии подчеркивается и основными теоретическими концепциями аддикций и саморазрушающего поведения, а также доказанной ролью в их этиологии и патогенезе особенностей личностно-психологического функционирования человека, сознания и самосознания, смыслов и ценностей, аффектов и эмоций, стереотипов восприятия и поведения, других многочисленных психологических факторов, а также влияния семьи и ближайшего окружения. Эти психосоциальные факторы принципиально неустранимы без применения психотерапии, а игнорирование ее современных подходов способствует актуализации архаичных форм воздействия на психику, граничащих подчас с социальным манипулированием и наукообразно декорированным шаманством.

В связи с этим важной задачей становится обсуждение состояния, современных достижений и проблем психотерапии при лечении и реабилитации больных с зависимостями. Это позволяет проанализировать возможности внедрения современных моделей психотерапии и психотерапевтической среды в практику работы наркологических учреждений, а также создать подходы к разработке индивидуальных психотерапевтических программ для пациентов с различными формами зависимостей, в том числе сопряженными с другими психическими расстройствами, и к психотерапевтической поддержке их семейного окружения. Другим важным направлением совершенствования психотерапевтической помощи наркологическим больным является уточнение особенностей применения индивидуальной, семейной и групповой психотерапии, а также их эффективного сочетания в рамках индивидуальных программ наркологического лечения и реабилитации. Настоящее издание можно рассматривать в качестве попытки описания возможностей современной психотерапии в лечении и реабилитации болезней зависимости.

Профессиональная психотерапия, в том числе «необъявленная», и сегодня является обязательным компонентом всех известных лечебно-реабилитационных технологий, используемых в работе с зависимыми лицами и их ближайшим окружением. С уверенностью можно говорить о том, что удельный вес специальных психотерапевтических подходов, реализуемых в структуре профильных лечебно-реабилитационных и профилактических программ, постоянно возрастает.

При этом само применение психотерапии в лечении зависимостей имеет давнюю историю. История становления психотерапии в наркологической практике связана еще с использованием гипноза и лечебного внушения с целью отвращения злоупотребляющих спиртными напитками от очередного приема алкоголя французским психиатром Voisin (1885), женеvским врачом Ladame (1888), а также шведским специалистом Wetterstand (1888). В последние годы XIX века гипнотические техники лечения больных алкоголизмом использовали известные психиатры, такие как Forel, Hamelton, Osgood, Neilson, Verillian и другие. В России первые сообщения об успешной гипнотерапии больных алкоголизмом были сделаны Б.Н. Шани, А.Н. Успенским, Я.В. Рыбалко в 90-х годах XIX века. В начале XX века уже многие ученые, врачи-психиатры и интернисты занимались изучением и практическим применением гипноза и других методов психотерапии для лечения больных алкоголизмом — А.Л. Токарский, А.Л. Певницкий, Ф.Е. Рыбаков и другие. Особенно следует упомянуть методику коллективной психотерапии больных алкоголизмом В.М. Бехтерева, которую творчески развивали известные российские психиатры К.К. Спицын и Д.С. Озерецковский. Становление психотерапевтической методологии лечения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, отличной от гипнотерапии, происходило параллельно с развитием других

основных направлений психотерапии — психоаналитического, когнитивно-бихевиорального и экзистенциально-гуманистического. Трактовка происхождения зависимостей, методология и методика психотерапевтического вмешательства соответствовали системе взглядов на динамику развития и функционирования личности, созданных в рамках этих основных психотерапевтических концепций.

По данным многочисленных публикаций (всего нами было проанализировано свыше трех тысяч источников), можно утверждать, что в общем поле современной профессиональной психотерапии практически не существует направлений, методов, форм и подходов, которые бы не использовались для лечения и профилактики зависимых.

При этом в качестве наиболее успешных и часто цитируемых методов психотерапии зависимых, помимо уже обозначенной гипно-суггестивной терапии, называют такие как мотивационная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, проблемно-ориентированная психотерапия, мультимодальная психотерапия, транзактный анализ, телесно-ориентированная психотерапия, гештальт-психотерапия, арт- и изо-терапия, нейро-лингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, экзистенциальная психотерапия, методы психической саморегуляции, семейная психотерапия со всеми ее вариантами, духовно-ориентированная психотерапия и трансперсональная психотерапия. Каких-либо особых терапевтических предпочтений в отношении типов зависимостей (за исключением сравнительно более частого применения экспресс- и краткосрочных психотерапевтических методик при никотиновой и алкогольной зависимостях) проследить не удастся, что, по-видимому, следует интерпретировать как дефицит корректных лонгитюдных исследований по определению селективной эффективности используемых психотерапевтических подходов. При этом в последнее время большинство авторов отмечает необходимость комплексных психотерапевтических подходов как в лечении химической, так и нехимической зависимости. Однако разработка и внедрение в наркологическую практику научно-обоснованных моделей комплексного применения различных психотерапевтических инструментов в значительной мере затруднялась теоретической слабостью медицинской модели психотерапии. И, несмотря на то, что понимание ведущей роли психотерапии как системообразующего фактора процесса лечения и реабилитации зависимых прослеживается еще с конца 40-х годов, точные задачи и границы психотерапии в наркологии не определены до настоящего времени.

Таким образом, проблема лечения зависимостей является не только мощным стимулом, определяющим основной вектор развития современной психотерапии: от единичных попыток применения отдельных психотерапевтических методов и манипулятивной практики с размытыми границами и недоказанной эффективностью — к научно-обоснованному, структурированному и методически выверенным технологиям клинической психотерапии, охватывающим существенную часть нуждающихся, но также и беспрецедентным вызовом, адресованным к фундаментальным основам выживания и развития человека и общества в современном мире.

Вопрос в том, в какой степени профессиональное психотерапевтическое сообщество, современная психотерапевтическая наука и практика соответствуют этим требованиям новейшего времени. Надеемся, что некоторые ответы на эти непростые вопросы вдумчивый читатель найдет на страницах настоящего руководства.



# ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

- 1.1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ
- 1.2. Этиопатогенетические механизмы психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ
- 1.3. Типология и причины нехимических зависимостей

## 1.1. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

История потребления человеком психоактивных веществ (ПАВ) началась едва ли не одновременно с историей самого человечества. Длительное время использование ПАВ носило ритуальный, бытовой и медицинский характер. Начиная с XIX века, появились первые описания болезненных последствий злоупотребления различными ПАВ.

По данным Организации Объединенных наций в мире 210 миллионов человек потребляли незаконные наркотики хотя бы один раз в 2010 году (UNODC, World Drug Report 2012 (United Nations publication), Sales No. E.12.XI.1).

К наркотикам относятся ПАВ, вызывающие зависимость и запрещенные законодательством. В различных странах законодательство отличается, но, как правило, к наркотикам относят героин, кокаин, ЛСД и каннабиноиды. Прочие ПАВ, способные вызывать зависимость, относят к токсическим и другим веществам (летучие растворители, табак, кофеин).

По определению Л.П. Великановой (2008) наркоманией является заболевание, вызванное приемом с немедицинскими целями веществ, отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам и проявляющееся определенной клинической картиной. Токсикомания — заболевание, вызванное приемом с немедицинской целью веществ, не отнесенных законодательными актами к наркотическим средствам.

В зависимости от вызываемых психических эффектов ПАВ относятся к различным группам (Великанова Л.П. и др., 2008):

- седативные и успокаивающие вещества: опиоиды (кроме кодеина, который относится к классу опиатов с низким седативным эффектом), снотворные, транквилизаторы, алкоголь;
- стимулирующие вещества: кокаин, амфетамины, эфедрин;
- психоделические вещества: псилоцибин, мескалин, диэтиламид d-лизергиновой кислоты (ЛСД), метилendioксиметамфетамин («экстази») и др.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) рассматривает зависимости от ПАВ на синдромальном уровне в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ». Все формы зависимости относятся к разделу F1 и кодируются следующим образом: F10 — алкоголь, F11 — опиоиды, F12 — каннабиноиды, F13 — седативные и снотворные, F14 — кокаин, F15 — стимуляторы (включая кофеин), F16 — галлюциногены, F17 — табак, F18 — летучие растворители, F19 — сочетанное употребление наркотиков или других ПАВ.

Зависимость от ПАВ характеризуется клинической картиной, включающей наличие специфических синдромов (Пятницкая И.Н., 1994):

- синдром измененной реактивности;
- синдром психической зависимости;
- синдром физической зависимости;
- синдром последствий хронической интоксикации.

В рамках *синдрома измененной реактивности* выделяется *симптом изменения формы опьянения*. Изначально острая интоксикация (опьянение) представляет собой состояние, возникающее вследствие употребления ПАВ, которое приводит к расстройствам сознания, когнитивных функций, эмоций и поведения. Привлекательность интокси-

кации ПАВ определяется возникновением эйфории — позитивного эмоционального состояния, включающего ощущение счастья, блаженства, восторга. Особенности эйфории опьянения зависят от типа вещества. Хроническое потребление ПАВ приводит к снижению эйфоризирующего эффекта, что вынуждает потребителя повышать дозу. По мере развития зависимости прием вещества перестает давать желаемые позитивные эмоции и позволяет только лишь нормализовать психофизическое состояние больного.

*Утрата защитных реакций* начинает проявляться еще на стадии злоупотребления и усиливается в начальной стадии заболевания. Исчезновение тошноты, рвотного рефлекса, головокружения при хроническом потреблении алкоголя, опиоидов и летучих растворителей является признаком данного симптома.

*Повышение толерантности* характеризует адаптацию организма к действию ПАВ. Больной демонстрирует способность употреблять большие дозы вещества. На высоте заболевания формируется т.н. «плато толерантности», которое характеризует предел индивидуальной переносимости употребляемого вещества, которое клинически проявляется в стабилизации дозы употребления ПАВ. В дальнейшем, как правило, происходит снижение толерантности в связи с ослаблением защитных сил организма.

*Изменение формы потребления* наблюдается на начальном этапе заболевания, когда устанавливается ритм потребления ПАВ. В зависимости от типа вещества, форма потребления может быть постоянной — при опиоидной, табачной, иногда алкогольной зависимостях; запойной (псевдозапойной) — при стимуляторной и алкогольной зависимостях. Может отмечаться переход к другому наркотическому веществу в рамках одной зависимости (от марихуаны к гашишу, от героина к метадону), или от одного к другому типу ПАВ, обладающему большим аддиктивным потенциалом (от амфетамина к героину).

При *синдроме психической зависимости* выделяется *симптом навязчивого влечения*, который характеризуется наличием повседневных мыслей о ПАВ, готовностью активно обсуждать тему потребления данного вещества. Разговор на заданную тему повышает настроение, вызывает оживление больного. Возникающие различного рода препятствия в потреблении ПАВ вызывают у зависимого эмоциональный дискомфорт. Они часто демонстрируют неприятие к лицам, отрицательно относящимся к этим веществам. Навязчивое влечение доминирует на начальной стадии заболевания, но может проявляться на более поздних этапах. Так, в стадии ремиссии могут наблюдаться специфические сновидения (индикаторы навязчивого влечения), связанные с потреблением ПАВ.

*Симптом психического комфорта* означает, что в состоянии интоксикации больной испытывает улучшение психического состояния, у него повышается работоспособность, способность к упорядоченной деятельности. Вне потребления ПАВ отмечается снижение психической активности, эмоциональный дискомфорт, падение работоспособности.

*Синдром физической зависимости* представлен тремя компонентами в развернутой стадии заболевания. *Симптом компульсивного влечения* — выраженное патологическое состояние, при котором влечение к ПАВ доминирует над другими мотивами, мобилизует и направляет мыслительный процесс, аффективную сферу, поведение больного на поиск и прием искомого вещества. При обострении компульсивного патологического влечения другие жизненно важные мотивы утрачивают свое значение.

*Симптом физического комфорта в интоксикации* характеризуется исчезновением эйфоризирующего эффекта, а прием ПАВ оказывает тонизирующее воздействие на

организм. В таком состоянии к больному временно возвращается работоспособность, отмечается стабилизация соматического состояния.

*Абстинентный синдром* — совокупность психических, неврологических, сомато-вегетативных расстройств, которые проявляются в состоянии абстиненции. Наличие данного синдрома свидетельствует о глубоком болезненном изменении гомеостаза, требующего постоянного присутствия ПАВ в организме. Выраженность и скорость развития абстинентного синдрома варьирует в зависимости от типа потребляемого ПАВ. Психические нарушения могут быть представлены: тревогой, ажитацией, раздражительностью, гиперестезией, эмоциональной лабильностью, инсомнией. Частыми неврологическими симптомами являются: головные и мышечные боли, атаксия, судорожные припадки, тремор конечностей и т.д. Среди соматических симптомов преобладают: нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, утрата аппетита, расстройства желудочно-кишечного тракта и т.д. Устранение симптомов абстиненции приводит к улучшению психического и физического состояния больного.

*Синдром последствий хронической интоксикации* включает расстройства психики, возникающие в результате хронической интоксикации ПАВ. *Расстройства психической сферы* связаны с воздействием экзогенных токсинов на головной мозг. В процессе хронической интоксикации и в зависимости от типа токсического вещества у больного могут отмечаться по мере нарастания: изменение личности со снижением морально-этических характеристик (что связано с психопатологическими нарушениями), психопатоподобные расстройства, развитие психоорганического синдрома, приобретенная деменция.

В соответствии с теорией Л.С. Выготского (1960) приобщение личности к хронической интоксикации наркотиками или другими ПАВ является причиной определенных последовательных изменений личности, включающих фазы адаптации, индивидуализации и интеграции. По мере течения заболевания у индивида отмечается снижение психической активности, утрата интересов к привычным потребностям, регресс чувственной сферы. В первую очередь страдает социально значимая сторона жизнедеятельности. Трансформация личности на определенном этапе характеризуется обострением преморбидных личностных характеристик и особенностей. В дальнейшем развиваются психопатоподобные расстройства в виде нарастания аффективных реакций, утраты морально-этических норм, асоциального поведения, усиления интеллектуально-мнестических нарушений. Выраженность интеллектуально-мнестического дефекта зависит от течения заболевания. В период активного потребления ПАВ отмечается эксацербация симптоматики. Длительная ремиссия приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций, однако достигнуть полной нормализации в работе когнитивной сферы больного, как правило, не удается (Козлов А.А., Бузина Т.С., 1999).

Формирование «наркоманической» личности сопровождается снижением морально-этических норм. Деформация больной личности включает в себя: выраженный эгоизм, легкомысленность, лицемерие, грубость, распушенность, неустойчивость интересов, склонность к праздному образу жизни. Индивид утрачивает чувство дистанции, позволяя себе грубое поведение, пренебрежительное отношение к окружающим. Больной часто демонстрирует завышенную самооценку, чрезмерную уверенность в своих силах, бахвальство. Вместе с тем, проблемы с волевой сферой препятствуют адаптации больного к требованиям социального окружения, снижают способности преодоления многочисленных жизненных трудностей. Снижение морально-этических норм отражается в небрежности к своему внешнему виду, чистоте одежды, качеству пи-



тания, состоянию места проживания. У зависимых от ПАВ отмечается существенное понижение социального статуса: потеря профессиональных навыков и способности к обучению, равнодушие к традиционным семейным ценностям, материальная зависимость от родственников.

Длительное потребление токсических веществ приводит к уменьшению активности и инициативности, снижению трудоспособности. Нередко зависимые от ПАВ становятся иждивенцами в семье. Нарушение работоспособности связано с тотальным изменением функционирования психики больного. Полноценная деятельность возможна только после приема ПАВ. Состояние трезвости лишает больного трудоспособности, все его мысли и деяния часто направлены только на поиск и потребление ПАВ. Высокий уровень толерантности и кратности потребления препятствуют эффективно-му и систематическому труду. Развитие заболевания приводит к снижению профессионального уровня. Для работающих становится весьма сложным исполнение трудового режима, снижается качество выполняемых работ. Больные демонстрируют равнодушие к своим обязанностям, отсутствие интереса к результатам труда. Значительная часть зависимых утрачивает профессиональные навыки, обходится случайными заработками, часто не работает и не учится.

Потребление ПАВ негативно сказывается на семейном статусе больного. У состоящих в браке, как правило, наблюдается целый ряд нарушений в семейных отношениях: перманентные ссоры с членами семьи, неспособность проявлять заботу о близких, рентное отношение к родным, равнодушие и нежелание заниматься воспитанием детей. Хроническая наркотизация, неспособность выполнять семейные обязанности неизбежно приводят к конфликтным ситуациям с последующим распадом семьи. Наркотическая зависимость приводит к разрушению нормативных семейных отношений. Наркозависимые реже вступают в брак по сравнению со своими здоровыми сверстниками. Брачный союз оказывается непродолжительным, если другой супруг не потребляет наркотики. Наличие семьи у потребителей ПАВ встречается в 1,6 раза реже, а число разводов в 2,8 раза чаще, чем в обычной популяции населения (Гречаная Т.Б., Егоров В.Ф., Архипов И.А., 1993; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001).

По данным И.Н. Пятницкой (1994, 2008) некоторые больные могут создавать специфическую семейную пару, в основе которой лежит общий интерес — потребление наркотических веществ. Целесообразность проживания в такой «семье» продиктована возможностью безопасно осуществлять прием наркотиков, совместно добывать необходимые для этого средства, вести «наркоманический» образ жизни, неприемлемый в здоровой семье.

Часто отмечаемой проблемой в семье потребителей ПАВ является феномен созависимости. Созависимость представляет собой совокупность специфических характеристик родных наркозависимых, приобретенных в результате перманентных стрессовых ситуаций в семье из-за потребления больными ПАВ, что вынуждает родственников подстраиваться к существующим дисфункциональным семейным отношениям. Для созависимых родственников характерна низкая самооценка, которая связана с их чувствительностью к внешним оценкам и критике; чрезмерное стремление помогать другим, в том числе потребителям ПАВ. Проявляя излишнюю заботу, гиперопеку, принимая на себя ответственность за больных родственников в принятии решения по важным жизненным вопросам, созависимые на самом деле не решают проблемы потребителей ПАВ, а создают условия для дальнейшего продолжения аддиктивного поведения зависимых. В эмоциональной сфере созависимых отмечается преобладание негативных эмоций: страх, вина, тревога, раздражение, гнев. Постоянные стрес-

совые семейные ситуации вынуждают таких родственников специфическим образом адаптироваться к негативным эмоциям: у них повышается толерантность к чувствам и отмечается формирование алекситимии. Вместе с тем, для них характерно проявление отрицания к существующим проблемам, стремление избегать негативной оценки тяжелого положения дел. Созависимые часто живут иллюзорным восприятием жизни, позволяющим снизить состояние постоянного дистресса. Родственники вынуждены рационализировать, вытеснять, минимизировать происходящие в семье негативные события, связанные с потреблением ПАВ. Стремление компенсировать хронические проблемы семьи вынуждает созависимых проявлять гиперактивность в работе, чрезмерную опеку в отношении зависимых, что неизбежно приводит к истощению здоровья. У них развиваются различные психосоматические заболевания, приводящие, в свою очередь, к усугублению проблемы созависимости (Великанова Л.П. и др., 2008).

По мнению С.О. Мохначева (2001) наркотизация женщины часто приводит к тотальной и необратимой личностной трансформации, препятствующей становлению ее в роли матери. Деформация морально-этических норм является причиной сексуальной распущенности. Для женщин, зависимых от ПАВ, характерна беспорядочная сексуальная жизнь. Многие из них вынуждены заниматься проституцией, несмотря на ослабленное либидо. Они чаще, чем мужчины, меняют половых партнеров с целью заработка средств для приобретения наркотиков.

Довольно частым явлением у данной категории больных является асоциальное поведение, нарушение правовых норм. Выраженность и частота асоциальных поступков зависит от многочисленных факторов: преморбидных особенностей, условий воспитания, среды обитания и т.д. Склонность к асоциальному образу жизни приводит к сексуальной распущенности, конфликтам в семье и с ближайшим окружением, пропаганде «наркоманического» образа жизни, приобщению к наркотикам новых лиц, в том числе и родных.

Наличие наркотической зависимости является частой причиной различных правонарушений. Необходимость нелегального приобретения наркотических средств делает больного сопричастным к наркобизнесу. Недостаток собственных средств для приобретения наркотиков вынуждает наркозависимых заниматься распространением и хранением запрещенных ПАВ. Потребление больших доз требует немалых материальных средств, что заставляет больного совершать различные преступления, связанные с материальными ценностями. Девиантное и делинквентное поведение становится доминирующим, приводя наркопотребителей в криминальную среду.

И.Н. Пятницкая (1994) в своей работе сообщает, что аффективные нарушения характерны для всех форм зависимости и могут интенсивно проявляться в рамках психопатизации личности. Депрессивная симптоматика, тревога, апатия, астения отмечается при зависимости от любых видов ПАВ, но более ярко выражена и чаще отмечается у потребителей веществ седативного ряда и психоделиков. Раздражительность, дисфория, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, гиперестезия в большей мере присуща потребителям стимуляторов и летучих растворителей.

Психоорганический синдром развивается различными темпами и в известной мере зависит от типа ПАВ. Наибольшими темпами нарастание органической симптоматики отмечается при злоупотреблении снотворными (седативными) и летучими веществами. Немаловажное значение в скорости формирования психоорганического синдрома имеет наличие преморбидной патологии. Аффективные нарушения чаще представлены тревогой и депрессией, но в ряде случаев отмечается преобладание симптомов дисфории. У больных часто наблюдается беспокойство, а жалобы носят сенестопатичес-

кий характер. Мнестические нарушения представлены гипомнезией, амнезией, иногда конфабуляциями. Нередко выявляются нарушения концентрации внимания и высокая отвлекаемость. Мышление носит уплощенный характер и насыщено малозначимыми деталями. Скорость мыслительных процессов значительно снижена.

Деменция у зависимых от ПАВ характеризуется психической заторможенностью, потерей ранее полученных знаний, невозможностью приобретения новых навыков, безучастностью к происходящим событиям. При контакте больные крайне рассеяны, олигофазичны, малопродуктивны. У таких пациентов наблюдается низкая двигательная активность, нарушения координации движений. Некоторое оживление отмечается только при употреблении ПАВ. В интоксикации наблюдается активация психических процессов, готовность к общению и двигательная активность.

Хроническая интоксикация ПАВ может приводить к появлению различного рода психозов: делирий, галлюциноз, параноид. Психотические расстройства могут возникать на высоте интоксикации (галлюциногены, стимуляторы), а также в период абстинентного синдрома (алкоголь, снотворные).

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Алкогольное опьянение вызывает изменение психического состояния. При этом отмечается легкая эйфория, улучшение настроения, комфортное состояние. Мыслительный процесс становится легковесным и поверхностным, внимание рассеивается, координация движений нарушается.

Потребление больших доз спиртного, частое потребление алкоголя вплоть до ситуационных запоев, наличие социальных последствий алкоголизации не всегда дает основание для постановки диагноза алкогольной зависимости. В соответствии с МКБ-10 диагностическими критериями алкогольной зависимости являются симптомы нанесения ущерба непосредственно психическому и физическому здоровью.

У зависимых от алкоголя прием начальной дозы приводит к экстазациии патологического влечения и безудержному приему больших доз спиртного. По мере развития заболевания потребление алкоголя может трансформироваться от одиночных эксцессов к псевдозапойной (при которой запои могут продолжаться длительный период) или постоянной форме алкоголизации.

Употребление больших доз алкоголя приводит к резкому снижению концентрации внимания, нарушению когнитивных функций, неадекватному поведению. Отмечаются колебание фона настроения, возможны колебания эмоционального сферы от эйфории до апатии, дисфории или депрессивного состояния. При употреблении больших доз алкоголя у больных возникают нарушения памяти в виде палимпсеста или амнезии опьянения. Тяжелое опьянение может вызывать глубокое расстройство сознания: оглушение, сонор, кому (Великанова Л.П. и др., 2008).

Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены) формируется в течение 5-7 лет хронической алкоголизации. Синдром отмены возникает через 6-12 часов после последнего приема алкоголя. Психические расстройства представлены состоянием тревоги, беспокойства, напряжения, депрессивной симптоматикой, идеями самообвинения, эмоциональной лабильностью, астенией, расстройством сна. Больной может испытывать патологическое влечение к алкоголю. Из сомато-вегетативных нарушений наблюдаются повышенное артериальное давление, тахикардия, боли в области сердца,

озноб, потливость, диарея. Неврологические расстройства представлены головокружением, атаксией, судорожными припадками, тремором рук, век, языка. Продолжительность алкогольного абстинентного синдрома может достигать 3-7 дней. Осложнениями синдрома отмены являются психотические расстройства: делирий, галлюциноз, параноид, энцефалопатия. Длительное злоупотребление алкоголем неизбежно приводит к истощению организма, что на поздней стадии заболевания приводит к снижению толерантности, укорочению длительности запоев (истинные запои), преобладанию соматической симптоматики в абстинентном синдроме.

Злоупотребление алкоголем часто приводит к обострению личностных особенностей — акцентуаций. Акцентуация личности в виде астенического симптомокомплекса характеризуется повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, раздражительной слабостью с низким порогом возбудимости, аффективной лабильностью, выраженной гиперестезией, ипохондрическими жалобами, тревогой и субдепрессивным состоянием. Акцентуация личности по истерическому типу сопровождается выраженным стремлением обратить на себя внимание, театральностью, кокетством, декларацией своих часто мнимых успехов. У больных наблюдается неустойчивость интересов, строптивость, повышенная внушаемость. При дистимическом типе изменения личности отмечается неустойчивость эмоционального состояния, смена аффекта без видимых причин. Часто наблюдаемые субдепрессивные состояния могут манифестировать в реактивную депрессию аутохтонно или под влиянием внешних факторов. Шизоидный тип акцентуации личности при алкогольной зависимости проявляется в постепенном снижении общительности, скрытности, замкнутости, отсутствии эмоциональных привязанностей, а также эмоциональную холодность. Больной демонстрирует равнодушие к обычным человеческим ценностям, а увлечения носят, как правило, необычный характер. Возможен вариант обострения личностных особенностей по эксплозивному типу с преобладанием аффективной возбудимости, вспыльчивости, гневливости, дисфории, агрессивных реакций, наличием вязкости аффекта, дефекта волевой сферы и появлению кверулянтских тенденций. Синтонный тип акцентуации личности сопровождается неоправданно повышенным эмоциональным фоном, веселым настроением, позитивной оценкой себя и окружающего мира. Возможные отдельные проявления раздражительности и грубости не могут заслонить в целом благодушный фон настроения.

Длительная алкоголизация вызывает деградацию личности, которая характеризуется наличием аффективных расстройств, психопатоподобной симптоматикой, асоциальным поведением, интеллектуально-мнестическими нарушениями, снижением работоспособности и профессиональной пригодности, утратой критичности. Алкогольная деградация личности может протекать с преобладанием психопатоподобной симптоматики, включающей: раздражительность, гневливость, неустойчивость настроения, брутальное поведение в сочетании с агрессивными поступками, циничным и неуважительным отношением к окружающим. Больные демонстрируют равнодушие к интересам и заботам родных, часто совершают аморальные поступки, в алкогольном опьянении имеют склонность к выраженным аффективным реакциям, скандалам, оскорблениям. У части зависимых алкогольная деградация характеризуется наличием хронической эйфории с преобладанием состояния благодушия, комфорта, легкомыслия, отсутствием критичности к значимым проблемам, специфическим алкогольным юмором, демонстрацией поверхностных, легковесных суждений. Отсутствие критики к своему состоянию сочетается с неряшливостью, пренебрежением к правилам поведения, фамильярностью. Нарушения аффективной и волевой сферы приводят к угасанию интересов, снижению трудовой деятельности. Аспонтанная форма деградации

сопровождается выраженной пассивностью, астенизацией, безразличием к жизни. Нарушения мотивационной сферы характеризуются выраженным снижением потребностей, непритязательностью, отсутствием намерений. Больной демонстрирует рентные установки, а инициативность и предприимчивость наблюдается только в ситуациях, связанных с потреблением алкоголя.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

Опьянение опиоидами сопровождается эйфорией, ощущением комфорта и тепла, расслабленностью, безмятежностью. Внимание концентрируется на внутренних переживаниях, восприятие внешних раздражителей затруднено. В обычных случаях опьянение заканчивается наступлением сна. Абстинентный синдром у опиоидзависимых возникает через 8-10 часов после последнего потребления наркотика. Состояние характеризуется беспокойством, напряжением, резким обострением патологического влечения к наркотику. В дальнейшем развивается депрессивная симптоматика, дисфория, нарушение сна, боли в мышцах и суставах, озноб, диспепсические расстройства. При этом может наблюдаться психомоторное возбуждение, эмоциональная лабильность. В зависимости от вида наркотика и стажа потребления длительность абстинентного синдрома может длиться от 7 до 21 дня.

У потребителей опиоидов психические расстройства чаще представлены астеническим синдромом, который проявляется в виде повышенной утомляемости, пониженной работоспособности, гиперестезии, эмоциональной лабильности. Интеллектуальные способности сохраняются, но отмечается снижение скорости реакции и возникает необходимость дополнительных усилий для решения поставленных задач. Больные не способны к планомерному и монотонному труду, отмечается сужение круга интересов. Психоорганический синдром нарастает, как правило, постепенно. Долгий период времени больные демонстрируют сохранность интеллекта. Развитие психоорганического синдрома чаще проявляется психопатизацией по эксплозивному или истерическому варианту. В поведении отмечается брутальность, агрессивность, игнорирование социальных норм поведения. У опиоидзависимых отмечается выраженный эгоцентризм, высокий уровень лабильности аффекта, демонстративность и лживость, фамильярность в общении, использование нецензурной лексики.

В фазе активной наркотизации у пациентов наблюдается целый ряд нарушений в познавательной сфере (Ландо А.Н., 1989). Наиболее типичными отклонениями являются проблемы краткосрочной памяти. При этом больные испытывают значительные затруднения в концентрации внимания, что выражается в неспособности выполнения простых логических заданий, воспроизведении важной информации и актуальных событий личной жизни последних дней. Отмечаемые зрительно-пространственные нарушения характеризуются трудностями в воспроизведении по памяти, узнавании лиц и изображений, выявлении значимых отсутствующих деталей на изображенных предметах, определении дистанции, запоминании размещения предметов в пространстве, координации движений. Испытуемые проявляют трудности при переключении внимания, демонстрируя низкую подвижность нервной системы (быстрый переход от возбуждения к торможению и обратно), вязкость мышления. Личностные особенности представлены также эмоциональными нарушениями в виде психической эмоциональной лабильности, что проявляется выраженной аффективной реакцией под влиянием

даже незначительных событий. Выявляемая склонность к дисфорическим реакциям у опиоидзависимых может быть разной интенсивности, обращенной на самих себя или иметь неопределенный характер направленности. У большинства испытуемых отмеченные нарушения протекают по органическому типу. Вместе с тем, больные в стадии ремиссии могут показывать значительное улучшение своего состояния, что означает функциональный характер выявляемых у них когнитивных нарушений.

Аффективные расстройства больных опиоидной наркоманией сочетаются с другими психопатологическими симптомами и наиболее ярко выражены в абстинентный и постабстинентный период (Благов Л.Н., 1993; Великанова Л.П. и др., 2008). С течением заболевания эмоциональные нарушения формируются в виде специфического, характерного для наркозависимых симптомокомплекса. В период становления ремиссии наиболее часто наблюдается депрессивное состояние, которое развивается на фоне понижения волевой активности, вялости, слабости, анергии, высокой истощаемости. К симптомам депрессии часто присоединяется тревога, иногда достигающая состояния ажитации. Обострение тревожно-депрессивной симптоматики чаще отмечается в вечерние часы. В некоторых случаях больные жалуются на тоскливое настроение, но не достигающее крайних витальных значений. Типичным проявлением эмоциональных нарушений для больных с опиоидной зависимостью является дисфория, которая связана с обострением влечения к наркотику.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СНОТВОРНЫХ ИЛИ СЕДАТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Первичный эффект опьянения снотворными (барбитуратами) характеризуется состоянием повышенного комфорта, телесного наслаждения, проявлением доброжелательности. Далее возникает эмоциональная лабильность, заторможенность, нарушение внимания и мышления. Повышенная активность непродуктивна и хаотична. Больной активно говорит, но речь смазанная и невнятная. Возможны палимпсесты опьянения. В период синдрома отмены (максимальная выраженность на 2-3 день абстиненции) появляются беспокойство, подергивание мышц, тошнота и рвота, нарастающая вялость, бессонница, тремор конечностей, когнитивные нарушения. Патологическое влечение к наркотику на данном этапе сопровождается дисфорией, эмоциональной лабильностью, агрессивными тенденциями. Велика вероятность возникновения генерализованных припадков, а также развитие делириозного состояния или галлюцинаторно-бредового психоза. Органическое поражение головного мозга определяется ускоренным формированием энцефалопатии, которая объединяет психическое снижение и неврологические расстройства. В постабстинентный период психическое состояние характеризуется брадипсихией — тотальным снижением психических процессов. У больного отмечается гипомимичность, выражение лица приобретает маскообразный характер с пастозностью и серым оттенком кожи. Нарушения речи представлены дизартрией, скандированием, монотонностью. Выраженные затруднения возникают при необходимости ответить на вопросы. Пациент долго и мучительно подбирает нужные слова, часто ошибаясь в их значениях. Внешний вид отражает состояние апатии, психического истощения, сонливости. Часто наблюдаются замедленность в движениях, тремор рук, нарушение координации движений. Хроническое потребление барбитуратов в ряде случаев вызывает гипоманическое состояние с повышенной возбудимостью,

неугомонностью, болтливостью в сочетании с эпизодами раздражительности, тревоги, дисфории. При злоупотреблении снотворными отмечается резкое снижение активности, работоспособности, памяти. Больные не способны к длительному и интенсивному труду. Необходимость концентрации внимания требует огромных усилий. Интеллектуальные запросы больного снижаются, отмечается утрата интереса к познанию, равнодушие к окружающим. Характерологические нарушения связаны с выраженным эгоцентризмом, замкнутостью, склонностью к нарушению морально-этических норм. Больные перестают следить за своим внешним видом, выглядят неопрятно. Неврологические симптомы представлены неустойчивостью в позе Ромберга, мышечной гипотонией, оральными автоматизмами, атаксией, снижением поверхностных и глубоких рефлексов, тремором рук. Формирование барбитуровой наркомании в молодом возрасте приводит к ранней деменции.

Опьянение транквилизаторами вызывает состояние эйфории в сочетании с седацией, состоянием покоя, «волнами» тепла и легкости. Возникает позитивная оценка окружающего мира и доброжелательное отношение к тем, кто рядом. Абстинентный синдром возникает по истечении суток после последнего потребления седативных веществ. При этом отмечается тревога, напряжение, агитация, обострение патологического влечения к ПАВ. У больного могут наблюдаться клонические и тонические судороги, тремор, гипергидроз, расширение зрачков, утрата аппетита, инсомния. Иногда у зависимых развивается острый делириозный или галлюцинаторно-параноидный психоз. Последствия злоупотребления седативными средствами схожи с нарушениями, возникающими в результате потребления снотворных препаратов, но протекают более благоприятно. Нарушения эмоциональной сферы связаны с аффективной лабильностью, проявлением депрессивной симптоматики, гневливостью и раздражительностью. Больной испытывает значительные трудности в ситуациях, требующих концентрации внимания и сосредоточения, отмечается замедленность мыслительных процессов и скудность ассоциаций, возникают проблемы запоминания новой информации, а в дальнейшем наблюдаются нарушения памяти о прошедших событиях. Неврологические нарушения представлены кинестетическими расстройствами, неустойчивостью в позе Ромберга, проблемами аккомодации, повышением сухожильных рефлексов, а также тремором рук, век, языка.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СТИМУЛЯТОРОВ

Привлекательность стимуляторов (кокаин, амфетамин, метамфетамин, эфедрин, кофеин и др.) связана с эйфоризирующим воздействием данного вида наркотика, состоянием блаженства, ощущением прояснения сознания, бодрости и приливом сил. Больной в опьянении чрезвычайно активен, деятелен, испытывает потребность в общении, резко возрастает сексуальная активность. Абстинентный синдром развивается через 3-6 часов и представлен головными и мышечными болями, резким падением тонуса, появлением тремора, ознобом, зевотой. Больные испытывают психическое напряжение и дискомфорт, страхи, тревогу. В ряде случаев возможно развитие психических состояний. Острые интоксикационные психозы возникают в состоянии опьянения и могут быть представлены галлюцинозом или галлюцинаторно-параноидным синдромом (кокаин). Превалируют зрительные галлюцинации угрожающего характера, провоцирующие агрессивные поступки больных. На фоне синдрома отмены возможно

развитие делириозного состояния (амфетамин). Особенностью данного психотического состояния является резкое обострение чувственного восприятия, сопровождаемое выраженным напряжением и страхом. Длительный период после выхода из психоза у больных отмечаются депрессивная симптоматика, астения, подозрительность, тревога. В постабстинентный период через 2-3 недели вновь обостряется патологическое влечение к наркотику, приводящее к очередному циклу потребления стимуляторов.

Психические и поведенческие расстройства обусловлены формированием энцефалопатии. На первый план выходят апатия, вялость, астения, депрессивные состояния, раздражительность, дисфория, агрессивность. Психопатоподобные расстройства чаще представлены эксплозивной симптоматикой, гиперестезией, эмоциональной лабильностью. В ряде случаев обострение депрессивной симптоматики может инициировать суицидальные поступки. Отмечаются нарушения волевой сферы, инертность, безынициативность. Больной не в состоянии поддерживать активное внимание, запоминать новую информацию. Когнитивные способности резко снижаются. Мыслительный процесс замедлен, уплощен, вязок. Речь становится скудной, монотонной. Происходит снижение морально-этических норм. В поведении отмечается необязательность, лживость, холодность к близким, эгоцентризм. Больные легко бросают работу и учебу, проявляют склонность к девиантным и делинквентным поступкам.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ

Злоупотребление галлюциногенами (ЛСД — диэтиламин d-лизергиновой кислоты, псилоцибин, мескалин, PSP — фенциклидин) связано с желанием достигнуть психоделического эффекта, включающего эйфорию, нарушение восприятия и сознания, расстройство мышления. В результате воздействия галлюциногенов возникает тотальное изменение психических функций головного мозга. В фазе опьянения часто отмечается развитие делирия или онейроида. Больной видит яркие зрительные галлюцинации, слышит невероятные звуки, искажается восприятие красок. Утрачивается возможность отличать болезненные образы от реальных явлений. Возникающие зрительные и слуховые галлюцинации воспринимаются больными, как правило, восторженно, но иногда наблюдается негативная эмоциональная реакция. Длительность опьянения может продолжаться 3-12 часов. Абстинентный синдром проявляется расстройством сна, болями неясной локализации, выраженной апатией, астеническим синдромом, дисфорией. У больного отмечается гипомимичность, снижение активности, обеднение эмоций. По истечению постабстинентного периода (3-4 недели) наркозависимый вновь испытывает патологическое влечение к наркотику, определяющее его дальнейшее аддиктивное поведение. Длительное потребление галлюциногенов приводит к дезорганизации психической деятельности, мнестическим расстройствам, неспособности к абстрактному мышлению, утрате критики к своему состоянию, деменции. Движения зависимого становятся однообразными, медлительными. Лицо приобретает маскообразную форму. Для больного характерны заторможенность, вялость, симптомы депрессии, переходящая раздражительность, иногда злобно-тоскливое настроение. В некоторых случаях возможно развитие психозов. На высоте аффекта вероятен риск суицидальных мыслей и попыток. Отмечается потеря работоспособности, привязанности к родным и близким, интереса к привычным занятиям. Неврологические нарушения связаны с органическим поражением головного мозга: атаксия, гиперкинезы, нистагм, тремор и др.



## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕТУЧИХ РАСТВОРИТЕЛЕЙ

Летучими растворителями (ингалянтами) называют обширную группу органических летучих жидкостей и газов, которые преднамеренно вдыхаются для получения состояния эйфории. Особые свойства ингалянтов, обеспечивающие их широкое использование: низкая стоимость, отсутствие строгого учета (за исключением некоторых веществ), многообразие форм выпуска, наличие в составе многих коммерческих продуктов, отсутствие необходимости в специальном оборудовании или подготовке при использовании, быстрое наступление эффекта опьянения, короткая продолжительность действия, быстрое исчезновение признаков употребления, незначительное количество побочных эффектов.

Летучие растворители разделяют на три основные фармакологические группы: обычные летучие органические вещества (клеи, аэрозоли и растворители), летучие нитриты, газы для анестезии (закись азота).

Потребление летучих растворителей чаще присуще подросткам, не имеющим доступа к другим ПАВ. Начальная фаза опьянения (3-4 вдоха) характеризуется повышением настроения, ощущением радости и веселья, искажением восприятия окружающих предметов, сужением сознания, нарушением координации движений. При более продолжительной ингаляции (8-10 вдохов) возможно развитие психотических состояний. В большинстве случаев зрительные галлюцинации воспринимаются как псевдогаллюцинации. Подростки созерцают сценopodobные сюжеты, часто связанные с произошедшими ранее событиями (увиденными мультфильмами). Испытывая в фазе опьянения повышенную внушаемость, они могут взаимно индуцировать яркие зрительные образы. Слуховые галлюцинации выражены слабо и, как правило, представлены окриками, шумом, неясными звуками. Абстинентный синдром формируется через 4-6 месяцев при регулярном потреблении летучих растворителей, и проявляется на вторые сутки после последнего приема ПАВ. Признаками синдрома отмены являются субдепрессивные состояния с дисфорией, гневные реакции, головные боли. С этим связана склонность больных к конфликтам и агрессивность. Часто отмечаются тревога, беспокойство, суетливость, подозрительность. В дальнейшем возбуждение сменяется падением тонуса, апатией, вялостью психических процессов. Периодическое обострение патологического влечения приводит к очередному потреблению ПАВ. Длительное потребление ингалянтов приводит к выраженной эмоциональной лабильности, раздражительности, психической гиперестезии. В поведении чаще наблюдается импульсивность, перманентное недовольство окружающими, гневливость, склонность к агрессивным поступкам. Изменение личности чаще протекает по эксплозивному типу. С течением заболевания появляются симптомы апатии и астении. Интеллектуальные способности снижаются, отмечаются когнитивные и мнестические нарушения. В связи с этим подростки теряют интерес к учебе, способности к познаниям. По отношению к родным появляется холодность, равнодушие, потребительское отношение. Морально-этическое снижение проявляется в неуважительном отношении к взрослым, использовании нецензурной лексики, небрежности к внешнему виду и одежде. Потребление летучих растворителей приводит к формированию психоорганического синдрома. Широко представленная неврологическая симптоматика обусловлена токсической энцефалопатией.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ КАННАБИНОИДОВ

Интоксикация каннабиноидами сопровождается седативным, миорелаксирующим, стимулирующим и галлюциногенным (в больших дозах) эффектами. В опьянении больной испытывает приятное чувство расслабленности, комфорта, позитивное восприятие окружающего мира, что определяет болезненный интерес к данному виду ПАВ. Психические нарушения опьянения проявляются в искаженной оценке звуков, предметов, пространства. Ускорение мыслительного процесса приводит к скоротечным, непродуманным решениям и неоправданным поступкам. При дальнейшей интоксикации отмечается усиление дезинтеграции психических процессов в виде хаотичности мышления, ажитации, выраженной лабильности аффекта, повышенной внушаемости. Передозировка гашишем может вызывать делириозные, делириозно-онейроидные, сумеречные расстройства сознания. Абстинентный синдром формируется в течение 2-3 лет. Первые признаки синдрома отмены появляются через 4-5 часов после последней интоксикации. Больные испытывают слабость, вялость, беспокойство, дисфорию, озноб. В дальнейшем появляется сенестопатическая симптоматика с головными болями, проблемами дыхания, жалобами на нарушения в работе сердца. В эмоциональном состоянии преобладают симптомы астении, психической гиперестезии, обидчивости. Длительное потребление каннабиноидов вызывает психопатоподобные расстройства различного регистра. При эксплозивном варианте у больного отмечаются раздражительность, дисфория, вспыльчивость, склонность к агрессивным реакциям. У лиц с астеническим типом психопатизации преобладает раздражительная слабость, высокая истощаемость, низкая работоспособность. Для пациентов с апатическим характером личностных расстройств характерны пассивность, безразличие, утрата интересов. В поведении зависимых наблюдается равнодушие к родственникам, снижение трудовых навыков, безразличие к внешнему виду. Больные с легкостью совершают асоциальные действия: мелкое воровство, хулиганство, мошенничество, публичное сквернословие. Развитие органического поражения головного мозга в ряде случаев заканчивается деменцией.

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ТАБАКА

Интоксикация табаком характеризуется легким непродолжительным головокружением, которое сменяется ощущением бодрости. В состоянии никотинового опьянения снижается тревога, напряжение, возникает чувство психического равновесия и покоя, облегчается восприятие стрессовых ситуаций. Абстинентный синдром формируется в течение 6-12 месяцев регулярного потребления табака, и первые признаки синдрома отмены возникают через 2-3 часа после последнего употребления никотина. Больной испытывает тревогу, беспокойство, напряжение, психический дискомфорт, дисфорию. Отмечается снижение работоспособности, замедление интеллектуальной деятельности, влечение к табаку. Длительность абстинентного синдрома может составлять 3-7 дней. Переживание негативных эмоций приводит к обострению патологического влечения к никотину. Хроническое потребление табака вызывает неврозоподобную симптоматику. У больного отмечается раздражительность, падение работоспособности, снижение концентрации внимания, головные боли, повышенная утомляемость, уменьшение фи-

зической выносливости. Курение табака способствует возникновению целого ряда соматических и онкологических заболеваний. В известной мере могут страдать близкие потребители табака, являясь «пассивными курильщиками».

## ОБЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ

При сочетанном потреблении нескольких наркотических или психоактивных веществ может наблюдаться ряд особенностей клиники заболевания (Великанова Л.П. и др., 2008). Эффект интоксикации зависит от ритма потребления ПАВ:

- Больной использует принцип «качели». Первично, как правило, принимается стимулятор (кокаин, эфедрон, амфетамин) с соответствующими проявлениями опьянения данного вида наркотика. Последующий прием седативного ПАВ (опиоиды, алкоголь) снимает негативные проявления потребления стимулятора и не вызывает типичной симптоматики опьянения седативными ПАВ;
- Зависимый не получает желаемый эффект от принятого наркотика (опиоиды) и для достижения желаемого уровня опьянения добавляет другой ПАВ (алкоголь), тем самым усиливая состояние опьянения вплоть до состояния передозировки;
- При хроническом потреблении ПАВ возникает бессонница и больной начинает прием снотворных препаратов. Опьянение носит смешанный характер в зависимости от типа потребляемых ПАВ;
- Викарный (заместительный) вариант наркомании отмечается при недоступности первоначально потребляемого наркотика и больной принимает доступный тип наркотика или другие ПАВ. Особенности опьянения зависят от типа потребляемого ПАВ.

Абстинентный синдром при сочетанной зависимости от ПАВ характеризуется полиморфной симптоматикой. Наличие и выраженность тех или иных симптомов зависит от вида потребляемых ПАВ. При комбинированном потреблении опиоидов и других ПАВ в структуре абстинентного синдрома превалирует опиоидная симптоматика.

Наиболее тяжелые последствия от сочетанного потребления ПАВ возникают при одновременном потреблении опиоидов и эфедрона. Абстинентный синдром в таких случаях протекает наиболее тяжело с выраженными психопатологическими проявлениями. У больных быстро формируется психоорганический синдром с глубокими нарушениями аффективной и интеллектуально-мнестической сферы.

Формирование полинаркомании опиоидно-гашишного типа начинается, как правило, с потребления каннабиноидов и присоединением в дальнейшем опиоидов. Клиническая картина такой комбинированной зависимости отличается большей тяжестью по сравнению с монозависимостью от вышеуказанных ПАВ, а абстинентный и постабстинентный период носит затяжной характер с доминированием симптоматики астении, апатии, аутизма, социальной отгороженности.

Сочетанное потребление опиоидов и димедрола вызывает более выраженный седативный эффект в фазе эйфории. При данной форме сочетанной наркомании характерно быстрое нарастание абстинентной симптоматики с преобладанием аффективных расстройств (тревога, беспокойство, дисфория, раздражительность). В ряде случаев у больных развивается делириозное состояние. Основными нарушениями в постабстинентный период являются депрессивные состояния, апатия, проблемы сна.

Опиоидная наркомания, сочетанная с алкогольной зависимостью, может возникнуть в тех случаях, когда больной стремится за счет алкоголя достигнуть усиления эффекта наркотического опьянения или при попытках снятия остроты опиоидного абстинентного синдрома. В состоянии опийного абстинентного синдрома больной потребляет большие дозы крепкого алкоголя, позволяющие достигнуть облегчения психосоматического состояния и дремотного состояния. Таким образом, прием алкоголя помогает больному пережить негативную симптоматику синдрома отмены. В дальнейшем злоупотребление алкоголем часто носит викарный (заместительный) характер, если препараты опиоидного ряда по каким-то причинам недоступны к потреблению. Длительное сочетанное потребление указанных ПАВ приводит к эмоциональному снижению, падению работоспособности, ослаблению социального функционирования.

Формирование сочетанной зависимости от опиоидов и снотворных (барбитуратов) связано с попытками больного использовать снотворные средства в период опиоидного абстинентного синдрома с целью снижения ажитации, напряжения, аффективной симптоматики. Наиболее тяжелыми последствиями комбинированного потребления опиоидов и снотворных являются психозы (делирий, онейроиды), судорожные припадки, ускоренное развитие психоорганического синдрома с социальной деградацией.

## 1.2. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

### ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Современные взгляды на этиологию и патогенез алкоголизма и зависимостей от психоактивных веществ предполагают учет комплекса биологических, психологических и социальных факторов, в связи с чем эти расстройства в полной мере можно отнести к биопсихосоциальным заболеваниям. Для этой группы пациентов необходима разработка эффективных подходов и моделей психотерапевтического лечения, что возможно в рамках парадигмы клинической психотерапии. Такая необходимость обусловлена тем, что, несмотря на убедительные данные, определяющие роль значительного числа различных факторов, способствующих возникновению и развитию зависимостей, не наблюдается радикального повышения эффективности лечебных и реабилитационных программ. Алкоголизм и другие болезни зависимости рассматриваются в настоящее время как мультифакториальные заболевания, понимание причин возникновения которых рассматривается с учетом генетической предрасположенности и «подверженности». Подверженность отражает врожденную тенденцию к развитию болезни, восприимчивость или уязвимость, генетическую предрасположенность в сочетании со всей комбинацией внешних обстоятельств, которые обеспечивают «большую или меньшую вероятность развития заболевания». Подверженность отражает вероятность возникновения заболевания, которая детерминирована всей совокупностью внешне- и внутрисредовых факторов, определяющихся биологически, психологическими и социальными механизмами этиопатогенеза (Валентик Ю.В., 1995-2004).

Генетическому фактору в развитии химических зависимостей в настоящее время отводится значительная роль. Существуют данные, которые показывают, что алкоголизм имеет тенденцию проявляться у членов одной семьи. Дети больных алкоголизмом страдают алкогольной зависимостью в 4 раза чаще, чем дети неалкоголиков, даже в том случае, если они воспитывались не биологическими родителями, причем риск заболевания у сыновей алкоголиков выше, чем у дочерей (Москаленко В.Д., Шевцов А.В., 2000; Анохина И.П. и др., 2008).

Алкоголь взаимодействует с большим количеством нейротрансмиттеров (с серотонином, дофамином и ГАМК), а некоторые из продуктов его метаболизма способны связываться с опиатными рецепторами. Биологическая теория объясняет развитие физической зависимости к алкоголю поддержанием измененного гомеостаза за счет клеточной нейроадаптации к алкоголю (Шабанов П.Д., 2002).

Опиоиды осуществляют свое действие, связываясь со специфическими опиоидными рецепторами. Действие опиоидов растительного происхождения сходно с действием веществ, вырабатываемых человеческим организмом, так называемых эндорфи-

нов, которые участвуют в нейронной передаче и служат для подавления боли, влияют на эмоциональный фон («гормоны радости»). Поэтому психическая и физическая зависимость от опиоидов развивается достаточно быстро. Часто употреблению опиоидов способствуют социокультуральные факторы. Применение в прошлом других психоактивных веществ является фактором, предрасполагающим к злоупотреблению наркотиками. Важной проблемой является внутриутробное развитие наркомании: приблизительно три четверти детей, которые рождаются от матерей-наркоманок, обнаруживают абстинентный синдром (Каплан Г.И., 1998).

Выделяют отдельные психологические, психосоциальные, социокультурные факторы (культуральные, субкультуральные, микросоциальные), способствующие большему или меньшему распространению алкоголизма и других видов зависимостей от психоактивных веществ (Попов Ю.В., 1994; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002; Катков А.Л., 2010, 2011).

Наблюдающиеся в детстве психологические особенности, в частности неустойчивость внимания, гиперактивность и поведенческие расстройства повышают риск развития алкоголизма и других форм зависимости от психоактивных веществ, особенно в том случае, если кто-либо из родственников также страдает зависимостью. Расстройства личности, особенно патологическое развитие личности с антисоциальной направленностью, также являются предрасполагающим фактором, способствующим развитию злоупотребления психоактивными веществами (Егоров А.Ю., 2002).

Алкоголь и другие психоактивные вещества обладают выраженным свойством облегчать тревогу и влиять на другие эмоциональные проявления, что побуждает людей с низким порогом тревожности и недостаточностью защитных и копинг-механизмов прибегать к их употреблению. В соответствии с теорией научения, временное разрешение имеющихся конфликтных ситуаций и снижение тревоги вследствие употребления спиртных напитков или психоактивного вещества может являться побудительной причиной к продолжению алкоголизации или употребления психоактивного вещества. Изменение эмоционального состояния, возникающее при первых опытах соприкосновения с психоактивным веществом, является, таким образом, источником подкрепления при алкоголизме и зависимости от ПАВ (Сирота Н.А., Ялтонский и др., 2001).

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА

Считается, что нейрохимической основой феномена зависимости от психоактивных веществ является хроническая дисфункция дофаминовой нейротрансмиттерной системы мозга, в первую очередь затрагивающая систему подкрепления. Существование единого центрального патофизиологического механизма становления и поддержания зависимости на уровне системы подкрепления детерминировано генетически. И, что очень важно, по-видимому, этот процесс не зависит от конкретного вида психоактивного вещества, обеспечивает глубокие нейрохимические изменения у будущего больного еще до встречи с объектом зависимости и определяет биологическую базу собственно предрасположенности (Анохина И.П. и др., 2008).

Генетическая предрасположенность является одной из важнейшей биологических причин формирования алкоголизма. В формировании наркоманий и других вариантов зависимости от психоактивных веществ генетическая предрасположенность также играет значительную роль (Федоров А.Г., 2006).

Выделены генетические маркеры предрасположенности к алкоголизму. Один из таких маркеров — это активность фермента дофаминбетагидроксилазы, который участвует в превращении дофамина в норадреналин. У людей с высоким биологическим риском имеется генетически обусловленная очень низкая активность этого фермента. И, наоборот, у лиц с низким биологическим риском активность фермента очень высокая (Николаева В.В., 2010).

Исследования показали, что основной вклад в предрасположенность к алкоголю детей вносит отец. Дети, рожденные от отцов, зависимых от алкоголя, в 4-6 раз чаще заболевают алкоголизмом, чем дети, рожденные от здоровых родителей. У детей от отцов, зависимых от алкоголя, было обнаружено чрезвычайное расширение спектра общей активности MAO (моноаминоксидазы) — фермента, участвующего в метаболизме дофамина. У таких детей MAO появляется в плазме клетки (в норме — только в митохондриях), а также метаболизирует те амины, на которые она в норме не влияет. Прием алкоголя нормализует активность MAO, что может служить причиной формирования алкоголизма (Короленко Ц.П., Завьялов В.Ю., 1988).

Нейрофизиологическими механизмами формирования зависимости от психоактивных веществ считаются эмоционально-позитивные реакции, возникающие в ответ на химическое действие наркотика на стволовой отдел мозга, называемый «системой подкрепления». Эта система функционирует при участии нейромедиаторов из группы катехоламинов и, в первую очередь, дофамина (Анохина И.П., 2002).

Теоретические построения относительно значения медиации нервного импульса имеют конкретное практическое значение, прежде всего в области создания лекарственных средств. Развивается новое направление фармакологии — фармакология веществ, действующих в области синаптических окончаний («синаптотропные вещества»). Однако с развитием учения о нейромедиации стало очевидным, что селективность действия синаптотропных веществ условна, поскольку в реализации механизма действия того или иного препарата, как правило, участвует не только один тип рецепторов. В организме сосуществуют механизмы, усиливающие, дублирующие или ослабляющие какие-либо физиологические эффекты. Это обеспечивает надежность и защищенность организма (Колла Г., Сироткин С.Ф. и др., 2005).

Медиация, или химический механизм передачи нервного импульса от нервного окончания на другую клетку к настоящему времени достаточно хорошо исследована. Сформировались устойчивые представления о медиаторах как об эндогенных субстанциях, выполняющих функцию химического посредника в процессе передачи нервного импульса от нейрона к другой клетке. Такую функцию выполняют ацетилхолин, норадреналин, адреналин, дофамин, серотонин, гистамин, аминокислоты (ГАМК), глутаминовая кислота, аспарагиновая кислота, глицин, субстанция P и некоторые другие вещества, в том числе пептиды. Сам процесс медиации сложен и включает следующие звенья: 1) выделение медиатора из пресинаптического депо в синаптическую щель; 2) прохождение его по синаптической щели; 3) взаимодействие с рецептором постсинаптической мембраны. Кроме того, важны такие механизмы как обратное поглощение медиатора из синаптической щели, взаимодействие его с ферментами, катаболизирующими транмиттер, механизмы синтеза, аксонального транспорта, депонирования и лабильзации в пресинаптическом депо (Дзеружинская Н.А., 2000).

Классическими медиаторами являются несколько групп веществ, одна из них относится к аминам (адреналин, норадреналин, дофамин, серотонин, гистамин), другая — к аминокислотам (ГАМК, глутаминовая и аспарагиновая кислоты, глицин). Третью группу составляют пуриновые нуклеотиды. Нейропептиды составляют четвертую

группу медиаторов, или скорее, нейромодуляторов, поскольку они регулируют действие других медиаторов (Зефириов А.Л., Черанов С.Ю. и др. 2003).

В последние годы расширились представления и о химической медиации сигналов в нервной системе. В системах с «химическим» адресом специфичность передачи сигнала обусловлена не локальной анатомической связью пре- и постсинаптической структуры, а наличием специализированных рецепторов к данному медиатору только на клетках-мишенях, причем такой тип передачи сигнала может быть медленным, диффузным. Именно в передаче такого типа участвуют многие нейропептиды с некоторыми классическими нейромедиаторами, в частности моноаминами, которые тоже могут высвобождаться дистантно по отношению к клетке-мишени (Шабанов П.Д., 2002).

Таким образом, медиаторные вещества условно можно разделить на две большие группы: нейромедиаторы, которые осуществляют передачу сигнала в синапсе, и нейромодуляторы, которые регулируют передачу сигнала (Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000).

По предложенному определению, нейромедиатор — это вещество, которое синтезируется в нейроне, содержится в пресинаптических окончаниях, высвобождается в синаптическую щель в ответ на нервный импульс и действует на специализированные рецепторные участки постсинаптической клетки, вызывая изменения мембранного потенциала и/или метаболизма клетки (Джеружинская Н.А., 2000; Иванец Н.Н., 2002).

Отличительными характеристиками нейромодуляторов, согласно исследованию М.А. Каменской (1996), являются: 1) не обладая самостоятельным физиологическим действием, нейромодуляторы модифицируют эффект нейромедиаторов; 2) действие нейромодуляторов имеет медленное развитие и большую продолжительность; 3) нейромодуляторы могут освобождаться не только из синапсов, но, например, из глии; 4) действие нейромодуляторов не сопряжено во времени с эффектом нейромедиатора и не обязательно инициируется нервными импульсами; 5) мишенью нейромодуляторов может быть не только постсинаптическая мембрана и не только мембранные рецепторы; 6) нейромодулятор действует на разные участки нейронов, причем его действие может быть и внутриклеточным.

В отличие от нейромедиаторов, вызывающих кратковременные изменения синаптических процессов, модулирующее воздействие пептидных регуляторов проявляется как длительно текущее детерминирование уровней нейрональной возбудимости. За счет своего экстрасинаптического высвобождения пептидные регуляторы могут осуществлять более широкие связи и, помимо регуляции собственно синаптических процессов, модулировать поступление сенсорной информации на разных уровнях афферентных систем, изменять уровень бодрствования, эффективность подкрепляющих систем, регулировать аффективные состояния и процессы обучения и консолидации памяти (Шабанов П.Д., 2002).

Этанол — небольшая амфифильная органическая молекула без изомерных атомов углерода. Отсутствие изомерии и малые размеры молекулы снижают вероятность того, что этанол активирует специфические молекулярные мишени. Амфифильность этанола позволяет ему растворяться в воде и жирах и, таким образом, взаимодействовать с липидами мембран нервных клеток. Специфические белки — рецепторы, ионные каналы, ферменты неодинаково чувствительны к этанолу. Нарушение этих белковых систем является причиной интоксикации этанолом (Зефириов А.Л., Черанов С.Ю. и др. 2003).



Наиболее изученным рецептивным элементом является рецептор аминокислотной кислоты (ГАМК) — хлорный канал. ГАМК является основным тормозным нейромедиатором в ЦНС, который вызывает аллостерическое изменение ГАМК-рецептора после связывания. Это изменение индуцирует повышенное выделение хлорида, который гиперполяризует клетки. Эффективность бензодиазепинов и барбитуратов при лечении синдрома отмены алкоголизма предполагает, что алкоголь может перекрестно реагировать с ГАМК-чувствительными рецепторами (Юшков В.В., Макарова В.Г., 2004).

Согласно психогенетической теории алкоголизма (Блум Ф. и др., 1988), выделяется три типа алкогольного поведения: 1) с преобладанием факторов генетической предрасположенности; 2) провоцируемое стрессовыми ситуациями; 3) связанное с токсическим действием алкоголя. Приводятся следующие генетические нарушения, связанные с алкоголизмом.

1. Алкоген — ген, ответственный за развитие алкоголизма. Выявлена тесная связь между A1-аллелью дофамина 2-рецепторного (D2DP) гена и тяжелым алкоголизмом. A1-аллель связана с общим уменьшением количества D2-рецепторов. Низкое количество D2-рецепторов коррелирует с числом поступков, связанных с получением удовольствия. В1-аллель также связана с развитием тяжелого алкоголизма.
2. Дефицит серотонина. Более низкое соотношение в крови триптофана (предшественник серотонина) к другим аминокислотам чаще встречается в случаях семейного, рано начинающегося алкоголизма, чем в случаях ненаследственного, поздно начинающегося алкоголизма. Серотониновой теорией объясняется также двухфазный эффект алкоголя, связанный с первоначальным увеличением, а затем подавлением серотонинергической активности. Ингибиторы обратного захвата серотонина, эффективные при лечении алкоголизма, также свидетельствуют в пользу серотониновой теории алкоголизма.
3. Недостаточная способность мозга алкоголиков окислять альдегиды объясняет больший токсикоз у них, нежели у тех, кто не склонен к злоупотреблению спиртным.

И.П. Анохина (2002) предлагает следующий патогенез развития алкоголизма.

1. Длительный прием алкоголя (наркотика) вызывает истощение запасов нейромедиатора (дофамина) — употребление алкоголя компенсирует дефицит — возникает клиническая картина психической зависимости.
2. Происходит срыв компенсации нейромедиаторов на фоне усиленного синтеза (усиленный синтез — усиленный распад) — возникает клиническая картина физической зависимости. Повышение уровня дофамина в значительной степени обуславливает основные симптомы абстинентного синдрома — беспокойство, бессонница, возбуждение, вегетативные расстройства, подъем артериального давления. Уровень дофамина определяет тяжесть абстинентного синдрома. При уровне дофамина в крови до 300% развивается алкогольный психоз (делирий). При ремиссии в течение нескольких месяцев происходит нормализация уровня дофамина.

Согласно теории, эндогенные опиоиды модулируют активность нейронных ансамблей, обеспечивающих механизмы подкрепления, и действуют как анальгетики. При употреблении алкоголя в организме происходит конденсация некоторых продуктов метаболизма алкоголя и дофамина, в результате чего образуются морфиноподобные

вещества тетрагидроизохинолины (ТГИХ). Интимные механизмы участия пептидов в обеспечении психической деятельности неясны (Шабанов П.Д., 2000).

П.Д. Шабанов и О.Ю. Штакельберг (2000) предлагают следующий патогенез алкоголизма. При нормальном физиологическом состоянии, характеризующемся состоянием «опиоидной достаточности», отмечается баланс между синтезом, высвобождением, связыванием с рецептором и обратным захватом нейромедиатора, результатом которого является чувство внутреннего комфорта. При состоянии опиоидного дефицита, вызывающего влечение к алкоголю, и дистресса уменьшается синтез энкефалинов и других нейромедиаторов, прежде всего моноаминов, вследствие генетических различий, вторичного изменения уровня опиоидных пептидов в головном мозгу или токсических эффектов алкоголя. Следовательно, в синаптическую щель высвобождается уменьшенное количество нейромедиаторов и часть постсинаптических рецепторов остаются незанятыми. Это состояние сопровождается влечением к алкоголю, депрессией, страхом, дисфорией.

При ремиссии происходит изменение эффективности синтеза опиоидов, однако длительно сохраняется повышенная чувствительность постсинаптических рецепторов к действию ТГИХ. Синтез энкефалинов восстанавливается значительно медленнее. Однако использование энкефалиназ ускоряет выздоровление.

Алкоголь метаболизируется на 90-98% в печени, превращаясь в диоксид углерода и воду. Два основных фермента катализируют процесс окисления алкоголя: алкогольдегидрогеназа (АДГ), присутствующая главным образом в печени и желудке, и альдегиддегидрогеназа (АлДГ), относительно равномерно распределенная в организме.

Микросомальная система оксидаз (НАДФН-цитохром Р-450-редуктаза) гепатоцитов превращает алкоголь в ацетальдегид. У людей с нормальной функцией печени алкоголь метаболизируется со скоростью около 120 мг/кг/час.

Алкогольдегидрогеназа ответственна за метаболизм малых и средних доз алкоголя, превращает его в токсичное соединение ацетальдегид. Отмечен более низкий уровень АДГ в желудке у женщин, по сравнению с мужчинами. В результате пониженного окисления алкоголя в желудке у женщин повышается его биодоступность.

Альдегиддегидрогеназа способствует расщеплению токсичного ацетальдегида. Люди азиатской расы имеют в более половине случаев дефицит митохондриальной АлДГ2 (Анохина И.П., Векшина Н.Л. и др., 1999).

В исследованиях И.П. Ашмарина и соавт. (1996) установлено, что ацетальдегид, взаимодействуя с дофамином, может образовывать в организме сальсолинол, а взаимодействуя с серотонином — метил-тетрагидро-карболин, имеющий некоторое структурное сходство с морфином, что в определенной мере дает основания говорить о сходных биологических механизмах развития алкогольной зависимости и зависимости от психоактивного вещества.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Психологический подход к решению проблем зависимого поведения наряду с медициной и физиологией является значительным ресурсом, позволяющим более полно реализовать возможности психотерапии. В клинической (медицинской) психоло-

гии, являющейся одной из научных основ современной клинической психотерапии, не проводится четкая грань между изучением причин возникновения зависимости и изучением механизмов ее возникновения и формирования. Возможно, это обусловлено структурой психологического знания и необходимостью создания целостных объяснительных психологических систем. Однако такой подход в понимании причин зависимого поведения вовсе не означает полного единства психологов в понимании и объяснении данного феномена. Наоборот, в отличие от медицины и физиологии, где концептуальные модели имеют более строгие формы и в значительной мере основываются на клинических исследованиях, в психологии существует значительное количество разных точек зрения. По всей видимости, это связано с тем, что в психологии, по сравнению с медициной, нет единой школы, научной парадигмы и, что особенно важно, единых классификационных принципов при рассмотрении клинических явлений зависимостей. Каждая школа рассматривает проблему зависимости в рамках своих теоретических построений, которые затем частично подтверждаются исследованиями. Тем не менее, результаты психологических исследований позволяют повысить эффективность клинического применения психотерапии в лечении и реабилитации зависимостей, на каждом этапе концептуализации новых экспериментальных данных (Кесельман Л.Е., 1999).

Говорить о полной изученности психологических механизмов формирования зависимости в настоящее время невозможно. Однако существует целый ряд положений и теоретических построений, основанных на результатах исследований, которые могут служить основой для повышения качества психотерапевтической интервенции (Иванец Н.Н., 2001).

Существующие исследования в области психологии зависимого поведения позволяют понять роль различных психологических феноменов в формировании зависимостей. Понимание роли аномалий личности, совладающего поведения, дефицитарности внутреннего контроля и структуры самооценки, нарушения переживания времени, нарушения саморегуляции функции самосознания, механизмов социализации, семантики внутреннего восприятия, мотивации к лечению, структуры психологического и психотерапевтического вмешательства, расширили проблемное поле научных исследований в наркологии и обозначили широкую область применения клинической психологии как самостоятельного направления исследований в наркологии, а также клинических и психологических основ психотерапии зависимостей (Братусь Б.С., 1988; Тхостов А.Ш. и др., 2001, 2005; Грюнталь Н.А., 2002; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2004, 2008; Бохан Н.А., Катков А.Л., и др., 2005). Тем не менее, следует признать, что психологические механизмы формирования зависимости от алкоголя и наркотиков остаются не до конца раскрытыми.

Все доказанные психологические факторы формирования зависимости можно условно разделить на две категории: 1) влияние среды (влияние внешних психологических факторов); 2) особенности личностно-психологического функционирования человека, ставшего зависимым (Белокрылов И.В., Даренский И.Д. и др., 2002).

Существуют два наиболее продуктивных подхода к оценке личностно-психологических особенностей наркологического больного — психотерапевтический и патопсихологический. Преимущества каждого подхода определяются целями использования имеющихся данных.

Психотерапевтический подход позволяет глубже осмыслить личностные факторы предрасположения к зависимости от ПАВ и психологические механизмы формирования зависимости, в то время как патопсихологический — рассмотреть особенности

опосредования клинических проявлений наркологических расстройств личностно-психологическими факторами (Дудко Т.Н., Арзуманов Ю.Л. и др., 2009).

### *О преморбидных личностных особенностях зависимостей*

Значительное число исследований посвящено изучению преморбидных характеристик личности больных алкоголизмом и наркоманиями, а также сравнению групп высокого и низкого риска развития зависимостей, каковыми являются, соответственно, дети больных алкоголизмом либо наркоманиями и контрольная группа, состоящая из сверстников того же пола, происходящих из семей не больных наркологическими заболеваниями родителей (Менделевич В.Д., 2001).

Мнение о том, что личностные факторы являются важными этиологическими детерминантами развития аддиктивных расстройств, сложилось еще у «старых» авторов. При этом достаточно долгое время главенствовало представление о гедонистической «акцентуации» преморбидной личностной организации у людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками. В основу таких психологических концепций ставилось стремление к удовольствию «любой ценой», а также связанные с этой тенденцией агрессивные и аутодеструктивные мотивы аддиктивного поведения (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001).

Предпринимались попытки даже построения типологии алкоголизма на основе установления соотносительности клиники и исходов заболевания с феноменологическими и динамическими (психоаналитическими) особенностями гедонистических свойств личности. Так, некоторые психоаналитики предлагали типологию на основе этапов психосексуального развития, принятых в психоаналитических концепциях.

Подчеркивалось значение ряда личностных особенностей, способствующих формированию зависимостей. К ним относили недостаточность исходных волевых качеств, побудительную неустойчивость с ориентацией на легко достижимые цели, стремление к немедленному осуществлению желаний с отсутствием присущей «нормальной» личности способности согласовывать удовлетворение потребностей с «принципом реальности». Связанными с указанными особенностями представляются такие свойства характера зависимых как внушаемость, подчиняемость и подражательность, неискренность. Факт высокой отягощенности преморбидными аддиктивными болезнями мотивационно-волевыми расстройствами с недостаточностью самоконтроля гедонистических и деструктивных импульсов явился для некоторых исследователей поводом для выделения так называемой «преалкогольной» и «пренаркоманической» личности (Белокрылов И.В., Даренский И.Д. и др., 2002).

Эти выводы нашли определенное подтверждение в последующих клинических исследованиях, однако они показали и тесные соотношения психопатологических параметров алкоголизма и преморбидных личностных характеристик, варьирующих по различным осям личностных проявлений, например, «стенические-астенические», «экстравертированные-интравертированные» и некоторым другим (Иванец Н.Н., Игнин А.Л., 1983; Альтшулер В.Б., 1999).

Влияние типа акцентуации характера на риск формирования наркомании и алкоголизма в значительной мере было изучено А.Е. Личко и его последователями (Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990). Акцентуации характера в значительной мере определяют специфику аддиктивного поведения. Так, для гипертимных подростков характерна апробация разнообразных психоактивных веществ. Однако зависимость развивается не скоро, так как интерес ко всему новому и необычному в жизни отвлекает даже от

злоупотребления наркотиками. У людей с акцентуацией характера циклоидного типа особенности поведения зависят от фазы. Для шизоидных подростков особенно привлекательны те вещества, которые способствуют аутистическому фантазированию или же облегчают контакты со сверстниками. Эпилептоидная акцентуация сама по себе предопределяет риск самодеструктивного поведения. Наркотиков они часто боятся, но если начинают их принимать, то патологическое влечение к ним проявляется быстро и сильно. Истероидные подростки склонны к демонстративным акциям, поэтому, желая продемонстрировать умение много пить или употреблять модные наркотические препараты, могут стать зависимыми (при условии частого повторения такого поведения). При неустойчивом типе акцентуации характера главной жизненной установкой является поиск удовольствия. Именно эта гедонистическая установка создает высокий риск формирования наркомании и алкоголизма. Подростки с сенситивной или психастенической акцентуацией характера вообще не склонны к аддиктивному поведению, это подтверждали и более поздние исследования (Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. и др., 2006). В качестве одного из наиболее патогномичных в отношении развития патологического пристрастия к психоактивным веществам типов акцентуации характера и психопатий рассматривался «неустойчивый тип» личности, своеобразие которого и определяется неустойчивостью мотивационно-потребностной сферы с сочетанием импульсивности и ведомости (Личко А.Е., 1985; Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990).

Следует также принять во внимание аффективный «полюс» психопатических развитий и акцентуаций характера, предвещающих наркологические заболевания. Так например, из шести наиболее часто встречающихся в преморбиде алкоголизма личностных типов (по данным Н.Н. Иванца, 2001) два характеризуются либо стойко приподнятым настроением (синтонный тип), либо периодическими гипертимическими реакциями и фазами (дистимический тип). Исследования показывают, что и в этих полярно противоположных субдепрессивным по знаку аффекта случаях присутствуют признаки отчуждения, определяющие специфику эмоциональной сферы личности в целом. Резюмируя вышесказанное, можно предположить, что наиболее постоянной характеристикой эмоциональной сферы личности больных, зависимых от ПАВ, является не фазность, не реактивная лабильность, не какой-то определенный полюс аффективных расстройств (хотя все перечисленные параметры данной патологии имеют значение патогенного фактора и должны учитываться при анализе конкретных случаев), но преобладание явлений «негативной» аффективности. Неспособность аддиктивно предрасположенных лиц к «нормальному» эго-синтонному реагированию в пределах адекватного спектра позитивных эмоциональных проявлений Г. Кристал (2006) определяет как недостаток «аффективной толерантности». Следует также подчеркнуть, что природа описанных свойств эмоциональности личности имеет далеко не только психодинамическое объяснение. В ряде работ показано наличие определенной морфологической и функциональной асимметрии мозговых полушарий у больных с алекситимической и ангедонической симптоматикой.

В плане дополнительной аргументации predisponирующей роли этих аномалий при наркологических заболеваниях некоторые авторы указывают на более высокую частоту асоциальных тенденций, признаков делинквентного поведения в преморбиде больных с зависимостью по сравнению с популяционными показателями (Пятницкая И.Н., 2008). Аналогичным образом, как подтверждение идеи об изначальном поражении сферы влечений с искажениями в механизмах достижения удовольствий, интерпретируется факт относительно высокой коморбидности зависимостей от психоактивных веществ с психическими расстройствами (Ерышев О.Ф. и др., 2002).

В отечественной клинической наркологии в течение, по крайней мере, двух последних десятилетий были получены убедительные данные относительно патогенетического значения характерологического фактора, оказывающего патопластическое влияние на течение и исходы алкоголизма и наркоманий. В серии исследований было показано, что от преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада зависят клиника и динамика наркологических заболеваний, скорость формирования и тяжесть дефицитарных расстройств в их исходах (Иванец Н.Н., 1987, 2000).

Описаны особенности наркологических заболеваний у пациентов с сензитивным преморбидом (Ибатов А.Н., Бажин А.А., 1990), неустойчивыми преморбидными чертами характера, астеническими чертами (Небаракова Т.П., 1977), синтонной акцентуацией характера, чертами истерического и стенического круга. Преморбидные черты характера позволяют прогнозировать темп и вариант течения наркологического заболевания, а также развитие отдельных симптомов заболевания. Определены особенности опьяняющего действия алкоголя, типичные формы обычного и измененного опьянения (Рукоусев А.И., Бобров А.Е., 1982), преобладающие психопатологические расстройства в абстинентном и постабстинентном периодах героиновой наркомании (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2000) в зависимости от наличия тех или иных преморбидных патохарактерологических черт.

Однако более поздние исследования predisponирующего значения личностного и средового факторов при наркологических заболеваниях были получены в метапсихологических исследованиях, которые показали, что предрасположение к зависимости кроется не в конкретной структуре «преднаркотической личности», и даже не в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, а в отдельных «слабых звеньях» личностной структуры (Менделевич В.Д., 2001; Гусев И.Ю., 2006; Дереча Г.И., 2005).

Эти уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к психоактивному веществу — в силу того, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности таких людей, выполняя задачу компенсации личностных аномалий (выражаясь языком психиатрии) либо механизмов психологической адаптации (согласно терминологии психотерапии). Естественно, что такая компенсация (адаптация) является «суррогатной», патологической, психоактивное вещество выступает несовершенным, чреватым пагубными последствиями модулятором психического состояния (Дереча Г.И., 2005).

Личность в силу тех или иных условий не располагает внутренними, собственно психическими ресурсами совладания и адаптации и уступает перед аддиктивной силой того или иного психотропного химического вещества. Неизбежно возникает вопрос: какие болезненные зоны личности являются наиболее задействованными в патогенезе зависимостей от ПАВ, от чего аддикт тщетно пытается «защититься», употребляя алкоголь либо наркотики, и какие интрапсихические задачи он тем самым пытается решить? Суммируя данные проведенных исследований, можно заключить, что психологические истоки формирующегося в подростковом и зрелом возрасте патологического влечения кроются в психических травмах раннего детского возраста. По мнению большинства представителей данного направления, основа аддиктивных расстройств — это, прежде всего, страдание, и лишь во вторую очередь — поиск удовольствия и сопутствующее ему стремление к саморазрушению (Khantzian E.J., 2000; Менделевич В.Д., 2001).

В аспекте определения личностных факторов predisпозиции к зависимости от ПАВ, главным эффектом вышеуказанных ранних задержек и искажений развития индивида является формирование в преморбиде стойких нарушений саморегуляции и са-

моконтроля. Эти нарушения проявляются во всех сферах психической деятельности, но основное патогенетическое значение имеют абerrации в области самосознания, аффекта, а также стратегий межличностного взаимодействия (Dowling S., 2000). При этом следует подчеркнуть, что психопатологические проявления, отражающие нарушения в указанных сферах психики, редко выступают в изолированном виде, но, как правило, образуют друг с другом устойчивые динамические сочетания (Белокрылов И.В., 2006).

Патогенетическое значение в качестве фактора алкоголизации (наркотизации) описанный комплекс патологических личностных свойств (нарушения самосознания, негативная аффективность, искажения в межличностных связях) приобретает в обстоятельствах столкновения с указанными выше «ключевыми» психотравмирующими переживаниями, несущими в себе угрозу дестабилизации либо разрушения их незрелой, неустойчивой душевной организации. Пристрастный к психоактивным веществам субъект как бы частично «переключает» психические процессы в режим внешней химической модуляции, а то и вовсе «отключает» их при неудовлетворительном эффекте опьянения легкой и средней степени («фармакотимия» по определению классических психоаналитиков). В силу обладания соответствующим спектром психотропной активности и относительно легкой доступности либо алкоголь, либо наркотик выступают эффективным и быстродействующим корректирующим средством в отношении тех или иных субъективно тягостных когнитивных и аффективных феноменов. По мнению ряда авторов, именно соответствие характера психопатологических расстройств преморбид фармакологическим свойствам психоактивного вещества (анксиолитическим, тимо- и нейрелептическим) определяют известное наркологам явление «предпочтительности использования» (Milkman H., Frosch W.A., 1973) химического вещества, выступающего в качестве «наркотика выбора» (Wieder H., Kaplan E., 1969), «наркотика наибольшего доверия» (Spotts J.V., Shontz F.C., 1987).

Необходимо подчеркнуть, что значение описанных расстройств в освещении проблемы соотношения личности и наркологических заболеваний велико постольку, поскольку их введение в психиатрическую систематику фактически вновь актуализирует старый вопрос о типологическом определении пренаркоманической (преалкогольной) личности (Пятницкая И.Н., 2008). Примечательно, что И.Н. Пятницкая, будучи солидарной с большинством других исследователей, отрицающих возможность установления такой predisпозиции на патохарактерологическом уровне, тем не менее предполагает существование особого типа человека, обладающего значительно большим числом факторов риска в отношении развития алкоголизма и наркоманий.

### *О формировании преморбидных личностных особенностей зависимостей*

Среди анамнестических факторов, способствующих формированию преморбидных личностных характеристик зависимостей в части случаев выделяют объективно тяжелые, безусловно патогенные внешние ситуации, такие как ранняя сепарация от родителей вследствие их утраты, развода, тяжелого психического расстройства, помещение самого ребенка в социальные учреждения с бездушным, жестоким обращением, сексуальное насилие и т.п. (Козлов А.А., Бузина Т.С., 1999).

В младенчестве травматические переживания не связаны с аффектами беспомощности, страха и скорби, как у взрослых, но определяются особой природой инфантильной, незрелой эмоциональности (Krystal H., 1986). В состоянии, возникшем в ответ на внезапное лишение матери, ребенок, в отличие от взрослого, не способен самостоя-

тельно поддерживать и успокаивать себя, он, как правило, просто засыпает, «отключается». Повторяющиеся либо перманентно существующие психотравмирующие обстоятельства приводят к задержке психического развития ребенка и переходу в состояние апатии с повышенной требовательностью, капризностью, а затем — с отстраненностью и пассивностью, известном в детской клинике под названием «анаклитической депрессии» (Spitz R., 1946), которая рассматривается в качестве одного из факторов будущего формирования зависимости.

Однако в подавляющем большинстве случаев психотравмирующее воздействие в детском анамнезе аддиктов носит неявный, скрытый, «условно патогенный» характер, если пользоваться терминологией «взрослой» психиатрии. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения, прежде всего, матери, обеспечить для ребенка атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополучной домашней обстановкой, в частности, за ситуацией «искупающей» гиперопеки и гиперпротекции, а также некоторых форм гипоопеки, при отсутствии настоящей эмоциональной привязанности и хотя бы «условной» любви. Внешние наблюдатели даже и не подозревают о том, что в отношениях родителей с детьми не хватает очень важных чувственных и поведенческих компонентов. Это обстоятельство подтверждается известным фактом высокой наследственной отягощенности семей наркологических больных болезнями зависимости, психопатиями, невротами, другими расстройствами пограничного и невротического уровня, обнаруживаемых при клинико-генеалогических исследованиях (Москаленко В.Д., 2002). Нетрудно представить, что истинные масштабы такой отягощенности, с учетом трудно выявляемых в больших выборках субклинических форм подобной патологии, еще значительнее. Эти данные, конечно же, имеют свою биологическую интерпретацию, но в личностно-психологическом контексте речь идет о том, что первостепенно значимые, «опорные» для ребенка родительские фигуры часто сами страдают различными формами личностных аномалий, препятствующих полноценному эмоциональному взаимодействию в семье и, как следствие, — нормальному психическому развитию ребенка (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2008).

Специфика «аддиктогенного» воспитания по типу гипо- или гиперопеки ребенка родителями приводится в ряде публикаций (Березин С.В., Лисецкий К.С., 2002). В случае гипоопеки родители практически не интересуются своим ребенком. У таких детей снижена самооценка, наличествуют комплексы неполноценности, они переживают чувство мести и ненависти по отношению к взрослым. Отвержение, холодность, отсутствие тепла и ласки со стороны родителей сначала травмируют ребенка, а затем ожесточают его, подталкивают к поиску «другой жизни», другого общества. Очень часто такие дети обращаются к психоактивным веществам или же пытаются покончить с собой, так как не могут понять причины холодного отношения родителей (Вострокнутов Н.В. и др., 2002).

В случае гиперопеки за ребенком постоянно присматривают, ему уделяют чрезмерно много внимания, отказывают в самостоятельности. Жизнь гиперопекаемого ребенка полностью контролируется его родителями, а когда он начинает взрослеть, такая сверхзабота становится ему в тягость. Ребенок пытается обрести самостоятельность любым доступным способом, поэтому он сознательно идет на конфликты с семьей, демонстративно нарушает предписываемые ему нормы поведения. Для такого ребенка наркотики могут стать единственным аспектом жизни, над которым, как ему кажется, он обладает полной властью. Еще одним последствием гиперопеки является инфантилизм. Инфантильный ребенок легко попадает под влияние более опытных товарищей,



его легко уговорить попробовать наркотики или подбить на какую-нибудь выходку. Другой вариант гиперопеки — это всеобщий любимец, объект всеобщего поклонения и восхищения, единственный ребенок в большой семье. Для такого ребенка привычны вседозволенность, неограниченная власть над взрослыми, которые его никогда не накажут и не отругают. Очень часто такие дети демонстративны, стараются произвести сильное впечатление на окружающих, для них характерно желание быть лучше всех, что в свою очередь может привести к наркотизации или алкоголизму (например, при желании всех перепить или все попробовать).

Для понимания механизмов формирования личности зависимого человека необходимо рассмотрение специфики структуры внутрисемейных и родительско-детских отношений в их родительских семьях (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2000). Были выделены специфические характеристики личностного развития зависимых подростков:

1. Основным механизмом развития личностных изменений у зависимых подростков является социальное сравнение. Оно определяет формирование негативного самоотношения, ослабление коммуникативной направленности, несущей угрозу самооценке подростка.
2. Формирование самоотношения в структуре личности определяется социально-психологическим механизмом компенсации чувства неудовлетворенности собой, возникающего в социальном взаимодействии. Он реализуется путем активизации коммуникативных отношений, что находит выражение в связи между самооценкой подростка и его стремлением к лидерству в группе.
3. Стержневым моментом формирования личности зависимого подростка является усиление самозащитных тенденций, выражающееся в активном избегании травмирующих воздействий, а также в реализации эгозащитного типа реагирования в фрустрирующих ситуациях. Это определяет строение защитных структур зависимых подростков, а также особенности мотивации их взаимодействия со взрослыми.

В ходе работы по исследованию специфики и особенностей структуры отношений в семьях зависимых подростков выявилось, что эти семьи отличаются недифференцированностью и низкой структурированностью субъективных представлений о членах семьи по сравнению с семьями здоровых детей. Также для семей подростков с зависимостью характерно наличие защитных тенденций, выраженных в нежелании решать или выносить на обсуждение существующие проблемы. Их развитие связано с деструктивным типом семейной структуры. Родители зависимых подростков склонны к внешнеобвинительным реакциям и ждут разрешения конфликтов от других людей. Отсутствие ответственности за разрешение ситуации ведет к восприятию ее как деструктивной и обуславливает деструктивный тип развития семьи (Сидоров П.И., Митюхляев А.В., 1999).

Исходы ранней травматизации, подобно последствиям посттравматического стрессового расстройства у взрослых, зависят от степени субъективной тяжести патогенных событий, а также от состояния конституционально-биологических ресурсов адаптации. Будучи компенсированными (субкомпенсированными) на некоторое время, благодаря архаическим, примитивным механизмам психологической защиты, психогенные комплексы детства могут оживляться, реактивироваться уже в подростковом либо зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых, «ключевых» переживаний, в условиях столкновения со все возрастающими требованиями жизни. Такие требования, непосильные для адаптивного совладания и защитной переработки,

могут предъявлять вполне обыденные для зрелого индивида фрустрирующие ситуации, в которых он встает перед необходимостью систематического труда, перед проблемой ответственности и одиночества, перед реальностью двойственности человеческой сущности, объединяющей «плохое» и «хорошее» и т.п., не говоря уже о моментах отвержения, предательства со стороны близких, других, более драматических коллизиях (Марценковский И.В., 2007).

Примитивные, инфантильные защитно-совладающие механизмы не справляются с решением этих «кризисных» задач адаптации, в то время как новые, более зрелые и совершенные механизмы не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах (Balint M., 2002; Kutter P., 1989). Общим принципом психического реагирования данных субъектов в описанных индивидуально патогенных условиях является описанный механизм «экстернализации» (Wurmser L., 1987). При «экстернализации» личность стремится воссоздать неразрешенный интрапсихический конфликт во внешней, контролируемой реальности — и получить, тем самым, возможность хотя бы частично ослабить патогенный эффект травматических переживаний. Клиническим выражением этих процессов является появление различных форм патологического формирования личности, а также развития зависимого поведения (не только наркологического), психосоматических и некоторых других пограничных расстройств, патогенетическое сродство и коморбидность которых подчеркивается во многих публикациях (Ерышев О.Ф. и др., 2002; Менделевич В.Д., 2003). Если, например, для психосоматических, ипохондрических расстройств внешним «театром», в котором символически разыгрываются сценарии этих жестких внутриспсихических конфликтов больных, служит их собственное тело с проблемами «здоровья-болезни», то применительно к наркологической патологии — перипетии зависимых отношений.

### *Другие психологические механизмы (факторы) зависимостей*

В современной психологической литературе придается большое значение связи между злоупотреблением ПАВ и нарушениями в сфере самоосознания. По литературным данным, высокая самооценка служит «изолятором» от отклоняющегося поведения, а низкая самооценка сама является мощной детерминантой такого поведения.

Низкая самооценка, характерная для больных алкогольной зависимостью, может выступать в качестве мотива обращения к алкоголю или другим ПАВ. Алкоголь позволяет реализовать на эмоциональном уровне потребность в высокой и устойчивой самооценке, одного из главных мотивов в человеческом поведении. Уровень притязаний — важная личностная характеристика, являющаяся индикатором самооценки, репрезентантом мотивационной направленности на достижение или избегание неудач. От уровня притязаний во многом зависит процесс целеобразования, т.е. выбор цели, наиболее адекватной возможностям человека (Змановская Е.В., 2003).

Выбор цели определяется сложными конфликтными отношениями потребностей, уровня притязаний, самооценки, характера преобладания мотивационной направленности, внешней ситуационной мотивации. В результате возникает цель, воплощенная в образе, эмоционально переживаемая, наполненная личностным смыслом, как действенная сила, ведущая к успеху или к стремлению выйти из ситуации, угрожающей неуспехом. При зависимости от ПАВ характерным является нереалистичный и не гибкий уровень притязаний, рассогласование уровня притязаний и самооценки, недостаточность мотивационной направленности на достижение. Эта тенденция на-

ходит отражение во всех видах деятельности, за исключением той, что связана с потреблением ПАВ. Неспособность удержать цель и достичь цели в процессе реальной деятельности приводят к устойчивому снижению самооценки, сопровождающемуся негативной эмоциональной реакцией, актуализацией влечения к ПАВ. Неспособность сформировать значимую цель разрушает смысловую организацию деятельности. Наличие у человека отдаленной и значимой цели, напротив, позволяет ему справляться с препятствиями, негативными эмоциями, оказывает мобилизующее и организующее влияние, поскольку, в понимании А.Н. Леонтьева, осуществляемая человеком сознательная цель «как закон определяет способ и характер его действий» (Козлов А.А., Бузина Т.С., 1999).

Восприятие самого себя (самость), феноменология расстройств самосознания представлена проблемами самооценки, самоуважения, низкой способностью к рефлексии и заботе о себе (Khantzian E.J., 1993; Грюнталь Н.А., 2002). Аддиктов отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка, формирование которой восходит к самым ранним этапам развития личности. У них отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое создается, согласно психодинамической теории развития, как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в условиях сбалансированных отношений между родителями и развивающимся ребенком (Kohut H., 1977).

Вследствие указанного дефицита задерживается обретение способности любить себя и других, наличие которой необходимо для развития у человека чувства собственной ценности и, в конечном итоге, — для целеустремленного и независимого существования. В результате такие личности находятся в постоянном метании между позициями малоценности с самоотречением и изоляцией и «всемогущества» с отказом от реальности, самовозвеличиванием и бравадой. Характерной особенностью самооценки аддиктов является ее слабая аргументированность реальными фактами прошлого, зависимость от сиюминутного состояния «здесь и сейчас» и, как следствие, — несоответствие ретроспективной самооценки проспективной. Такой человек, например, преподносит свое прошлое в самоуничижительных красках; актуализируя ошибки прежних лет, дает неопределенную оценку себе в настоящем и превозносит — в будущем, рисуя ничем не обоснованную радужную картину предстоящей метаморфозы: высокая репутация, уважение окружающих и т.п. (Кристал Г., 2006).

Как подчеркивается в ряде публикаций, в основе психических аномалий, определяющих круг проблем самооценки, лежат специфические когнитивные расстройства (нарушение сукцессивного единства «Я»), при которых утрачивается самосознание непрерывности континуума личной биографии. Независимо от «знака» самооценки, формы ее аргументации, внутренняя картина собственной личности у этих людей («Я-концепция») отличается неопределенностью и неадекватностью (Тхостов А.Ш. и др., 2001).

При внимательном обследовании, включающем специальные приемы интервью наряду с психологическим тестированием, у аддиктов также отмечаются признаки личностной пресубпозиции, протекающие на субклиническом уровне, обусловленные нарушениями функции самосознания (Даулинг С., 2000). Эти нарушения в преморбиде зависимостей от ПАВ не столь выражены и многообразны, как при психических расстройствах, например при шизофрении, в отношении которой они наиболее патогномичны, представлены наиболее широким спектром психопатологических проявлений и зачастую определяют клиническую картину предманифестного (латентного) периода заболевания.

В отличие от «продромальных» состояний у больных шизофренией, при которых могут отмечаться грубые расстройства целостности и идентичности «Я», сопровождающиеся чувством раздвоения личности, непонимания самого себя с утратой адекватного тестирования реальности, в преморбиде болезней зависимости преобладают нарушения самосознания витальности, активности, а также границ «Я», не достигающие степени выраженности и оформленности структуры психопатологического (деперсонализационного) синдрома. Такие расстройства наиболее отчетливо проявляются в эго-психической и аффективной сферах личности (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2001, 2008).

При алкогольной зависимости неспособность к целенаправленной деятельности характерна только для социально значимых видов деятельности. И по мере прогрессирования заболевания, социально значимые виды деятельности редуцируются, «... все виды деятельности оказываются подчиненными одной главной, которая начинает определять все поведение человека» (Братусь Б.С., 1988). Такой вид деятельности Б.С. Братусь обозначает как иллюзорно-компенсаторное: «Иллюзорно-компенсаторная деятельность отделяет человека от задач реальности, от достижения в ней своего назначения и счастья, постоянно переносит центр внутренних детерминантностей в иной иррациональный план, который все более обживается, обставляется все новыми атрибутами и становится, наконец, в смысловом отношении более важным, значимым и притягательным, нежели мир реальный». В.С. Ротенберг и В.А. Аршавский расценивают подобное поведение как «неправильно ориентированный поиск, осуществляющийся без учета реальности». Это положение подтверждает исследование В.Ю. Завялова. Автор показывает, что личностный смысл алкоголизации заключается в доступе к психологическим ресурсам (ощущение смелости, могущества и т.д.) и, одновременно, снятию ответственности за доступ к использованию этого ресурса. Действие алкоголя определяется не столько его химизмом, сколько ожиданием позитивных эффектов прошлым опытом научения, способностью алкоголя опосредовать любые психологические состояния. Нарушение в сфере деятельности, неспособность личности удержать цель и достигать цель приводит к формированию механизма «выученной беспомощности» (Ханзян Э.Дж., 2000).

В качестве одного из наиболее характерных личностных параметров преморбиды больных с зависимостью от ПАВ рассматривается феномен алекситимии. Для этого контингента больных в целом свойственно плохо идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства. Их эмоциональная жизнь дефицитарна и, фактически, определяется ситуационным контекстом, ограничиваясь реакциями на события и факты (Krystal H., 2006). Указанное понятие впервые было введено и описано применительно к психосоматическим пациентам (Sifneos P., 1991; Nemiah J.C., 1975). Однако вскоре было замечено, что больные с посттравматическим стрессовым расстройством, с зависимостями от ПАВ и некоторыми психопатиями переживают и выражают свои эмоции подобным образом. Для этого контингента больных в целом свойственно плохо идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства. Так, отвечая на вопрос о своем состоянии, они в одних случаях не могут признать наличие актуальных переживаний вообще, сказать, как себя чувствуют и что их беспокоит, в других, — не в состоянии отличить, например, тревогу от тоски, печаль от гнева и т.п.

Для зависимых весьма типична склонность к соматизации аффекта, когда вместо отчета о переживаниях, связанных с теми или иными событиями, индивид предъявляет картину телесных ощущений, сопровождавших его по ходу рассуждений и участия в этих событиях. При этом многие из «алекситимиков» обнаруживают высокий

уровень логического анализа собственных и чужих целей и намерений, способны прогнозировать значимые ситуации, управлять их развитием и в обыденной жизни производят впечатление практичных людей. Однако в процессах целеполагания, в природе собственных мотиваций они отводят чувствам неадекватно малое, второстепенное место, руководствуясь более или менее социально приемлемыми штампами рационального и целесообразного. Их эмоциональная жизнь дефицитарна и, фактически, определяется ситуационным контекстом, ограничиваясь реакциями на события и факты. В отношении «трудных» для личности, неприятных или противоречивых чувств действуют механизмы отчуждения с формированием эгодистонной позиции, что тесно соотносится с указанными выше расстройствами самосознания (Тхостов А.Ш. и др., 2001).

Процессы отчуждения затрагивают также потребностно-гедонистический и витально-энергетический регистры эмоциональной сферы, определяя готовность к возникновению стертых, ларвированных апато-ангедонических состояний. Ретроспективное исследование устанавливает, что порой задолго до формирования клинических признаков зависимости у аддиктов наблюдаются частые эпизоды недовольства собственным психическим функционированием, прежде всего, — способностью испытывать «истинную» радость, удовольствие и другие положительные эмоции (Krystal H., Raskin H., 1981; Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990; Попов Ю.В., 1994). Родители, супруги и другие близкие зависимых нередко отмечают, что больные в прошлом жаловались на недостаток самореализации, скуку, «серость» своего существования. Другие преимущественно актуализируют проблему кажущегося недостатка собственной спонтанной активности, низкого тонуса с ощущением «автоматичности», недостаточной осмысленности своего существования, внутренней пустоты (Москаленко В.Д., 2002).

Человек представляет собой многоуровневый биопсихосоциальный феномен (Выготский Л.С., 1982; Зейгарник Б.В., 2000; Зинченко В.П., 1994; Леонтьев А.Н., 1994; Рубинштейн С.Л., 1998; Теплов Б.М., 1985), поэтому в качестве факторов психологической адаптации изучались различные по своей принадлежности к уровням личности составляющие: уровень и структура социального интеллекта (Зенцова Н.И., 2007), способности к эмпатии и коммуникативные умения. В результате исследования обнаружено, что для больных опиной (героиновой) наркоманией характерно непонимание связи между выбираемой моделью поведения и его возможными последствиями. Это приводит к совершению ошибок (вплоть до противоправных действий) психосоциального характера, созданию конфликтных взаимоотношений с окружающими. Причиной является дефицитарность социального интеллекта, рассматриваемая как неспособность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека и проявляющаяся у больных наркоманией как неверное представление о результатах своих действий или поступков других людей.

Н.И. Зенцова (2009), исследовавшая когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина, рассматривает феномен зависимости как малоадаптивное совладающее поведение, обусловленное недостаточностью функционирования стратегий и ресурсов преодоления болезни, а именно таких личностных ресурсов как «социальный», «эмоциональный» и «макиавеллианский» интеллекты (Goleman D., 1995). «Эмоциональный» и «макиавеллианский» интеллекты представляют собой специфический вариант социального, а последний является еще и слабо изученной его «темной» стороной. «Макиавеллианский интеллект» — это способность субъекта к познанию другого субъекта с последующим введением последнего

в заблуждение в процессе общения путем манипулятивного поведения с целью добиться личной выгоды. Понятие «макиавеллизм» является реализацией макиавеллианского интеллекта в действии и проявляется в склонности человека манипулировать другими людьми в межличностных отношениях в корыстных целях. С этой точки зрения можно охарактеризовать пациентов с наркотической зависимостью как личностей с ярко выраженными макиавеллистическими установками. Это значит, что главными психологическими составляющими у больных наркоманией являются: убеждение пациентов в том, что при общении с другими людьми ими можно и нужно манипулировать, и навыки конкретного умения манипулирования. Это включает в себя способность убеждать людей, понимать их намерения и причины поступков. Неверие пациентов в то, что большинству людей можно доверять, что они альтруистичны, независимы и обладают сильной волей, определяется стремлением к сокрытию своих подлинных намерений. Вместе с тем, с помощью ложных отвлекающих маневров зависимые от алкоголя и наркотиков добиваются того, что партнер, сам того не осознавая, изменяет свои первоначальные цели. Для тех врачей, клинических психологов, других специалистов, которые работают с больными, зависимыми от алкоголя или наркотиков, фактом является то, что данные пациенты — ловкие манипуляторы, поведение которых строится на обмане, лжи, непорядочности и т.д. Патологическая потребность в психоактивном веществе и другие биологические механизмы данного заболевания способствует тому, что пациенты ни перед чем не останавливаются, чтобы раздобыть деньги на очередную выпивку или дозу наркотика. Манипулятивное поведение больных опосредовано потребностью в алкоголе и наркотике, что существенно отличает его от смысла манипулятивного поведения здоровых лиц (Зенцова Н.И., 2009).

Большое значение имеет нарушение функции внутреннего контроля. Недостаток контроля в эмоциональной сфере, проявляющийся феноменами эмоциональной лабильности, невозможности овладеть собственными эмоциями, охваченности чувствами и т.п., приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на эмоциональное состояние, в том числе к употреблению наркотиков. Недостаток контроля в когнитивной сфере приводит к невозможности точной оценки риска и собственных действий. Низкая способность к рефлексии приводит к невозможности опираться на свой жизненный опыт и прогнозировать результаты своих действий, что может служить дополнительным фактором начала и развития наркотизации и вызывать трудности психологической коррекции больных наркоманией. Недостаток контроля в мотивационно-потребностной сфере приводит к ее недостаточной структурированности, что, в свою очередь, приводит к доминированию сиюминутных побуждений и неспособности подчинить свою деятельность более отдаленным целям, при этом, отсутствие интериоризированных социальных норм приводит к импульсивности и может быть причиной склонности к насилию и антисоциальному поведению (Грюнталь Н.А., 2002).

В деятельностном подходе поведение понимается как особым образом организованная деятельность, которая осуществляет связь организма с внешней средой через реализацию мотивов (С.Л. Рубинштейн). Осуществляясь в действиях и поступках, мотивы закрепляются и переходят в характерологические черты по мере того, как начинают определять образ действий. Зависимое поведение можно определить как ложно опредмеченную потребность, а основной механизм его развития — как «сдвиг мотива на цель». Доминирующим мотивом становится поиск объекта, который удовлетворяет потребность, замещающую истинную, обладание объектом дает временное ослабление внутреннего напряжения (Лисецкий К.С., 2007).

Вся смысловая сфера личности перестраивается в соответствии с этим ведущим мотивом. Б.Г. Ананьев определяет поведение человека как сложный комплекс видов его социальной деятельности. В поведении существует взаимозависимость между информацией о людях и межличностных отношениях, коммуникацией и саморегуляцией поступков человека в процессе общения, преобразованием внутреннего мира самой личности. В подростковом возрасте ведущим типом деятельности (Д.Б. Эльконин) снова становится общение. Недостаточное развитие социальной компетентности может быть компенсировано психоактивными веществами, которые дают ощущение достижения «Я — социального, каким хочу, чтобы меня видели другие». Объект зависимости может быть включен в структуру «Я-концепции» как самостоятельный внутренний образ и затем влиять на поведение человека (Самыкина Н.Ю., Серебрякова М.Е., 2007).

### *Межличностные и межперсональные факторы зависимостей*

В области межличностных взаимодействий аддиктов отличает тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первостепенно значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимости».

Этим термином обозначают состояние близких (матери, жены, сестры, детей и др.) человека, зависимого от психоактивных соединений. Существует обширная литература, освящающая природу созависимого поведения, проявляющегося в попытках контролировать и брать на себя ответственность за аддиктивное поведение члена семьи. Созависимый человек — тот, кто полностью поглощен непреодолимым желанием управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей. Общепризнанных дефиниций термина созависимости нет, однако большинство исследователей сходятся во мнении о том, что созависимость создает заметный риск для здоровья, особенно женщин, так как последние чаще вовлекаются в потенциально патогенные и дисфункциональные отношения по контролю зависимого поведения (Москаленко В.Д., 2002).

Как больной становится все более зависимым от алкоголя, так его жена или мать все настойчивее осуществляет функции контроля, управления и спасения, в связи с чем сама становится созависимой. Вопрос, является ли созависимость психологическим или психопатологическим феноменом, остается открытым. Проводились исследования по изучению клинко-психопатологических особенностей жен пациентов с аддиктивной патологией. Наиболее часто диагностируемыми при созависимости психическими нарушениями являлись депрессивные расстройства разной степени выраженности, квалифицированные в рамках невротических расстройств (у большей части женщин), личностных расстройств, а также эндогенной депрессии (5%). По мнению специалистов, созависимость — зеркальное отражение зависимости, поскольку наблюдаются те же симптомы: подчиненность сознания предмету пристрастия, утрата контроля за своим поведением и отрицание — непризнание факта собственной болезни (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. и др. 2002; Раклова Е.М., 2006).

Как показывают наблюдения, тенденция к формированию таких созависимых взаимоотношений не коррелирует с какими-либо патохарактерологическими типами преморбиды и поэтому является относительно специфическим личностным фактором предрасположения, сходным с современным пониманием личностной специфики самих аддиктов. При этом обнаруживаются нерезко выраженные, но все же отчетливые несовпадения характеристик созависимости, присущих различным формам заболева-

ния, и прежде всего — между склонными к алкоголизму, с одной стороны, и к наркомании, — с другой. Так, первых в большей степени отличает цикличность, переменчивость направления «вектора» отношения от стремления к сближению до отторжения и обратно. Объект симбиотической привязанности зрелого возраста (такая роль может сохраниться за матерью либо «переходит» к другому родственнику, супругу, возлюбленному и т.д.) изначально наделен диаметрально противоположными чертами исключительной добродетели и источника всех бед, фигуры особого доверия и потенциального «предателя», он то идеализируется, то обесценивается (Гусев И.Ю., 2006).

Соответствующим образом выстраивается непоследовательный, переменчивый манипулятивно-зависимый стиль взаимоотношений. Объектом созависимости пытаются управлять, заставляют страдать, «испытывая на прочность» привязанность, демонстрируя нарочитое безразличие. Одновременно все эти качества отношения приписываются созависимому лицу, и тогда сам зависимый ощущает себя жертвой, что составляет содержание бесчисленных претензий, упреков, жалоб в его адрес и в совокупности определяет «садо-мазохистский» характер такого взаимодействия. В некоторых случаях комплекс отношений созависимости сопровождается элементами паранойяльного развития личности с преобладанием в содержании сверхценных образований идей любовного характера (эротомания). Впоследствии, по мере формирования основных синдромов наркологического заболевания, такой «объект сверхценного аффекта» становится невольным «посредником» в зависимых отношениях больного с алкоголем или психоактивным веществом, приобретая в его субъективных представлениях дополнительные полярно противоположные качества «узурпатора» и «спасителя». Попытки препятствовать алкоголизации или приему ПАВ зачастую приводят к обратному эффекту провоцирования алкоголизации (Раклова М.Е., 2006).

Феномен расщепления в структуре отношений с близким окружением у склонных к злоупотреблению алкоголем лиц сказывается еще на одном аспекте их социально-психологического функционирования. Речь идет о неустойчивой пропорции между гиперсоциальностью и социальной отгороженностью. Смолоду таких людей, как правило, «тянет в общество», где они то временно, «по вдохновению», то довольно стабильно обнаруживают конформистские тенденции; более того, наркологам хорошо известны случаи, когда их подопечные проявляют ярко выраженные лидерские качества. Но наряду с этим, в большей или меньшей степени, «фазно» либо постоянно присутствует разочарование обществом со стремлением скрыться, сбежать и уединиться. Нетрудно предположить, что данная особенность получает свое развитие и новое, уже патологическое оформление в последующих циклах алкогольной зависимости (Куница М.Ю., 2006).

Иная картина межличностных взаимодействий складывается в преморбиде наркоманий. Согласно результатам психодинамических представлений, искажения и задержки в процессах развития «объектных отношений» у наркозависимых чаще происходят на еще более ранних, в сравнении с другими видами аддикций, стадиях онтогенеза, обеспечивая явления более глубокого «расщепления». В противовес амбивалентно-симбиотическим отношениям с людьми и обществом, как это чаще отмечается в преморбиде алкоголизма, у этих лиц формируется отчужденный, пассивно либо враждебно оппозиционный стиль интерактивного поведения. Такой модус определяется дефицитом базисного опыта доверия, который распространяется даже на «опорные» фигуры ближайшего окружения и делает невозможным рассчитывать на кого-либо, сближаться, склонять на свою сторону, т.е. строить откровенные, надежные отношения. Любой более-менее тесный контакт, предполагающий установление дове-



рительных связей, а тем более, планирование таких отношений на будущее, порождает ощущение угрозы основам жизненности. Механизмы «проективной идентификации» определяет восприятие окружения как холодного, негативистичного и потенциально опасного, в связи с чем его следует сторониться либо презирать. С близкими людьми в большинстве случаев устанавливаются не манипулятивно-созависимые, как это регистрируется в биографических данных алкоголиков, но наиболее инфантильные симбиотически-зависимые отношения — с элементами паразитирования, односторонними требованиями удовлетворения потребностей (Белокрылов И.В., 2002). Своеобразие социально-психологического статуса лиц, склонных к употреблению наркотиков проявляется уже самим фактом их приобщения к антисоциальным слоям общества, к особой «теневой» субкультуре. Если конформно ориентированным алкоголикам соответствует весьма традиционный в большинстве социальных и этнических слоев «наркотик выбора» — алкоголь, то наркоманы тропны к запрещенному, криминализированному продукту, употребление которого изначально осуждается и относит их к маргинальным элементам общества. Аддиктивное поведение наркоманов вполне соотносится с их преморбидной оппозиционно-индивидуалистической предрасположенностью. Будучи враждебно-негативистично либо недоверчиво настроенными по отношению к «устоям» общества, в частности, к семье, они обнаруживают склонность к образованию особых референтных групп. Такие группы фактически моделируют уже социальные созависимые отношения и являются активной микросредой, провоцирующей употребление сперва «легких», а затем и наиболее «аддиктивно сильных» наркотиков (Яцышин С.М., 2003; Менделевич В.Д., 2007).

### *Психологические механизмы употребления ПАВ*

Патогенетическое значение «комплиментарности» личности психоактивному веществу имеют описанные выше особенности социопсихологического функционирования лиц, предрасположенных к аддикции. Будучи неодушевленным предметом, но обладая при этом мощным психотропным действием, наркотик (алкоголь) фактически оказывается носителем специфических свойств, сходных в восприятии аддиктов с характеристикам ключевых фигур их биографии. Так, алкоголь успокаивает, улучшает настроение, повышает самооценку и одновременно служит «карающей, наказующей» инстанцией, побуждающей к самообвинениям и просто приносящей физические страдания. Наркотик (особенно опиоидного ряда) также порождает страдания («ломку», депрессии, суицидальные мысли и др.), но при этом, помимо непосредственного психофармакологического (седативного либо эйфоризирующего) эффекта, обладает уникальным свойством. Он делает тягостный для трезвого осознания факт «неспособности субъекта найти в реальности то, что ему требуется» терпимым и даже приемлемым (Куттер П., 1989, 2000; Менделевич В.Д., 2007). Он устраняет у лиц, предрасположенных к наркомании, овладевающие ими ощущения «пустоты», скуки и создает крайне привлекательную иллюзию наполненности смыслом, оживления и собственной нужности. Не случайно, что за такие эффекты аддикты «прощают» наркотику его вредоносное действие, которое, как правило, полностью игнорируют, в чем обычно проявляется хорошо знакомая наркологам «некритичность» пациентов к болезни. Таким образом, наркотики и алкоголь как бы воссоздают в психопатологической картине зависимостей аномальную преморбидную структуру объектных отношений. В этом процессе отчетливо просматривается действие принципа «навязчивого повторения», установленного З. Фрейдом (1920) на модели обсессивных состояний, но проявляюще-

гося, согласно данным современной психологии, при развитии более широкого круга психопатологических расстройств (Wurmser L., Zients A., 1982).

Высокий уровень архаичных аффективных дисфункций может быть рассмотрен как отправной пункт формирования зависимостей. Трудности раннего периода детства в установлении стабильных и эмоционально близких отношений являются предпосылкой серьезных нарушений контакта с людьми в более позднем возрасте вследствие преобладания состояния базовой тревоги, снижения стрессоустойчивости аддиктивного субъекта и формирования у него глубинной потребности в переживании ситуаций и состояний, свободных от тревоги. Естественно, наиболее легким способом реализации данной потребности является установление постоянных отношений с неодушевленными объектами или процессами, а также выстраивание отношений с реальными людьми по типу и подобию предметов, т.к. отношения субъект-субъект слишком непредсказуемы для аддикта, они требуют воспроизведения таких механизмов межличностной перцепции как идентификация, эмпатия, рефлексия, которые у него либо недостаточно развиты вследствие аффективной фрустрации в раннем возрасте, либо утрачены в процессе аддиктивной реализации (Ефремова Ф.В., 2009).

Неадекватное отражение болезни в переживаниях больного при зависимости обусловлено рядом факторов. Во-первых, выраженные соматические изменения, которые могли бы заставить больного изменить свое отношение к алкоголю или наркотику, возникают на более поздних этапах заболевания. Во-вторых, в результате воспитания, влияния микросреды, традиций и самой специфики заболевания не обнаруживается отчетливого сознания того, что он «болен зависимостью», что пьянство или потребление ПАВ приобрело болезненную форму. В литературе этот феномен описывается как анозогнозия (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. и др., 2002; Королев К.Ю., 2009).

Более того, часто у больного зависимостью при активном участии аддиктивной созависимой среды формируется антитрезвенническая установка («все пьют и я пью, как все»). Действительно, как показывают наблюдения, даже в условиях развившейся алкогольной зависимости больные воспринимаются окружением по-разному. Одни смотрят осуждающе, другие снисходительно, третьи как на баловство, шалость, четвертые считают больных компанейскими людьми, любителями повеселиться, шутниками, пятые смотрят на больных как на людей потерянных, которым уже невозможно помочь, и т.п. Такое противоречивое восприятие алкогольной зависимости окружением, такое неоднозначное отношение к больным также создают тенденцию к субъективному, нереалистическому отношению больного к своей форме алкоголизации (Хломов Д.Н., 2002).

## СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

К социальным причинам возникновения зависимости от ПАВ следует отнести уровень экономического развития общества, инфраструктуры, распространенность употребления психоактивных веществ в обществе, моду, способ времяпровождения в компании с опробованием ПАВ (Шереги Ф., 2004).

Данные о влиянии на возникновение зависимости благосостояния противоречивы. Наиболее широко алкоголизм распространен среди малообеспеченных слоев общества. С другой стороны, повышение благосостояния также способствует алкоголизации, что связывается с большей доступностью алкоголя и наркотиков (Гурович И.Я., 2004).

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подростки. Проведенные опросы выявили следующие источники информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы более опытных сверстников и старших (Позднякова М.Е., 1995, 2002).

Разные источники оказывают на подростков неоднозначное влияние. Оказалось, что школьники 10-12 лет, например, под влиянием увиденных фильмов начинают играть в «наркоманов», а у подростков 13-17 лет складываются ложные представления о престижности наркомании. По данным социологических опросов, интерес к проблеме может активизироваться после чтения сенсационных статей в печати. Часто профилактическая работа взрослых, не являющихся специалистами, строится на утрированных оценках, чрезмерном морализировании и запугивании и далеко не всегда эффективна. Более того, попытка профилактической работы не подготовленных для ее выполнения специалистов может приводить к повышению интереса к алкоголю и ПАВ. Параллельно идет другая «работа» — школьники активно обсуждают проблемы наркотизации в своем кругу, где есть «знатоки». Расхождение сведений, распространяемых взрослыми и подростками, усиливает интерес подростков к проблеме. Несмотря на обилие источников информации и разнообразие содержащихся в них сведений, школьники не умеют отличать достоверные факты от вымышленных (Змановская Е.В., 2003).

Также способствует наркотизации массовая культура. Например, движение хиппи способствовало массовому употреблению марихуаны и ЛСД среди молодежи (Егоров А.Ю., 2002).

Социологические теории алкоголизма в какой-то мере объясняют высокую частоту заболевания в отдельных группах населения или в различных культурах и субкультурах. Однако социологические теории не в состоянии объяснить, почему у данного индивида возник алкоголизм, а у многих других членов той же группы заболевание не развилось.

В отношении потребления алкоголя выделяют 4 формы культур:

- Абстинентные культуры. Запрет на любые формы употребления.
- Амбивалентные культуры. Конфликт между существующими ценностями и алкоголем.
- Перmissive культуры. Употребление алкоголя разрешается, но пьянство и патологические явления, связанные с потреблением алкоголя, отклоняются.
- Перmissive культуры, допускающие нарушение функции. Приемлемы не только «нормальное» употребление алкоголя, но также и алкогольные эксцессы.

В этиологии алкоголизма и других зависимостей существенная роль принадлежит различным социо-культурным факторам. Это — влияние группы первичной социализации, т.е. семьи, влияние референтной группы, социального слоя общества, профессии и современного индустриального общества в целом с его прогрессирующей дезинтеграцией, утратой традиций, ослаблением внутрисемейных связей и т.п.

К настоящему времени в ходе биологических, клинических и генетических исследований накоплены данные, позволяющие выделить из общей популяции тех лиц, которым в наибольшей степени грозит развитие зависимости от психоактивных веществ. Эта группа называется группой высокого риска развития зависимости. Термин «группа риска» неправилен, поскольку в популяции нет лиц, абсолютно защищенных от развития зависимости, т.е. лиц с нулевым риском. Термин «группа риска» может употреб-

ляться лишь для краткости. В действительности, речь идет о различии лиц с высокой и низкой степенями риска развития зависимости.

Какие бы факторы риска не использовались, можно с большей или меньшей точностью очертить группу людей с высоким риском заболевания, но необходимо помнить, что это будет групповой риск, а не индивидуальный прогноз. Иными словами, возможно определить, что данный индивид принадлежит к группе с высоким риском заболевания, но разовьется у него заболевание или нет, с уверенностью сказать нельзя. Можно экстраполировать на индивид средний, т.е. групповой риск, памятуя о том, что это лишь вероятность болезни, которая может либо реализоваться, либо не реализоваться. Некоторыми факторами риска можно управлять, минимизировать их и, тем самым, помогать предотвращению заболевания (Пак Т.В., 2004).

Ближайшее окружение часто оказывает наиболее сильное влияние на алкоголизацию и наркотизацию. Среди ближайшего окружения следует особенно выделить роль семьи. Половина детей до 10 лет и 90% до 15 лет впервые алкоголизировались под влиянием ближайших родственников, друзей, знакомых (Шабанов П.Д., 2002). Родители, злоупотребляющие ПАВ — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей.

Все исследования, проведенные на семьях, включая семьи с приемными детьми, единодушно свидетельствуют о том, что самым мощным предиктором зависимости от психоактивных веществ является наличие зависимости в семейном анамнезе. Алкоголизм родителя — мощный фактор риска как алкоголизма, так и наркомании взрослых детей. В то же время следует придавать значение не только факту семейной отягощенности, но и числу больных родственников, а также учитывать, в скольких поколениях были больные зависимостью родственники. Напомним о часто упускаемом из виду факте, что наличие зависимости в нисходящих поколениях, а также среди братьев и сестер больного тоже есть признак семейного отягощения. Некоторые практики склонны учитывать повторные случаи аналогичного заболевания лишь среди родителей либо других родственников восходящих поколений, но забывают о выяснении того же вопроса в нисходящих поколениях, что неправильно. Чем больше число больных в семье и чем ближе степень родства с больным, тем выше риск для еще не заболевшего члена семьи (Вострокнутов Н.В. и др., 2002).

В качестве факторов риска развития зависимости от психоактивных веществ в ряде работ регистрировались и такие семейные факторы как ранняя смерть отца, развод родителей, т.е. «неполный дом». Эти факторы, действительно, имеют тенденцию к накоплению в семьях с зависимостью, однако, следует обращать особое внимание на то, что «неполный дом» часто является уже следствием зависимости от психоактивных веществ одного из родителей либо реже — обоих. К семейным факторам следует отнести и внутрисемейные взаимоотношения. С будущим алкоголизмом или наркоманией ассоциированы такие взаимоотношения в семье, при которых отмечается недостаток эмоциональной привязанности между отцом и матерью, конфликтные взаимоотношения между ними, а также подобные взаимоотношения между родителями и сыном или дочерью, в отношении которых определяется риск (Лозовая Т.В., 2010).

Что касается отношения родителей к употреблению подростком алкоголя, то с развитием в дальнейшем алкоголизма ассоциировались две крайние позиции — либо категорический запрет, либо потакающее, разрешительное отношение. Что касается употребления наркотиков, то в семьях с наличием подобного заболевания также наблюдаются колебания позиций родителей от безмятежно-благодушного отношения

(«нам это не грозит») до патологически выраженной тревоги уже в тот период, когда дети еще не употребляют наркотики. Психологи считают, что страх и тревога как бы приглашают беду в дом. Полное же отсутствие тревоги у родителя при задержании подростка в состоянии опьянения — алкогольного или наркотического — также можно отнести к факторам риска развития зависимости от психоактивных веществ (Смирнова А.В., 2010).

Нарушения уклада жизни семьи, несоблюдение традиций и ритуалов (это, например, время сбора семьи за обедом, способы проведения досуга, совместное посещение родственников в дни праздников и др.) также относят к факторам, облегчающим передачу зависимости от психоактивных веществ из поколения в поколение. Чаще всего речь идет о факторах, добавочных к наличию алкоголизма у одного из родителей. Изучение этих факторов позволило сделать вывод о том, что полный разрыв взаимоотношений с родителем, больным алкоголизмом, не защищает нисходящее поколение от трансмиссии алкоголизма либо развития другой зависимости от ПАВ. Наоборот, постоянный контакт взрослых детей со своей семьей имеет защитное действие для взрослых детей (Немчин Т.А., 2003).

Систематизируя факторы риска развития зависимости от психоактивных веществ, Ю.В. Валентик (2004) предложил их следующую типологию:

- алкоголизм либо наркомания отца или матери;
- алкоголизм либо наркомания других родственников;
- отсутствие эмоциональной привязанности и сплоченности между членами семьи, постоянная конфликтность взаимоотношений;
- терпимое отношение родителей к употреблению детьми психоактивных веществ или к девиантному поведению;
- хаотичный уклад жизни семьи без соблюдения ритуалов и традиций.

Немаловажным фактором влияния среды на риск формирования зависимости является ситуация в обществе. Сегодня большинство социологических теорий связывают распространение девиантных форм поведения (а наркомания, с точки зрения этого подхода, — одна из форм девиации) с явлением социальной аномии. Д.Э. Дюркгейм характеризовал аномию как состояние отсутствия ценностей, «безнормность», присущие переходным периодам, когда старые ценности уже не существуют, а новая система норм и ценностей еще не сформирована. Р.К. Мертон описывает эту общественную ситуацию как расхождение общественных требований, культурно принятых жизненных целей и имеющихся в распоряжении средств. Р.Г. Дарендорф объясняет аномию ослаблением общественных привязанностей; Р.М. Макивер — ослабленными социальными и эмоциональными контактами. Однако все авторы сходятся в негативной оценке влияния аномии на общество и его институты. Аномия усиливается в период реорганизации общества в связи как с общественными регрессиями, так и с быстрыми прогрессивными процессами.

Последние годы в нашем обществе происходят очень резкие изменения, а вместе с ними людям становится сложно оценивать ситуацию, особенно молодежи. На фоне этого происходит быстрая наркотизация общества, что еще раз доказывает влияние макросоциальных факторов на риск возникновения наркомании. Н.С. Курек (2001) в своих исследованиях также отмечает, что в годы социальной нестабильности число наркоманий и психических заболеваний резко возрастает. Из-за ослабления общественных институтов социализации возросли роль и значение молодежных групп. По существу, они превратились в среду первичной социализации, но при этом они не способны усваивать общественные нормы полностью и адекватно требованиям социума.

Молодежная субкультура порой носит дезинтегрирующий характер и способствует формированию девиаций (Позднякова М.Е., 2011).

Негативное социокультурное влияние молодежных объединений проявляется в следующих моментах:

- все большее влияние приобретают группы, образующиеся спонтанным путем в бесконтрольном окружении (улица, места развлечений и т. п.);
- в группе часто доминирует система отношений приятельского уровня (все дальше оттесняется «дружба» в ее традиционном понимании); группы принимают значительные размеры, что исключает переживания интимности, доверительности;
- внутрigrупповые связи амбивалентны или нейтральны; в спонтанно образующихся, достаточно многочисленных группах много подростков, которые реализуют «общинное одиночество», или одиночество в толпе;
- молодежные группы часто построены иерархически и охватывают людей разного возраста, что способствует выстраиванию системы власти и подчинения; негативные привычки и поведение старших становятся нормой для всех, что приводит к ускорению девиантной «карьеры» младших;
- жизнь групп насыщена конфликтами, как внутри, так и за ее пределами; часто конфликты между группами перерастают в агрессию; межгрупповым отношениям в высокой степени присущи аттитюды отвержения, нетерпимости, образ мышления, основанный на предубеждении и дискриминации;
- актуальным для молодежных групп является вопрос любви; при выборе партнера не принимается во внимание его причастность к какой-либо форме девиации;
- коммуникативная система внутри группы очень скудна;
- культура вкуса, в основном, проявляется внешне: в одежде, внешней атрибутике, музыкальных пристрастиях и т. п.

Важно отметить, что критическим моментом для приобщения к наркотикам является переход от подросткового возраста к юношескому. Именно в это время знакомится с наркотиками почти половина всех когда-либо приобщившихся к ним, а до 20 лет успевают познакомиться с наркотиками почти 9/10 всех, хотя бы однажды пробовавших их. В целом, если до 20 лет человек не получил опыт употребления наркотиков, то вероятность этого резко снижается. Еще меньше риск вовлечения в периодическое или регулярное потребление (Буркин М.М., 2002).

При наркоманиях на неадекватное осознание болезни влияют принадлежность к определенной субкультуре с ее ценностными ориентирами поведения, с негативистическим отношением к родителям, средовой культуре, особым отношением к людям не их субкультуры (Валентик Ю.В., 2004).

Концепция психологического здоровья (категории, которую можно представить и как качество психического здоровья) определяет процесс активного формирования индивидуального и социального здоровья как интенсивное развитие самоорганизующих способностей человека. Описывая психосоциальные факторы, в первую очередь следует отметить, что уровень профессиональной квалификации родителей практически не связан с приобщением детей к приему наркотиков. В то же время прослеживается определенная связь между вовлечением подростков в наркопотребление с сектором занятости родителей. Так, среди тех, чьи матери работают в коммерческом секторе экономики, по данным социологических исследований доля пробовавших наркотики наибольшая (Позднякова М.Е., 2002).

В соответствии с данными заведующей сектором девиантного поведения Института социологии Российской академии наук М.Е. Поздняковой (2011), в современном российском обществе эксперты выделяют и другой источник пополнения числа наркоманов — маргинальные слои современного российского общества. Одной из наиболее распространенных характеристик родительских семей потребителей наркотиков до 1992 года был низкий материальный и образовательный уровень родителей. Сегодня среди наркопотребителей значительна доля подростков, имеющих родителей с незаконченным и законченным высшим образованием, их наркотизация обусловлена не столько собственной неадаптированностью, сколько социальной дезадаптацией родителей. К наркотикам приобщаются как дети родителей, потерявших свой социальный статус (имеющих высшее образование и уволенных с работы в связи с сокращением персонала, в итоге лишившихся заработка), так и дети родителей, приобретших принципиально новый социальный статус (уровень образования низкий, материальная обеспеченность высокая). Таким образом, важный фактор включения в наркопотребление — принадлежность к маргинальным слоям общества. Но к наркотикам проявляют склонность не столько сами маргиналы, сколько их дети.

Обнаружена непосредственная связь между вовлечением в наркоманию и приобретением принципиально нового для нашего общества социального статуса — работа в коммерческой сфере в качестве наемного лица или частного собственника. В настоящее время в группе повышенного риска находится та часть нашего общества, с которой оно связывает надежды на реформирование страны (Лысенко С.А., 2009).

Общая тенденция заключается в том, что социальный механизм распространения наркотиков включает познавательный аспект: в конце 90-х годов расширилась часть молодежи, владеющая теми или иными знаниями и навыками в отношении наркотиков, что связывается и с принципиальной доступностью такой информации в сети интернет (Гоголева А.В., 2002).

Существенным фактором, влияющим на употребление молодежью наркотических и/или токсических веществ является социальная дезадаптация, обусловленная социально-экономическими переменами в нашей стране. Она проявляется в неудовлетворенности жизнью и желании отвлечься от нее. Этот мотив и является основным для молодых людей, потерявших в месяцы текущего социально-экономического кризиса работу и начавших активно потреблять различные психоактивные вещества с целью ухода от реально значимых житейских проблем в мир алкоголя и наркотиков (Егоров А.Ю., 2002).

### 1.3. ТИПОЛОГИЯ И ПРИЧИНЫ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

В последнее время для врачей-психотерапевтов большой интерес представляют т.н. «нехимические зависимости». Это связано с их высокой распространенностью и значительно большей частотой обращений таких пациентов за психотерапевтической помощью. К этой группе зависимостей относят аддикции, где объектом зависимости становится специфическое поведение — поведенческий паттерн, а не ПАВ. Это, в частности, позволяет для обозначения этих видов аддиктивного поведения использовать термин «поведенческие аддикции», который больше распространен в западной литературе. Клиническая классификация, причины возникновения и развития, а также подходы к терапии этих расстройств в настоящее время остаются дискуссионными. В литературе обсуждается их клиническая квалификация, возможность отнесения нехимических зависимостей к наркологии либо психиатрии. Однако разработка научно-обоснованных подходов к психотерапии этой группы расстройств необходима. Опишем один из современных взглядов на типологию этих состояний.

Первая концепция и классификация нехимических аддикций в России была предложена Ц.П. Короленко (1991), в дальнейшем Ю.В. Поповым была представлена концепция и связанная с ней типология форм саморазрушающего поведения (1994). В последнее время вопросы теоретического понимания, классификации и подходов к терапии разрабатываются А.Ю. Егоровым (2004). Настоящая глава издания в значительной мере основывается на обзоре, представленном А.Ю. Егоровым (2005).

Ц.П. Короленко к нехимическим аддикциям относил патологическую вовлеченность в азартные игры (гэмблинг), аддикцию отношений, сексуальную и любовную аддикции, аддикцию избегания, «работоголизм», аддикцию к трате денег, ургентную аддикцию, а также т.н. «промежуточные аддикции» — аддикции к еде (переедание и голодание). Кроме вышеперечисленных, в настоящее время описано значительное количество других нехимических аддикций: многообразные компьютерные зависимости или интернет-зависимости (Гоголева А.В., 2002; Войскунский А.Е., 2004; Young, 1998), аддикция упражнений (спортивная) (Murphy, 1993; Griffiths, 1998; Kjelsas et al., 2003), духовный поиск (Постнов В.В., Дереча В.А., 2004), «состояние перманентной войны» (Постнов В.В. и др., 2004), синдром Тоада, или зависимость от «веселого автовождения» (joy riding dependence) (McBride, 2000). В.Д. Менделевич (2003) рассматривает также фанатизм во всех его проявлениях (религиозный, политический, спортивный, национальный) как одну из форм аддиктивного поведения, отмечая, что любое сверхценное увлечение, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность, входит в состав списка аддиктивных типов девиантного поведения. Некоторые исследователи включают в число нехимических аддикций kleptomанию и трихотилломанию (Lejoyeux et al., 2002; McElroy et al., 1995), которые, на наш взгляд, являются расстройствами влечений, а не болезнями аддикции. К группе нехимических зависимостей относят и аддиктивное суицидальное поведение (Попов Ю.В., Бруг А.В., 2005).

И. Маркс (Marks I., 1990) предложил следующие критерии для диагностики поведенческих (нехимических) зависимостей:

- Побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (Состояние, имеющее сходство с «тягой» при зависимости от ПАВ).



- Нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена.
- Завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение.
- Повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (сходная с состоянием и симптомами абстиненции).
- Внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции.
- Последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска).
- Гедонистический оттенок на ранних стадиях аддикции.

Нехимические аддикции часто сочетаются с другой психической патологией: аффективными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, невротами и химическими зависимостями (Менделевич В. Д., 2003; Schneider, Irons, 2001; Lejoux et al., 2002, и др.). Коморбидность невротических расстройств и нехимических аддикций, по мнению А.Р. Назмугдинова (2000), определяется тремя основными вариантами: невроз, манифестировавший на фоне ранее сформированной аддиктивной зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравмирующая ситуация); длительное невротическое состояние, обусловившее своеобразный механизм психологической защиты в виде формирования аддиктивного поведения; невротические и аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие этиопатогенетические и патопластические феномены.

Рассмотрим различные варианты нехимических аддикций.

## 1. АЗАРТНЫЕ ИГРЫ (ГЕМБЛИНГ, ЛУДОМАНИЯ)

Гемблинг (патологическая склонность к азартным играм, F63.0 по МКБ-10) «заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этой сфере» (МКБ-10, 1994).

В последнее время проблема азартных игр приобрела исключительно важное значение в связи с повсеместным распространением денежных игровых автоматов, открытием множества казино. Все они красиво оформлены, что способствует усилению суггестивного эффекта легкой возможности выигрыша за короткое время. Игровые автоматы давно распространены во всем мире. Так, еще в 1970-х годах XX столетия в Англии возникла проблема низкой посещаемости кинотеатров, вплоть до необходимости их закрытия, за счет возрастающей популярности залов игровых автоматов. В США, по данным Р. Фольберг (Volberg, 1996), количество «проблемных гемблеров» — аддиктивных игроков, настолько зависимых от игровых автоматов, что их жизнь оказывается полностью подчиненной этой страсти, — достигает 5% населения. Данные других исследователей (Ladouceur et al., 1999) свидетельствуют о том, что только за первую половину 1990-х годов число проблемных гемблеров выросло в Канаде более чем на 75%.

В связи с этим многие зарубежные исследователи считают азартные игры серьезной социальной проблемой, представляющей угрозу для части населения. Проблема усугубляется тем, что в процессе игры в ряде случаев возникают расслабление, снятие эмоционального напряжения, отвлечение от неприятных проблем и игра рассматривается как приятное времяпрепровождение. На основе этого механизма постепенно

наступает втягивание и развивается зависимость. Вместе с тем в литературе до сих пор не утихают споры — является ли гемблинг аддикцией или в большей степени одной из форм обсессивно-компульсивного расстройства (Blanco et al., 2001).

Ц.П. Короленко и Т.А. Донских (1990) выделяют ряд признаков, характерных для азартных игр как одного из видов аддиктивного поведения. К ним относятся:

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций — игровой, постоянные мысли об игре, преобладание и воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями.
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, развивающиеся через сравнительно короткие промежутки времени после очередного участия в игре, с труднопреодолимым желанием снова приступить к игре. Такие состояния по ряду признаков напоминают состояния абстиненции у наркоманов, они сопровождаются головной болью, нарушением сна, беспокойством, сниженным настроением, нарушением концентрации внимания.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.
6. Периодически возникающие состояния напряжения, сопровождающиеся игровым «драйвом», все преодолевающим стремлением найти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну. Это выражается в том, что, решив раз и навсегда «завязать», при малейшей провокации (встреча со старыми знакомыми, разговор на тему игры, наличие рядом игорного заведения и т. д.) аддиктивный игрок возобновляет гемблинг.

В американской классификации психических расстройств (DSM-IV, 1994) диагноз патологического гемблинга ставится при наличии пяти и более пунктов из раздела «А» и условия пункта раздела Б.

Раздел «А»:

- Поглощен гемблингом, например, постоянно возвращается в мыслях к прошлому опыту гемблинга, намеренно отказывается от гемблинга или, наоборот, предвкушает и готовится к реализации очередной возможности гемблинга, или обдумывает способ достать денежные средства для этого.
- Продолжает игру при все возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.
- Предпринимал неоднократные, но безуспешные попытки контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть меньше или совсем прекратить.
- Проявляет беспокойство и раздражительность при попытке играть меньше или совсем отказаться от гемблинга.
- Играет, чтобы уйти от проблем или снять дисфорию (в частности, чувство беспомощности, вины, тревогу, депрессию).
- Возвращается к игре на следующий день после проигрыша, чтобы отыграться (мысль о проигрыше не дает покоя).
- Лжет семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.
- Совершал криминальные действия — такие, как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.

- Ставит под угрозу и даже готов полностью порвать отношения с близкими людьми, бросить работу или учебу, отказаться от перспективы карьерного роста.
- В ситуации отсутствия денег из-за гемблинга перекладывает решение проблем на других людей.

Условия раздела «Б»: Игровое поведение не связано с маниакальным эпизодом.

Говоря о психологических особенностях проблемных гемблеров, большинство исследователей указывает на потерю контроля за собственным поведением, причем это касается всех вариантов гемблинга — от игры на тотализаторе до игровых автоматов (O'Connor, Dickerson, 2003). Австралийские исследователи А. Бласцински и Л. Науэр (Blaszczynski, Nower, 2002) выделяют три подгруппы проблемных гемблеров: 1) с нарушением поведения; 2) эмоционально неустойчивые; 3) антисоциальные гемблеры, склонные к импульсивным поступкам, подчеркивая тем самым неоднородность группы аддиктов.

Хотя болезненная страсть к азартным играм чаще наблюдается у мужчин, у женщин эта аддикция принимает более тяжелые формы. Женщины втягиваются в опасное увлечение в три раза быстрее и тяжелее поддаются психотерапии. В отличие от мужчин, женщины подпадают под зависимость от азартных игр в более зрелом возрасте, и по другим причинам. Наиболее распространенная из них — личные проблемы, от которых они пытаются уйти в игру. Наиболее часто это происходит в возрасте от 21 до 55 лет, и в 1-4% случаев страсть принимает такие формы, при которых необходима помощь психиатра. Каждый третий патологический игрок — это женщина. Так, недавнее сравнительное исследование 70 проблемных гемблеров-мужчин и 70 гемблеров-женщин показало более прогрессивное развитие аддикции у женщин по стадиям: социальный гемблинг, интенсивный гемблинг, проблемный гемблинг. Половые различия между мужчинами и женщинами заключались также в том, что гемблингу у женщин чаще сопутствовало депрессивное расстройство, а у мужчин — алкоголизм (Tavares et al., 2003).

Следует отметить, что лица, участвующие в игре, сравнительно часто злоупотребляют алкоголем и другими ПАВ, то есть включаются в комбинированные формы аддиктивного поведения. Для «игроков» типичны трудности межличностных отношений, частые разводы, нарушение трудовой дисциплины, частая смена работы.

Существуют факторы, предрасполагающие к гемблингу: неправильное воспитание в семье, участие в играх родителей, знакомых, стремление к игре с детства (домино, карты, монополия и т.д.), вещизм, переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000). Американский исследователь А. Пастернак (Pasternak, 1997), в свою очередь, в качестве факторов риска выделяет принадлежность к национальному меньшинству, отсутствие семейного статуса, депрессию, а также различные варианты химической аддикции.

Р. Кастер (Custer, 1984) выделил три стадии развития гемблинга: стадию выигрышей; стадию проигрышей и стадию разочарования. Стадия выигрышей представлена следующими признаками: случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм. Для стадии проигрышей характерны: игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьше-

ние рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности — раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, одалживание денег на игру, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть. Признаками стадии разочарования являются: потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя.

В.В. Зайцев и А.Ф. Шайдулина (2003) уделяют особое внимание так называемым «ошибкам мышления», которые формируют иррациональные установки гемблеров. Ошибки мышления бывают стратегическими, обуславливающими общее положительное отношение к своей зависимости, и тактическими, которые запускают и поддерживают механизм «игрового транса».

К стратегическим ошибкам мышления относятся следующие внутренние убеждения:

- Деньги решают все, в том числе проблемы эмоций и отношений с людьми.
- Неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой.
- Замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.

К тактическим ошибкам мышления относятся:

- Вера в выигрышный — фартовый — день.
- Установка на то, что обязательно должен наступить переломный момент в игре.
- Представление о том, что возможно вернуть долги только с помощью игры, то есть отыграть.
- Эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче себе самому слова никогда не играть.
- Убеждение о том, что удастся играть только на часть денег.
- Восприятие денег во время игры как фишек или цифр на дисплее.
- Представление о ставках как о сделках.

В связи с повсеместным распространением игровых автоматов и отсутствием контроля, в частности, возрастного, в игровых залах России в период 1995-2005 гг. среди населения практически во всех возрастных группах отмечалась «гемблинг-эпидемия». В последнее время в связи с принятием в России соответствующих законов острота этой проблемы несколько уменьшилась. Исследование особенностей гемблинга среди подростковой популяции в 10000 человек в возрасте от 12 до 13 лет из 114 школ в Англии и Уэльсе показало, что подростки играют практически в те же игры, что и взрослые. Вместе с тем, подростки предпочитают игровые автоматы, а также билеты Национальной лотереи. По данным австралийских исследователей, более 5% подростков могут быть отнесены к проблемным гемблерам (Fisher, 1999).

П. Дельфабро и Л. Трапп (Delfabbro, Thrupp, 2003), рассматривая социальные детерминанты, способствующие возникновению подросткового гемблинга, указывают на факт гемблинга среди родителей, а также положительное отношение к игре в семье. Говоря о факторах, препятствующих подростковому гемблингу, исследователи отмечают воспитание в семье таких качеств как умение сохранять свои деньги, составлять и поддерживать бюджет.

## 2. АДДИКЦИИ ОТНОШЕНИЙ

Существует два вида аддикций отношений — любовные аддикции и аддикции избегания, которые взаимопересекаются. У них общие предпосылки возникновения: проблемы с самооценкой, неспособность любить себя, трудности в установлении функциональных границ между собой и другими. Поскольку такие лица не могут установить границы своего Я, то у них отсутствует способность к реальной оценке окружающих. Для этих людей существуют проблемы контроля — они позволяют контролировать себя или пытаются контролировать других. Характерны навязчивость в поведении, в эмоциях, тревожность, неуверенность в себе, импульсивность действий и поступков, проблемы с духовностью, трудность в выражении интимных чувств (Короленко Ц.П., Дмитриева Н. В., 2000).

Любовная аддикция — это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они получили название соаддиктивных, или созависимых. Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность, как в положительном, так и в отрицательном отношении. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т. д.

Идея о том, что любовные отношения также могут носить аддиктивный характер, была высказана четверть века назад. Как отмечает Т. Тимрек (Timmreck, 1990), термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления прежнего, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви. Дисфункциональные эмоциональные состояния, такие как недоверие, чувство отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, чувства неудачи, потери и масса других отрицательных эмоций и саморазрушающих моделей поведения, возникают в эмоционально раненом любовном аддикте.

Признаки любовных аддикций, описанные Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой (2000), заключаются в следующем:

- Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция.
- Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.
- Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.
- Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношение к родным и близким.
- У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в центре которых стоит страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, который присутствует на уровне сознания, — это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание

ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Признаки аддикции избегания:

- Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любимым аддиктом). Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любимым аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любимым аддиктом — они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.
- Стремление к избеганию интимного контакта с использованием техник психологического дистанцирования. На уровне сознания у аддикта избегания находится страх интимности. Аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем. На подсознательном уровне — это страх покинутости. Он приводит к желанию восстановить отношения, но держать их на дистантном уровне.

Процесс аддикции позволяет выделить несколько этапов ее развития:

- Период, при котором интенсивные эмоциональные переживания будут иметь положительный знак. Этап знакомства аддиктов: аддикт избегания производит впечатление на любимого аддикта.
- Период фантазирования. Происходит связь ранее имевшихся фантазий с реальным объектом, что несет радость и чувство освобождения от неприятных ощущений жизни как неинтересной и серой. Любовный аддикт на пике фантазирования проявляет все большую требовательность к партнеру, что способствует уходу аддикта избегания от этих отношений.
- Период кризиса в отношениях. Развитие осознания того, что в отношениях не все в порядке. На каком-то этапе любовному аддикту приходится признать, что его покидают. Появляются явления отнятия, для которых характерны депрессия, дистимия и безразличие. Начинается анализ произошедшего с целью вернуть все назад. Отношения разрушаются, но в будущем могут быть восстановлены либо с прежним, либо с другим партнером.

В отношениях аддиктов отсутствуют здоровые разграничения, без которых невозможны интимность между партнерами, признание права на собственную жизнь. Это приводит к тому, что они обвиняют друг друга в нечестности, используют сарказм, преувеличения и оскорбления.

Вместе с тем любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие взаимодополняемых психологических характеристик. Несмотря на то, что черты, привлекающие у другого, могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, они привычны с детства и напоминают ситуацию переживаний детства. Возникает влечение к знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются «неаддиктами». Они кажутся им скучными, непривлекательными; они не знают, как себя с ними вести.

Существуют факторы, способствующие влечению любовных аддиктов к аддиктам избегания:

- привлекательность того, что знакомо;
- привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что «раны детства» могут быть излечены на новом уровне;
- привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

### 3. СЕКСУАЛЬНЫЕ АДДИКЦИИ

Сексуальные аддикции относятся к скрытым, замаскированным аддикциям. Это связано с социальными табу на обсуждение данной тематики. Чем более закрыта, табуирована эта тематика, тем меньше выявляется аддикций. Таким образом, сексуальные аддикции всегда должны рассматриваться в транскультуральном плане. П. Карнес (Carnes, 1989) сообщает, что сексуальной аддикции подвержены от 3 до 6% населения США. В более позднем исследовании приводится цифра в 20 миллионов человек (Coleman-Kennedy, Pendley, 2002).

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева (2000) подразделяют сексуальные аддикции на ранние, которые начинают формироваться в очень юном возрасте на фоне общего аддиктивного процесса, и поздние, пришедшие на смену другой форме аддиктивного поведения.

Признаками сексуальной аддикции являются (Goodman, 1990):

1) повторяющаяся потеря контроля над своим сексуальным поведением и 2) продолжение сексуального поведения, несмотря на вредные последствия.

Теоретическая модель сексуальной аддикции, предложенная А. Гудманом (Goodman, 1997), включает в себя три компонента:

- нарушение регуляции аффекта;
- нарушение тормозного контроля за сексуальным поведением;
- нарушение функционирования мотивационной системы награды.

В генезе сексуальных аддикций большое значение имеет ранняя сексуальная травматизация в детстве: от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждений, что он представляет интерес только как сексуальный объект. В такой ситуации формируется комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу (Schwartz, 1992). Появляется убежденность, что секс — это единственная сфера, в которой он может проявить свою самостоятельность. Секс — единственное средство, которое может сделать изоляцию аддикта переносимой.

Как показали исследования, у сексуальных аддиктов выше уровень тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивных проявлений, а также интерперсональной чувствительности, по сравнению с контрольной группой (Raviv, 1993). У сексуальных аддиктов встречается достаточно высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, такими как злоупотребление ПАВ, тревожные и аффективные расстройства (Black et al., 1996). Л.К. Шайдукова (1993) описала частое сочетание сексуальной аддикции с ранним алкоголизмом у женщин, где мотивом и алкоголизации, и промискуитета был поиск новых ощущений. Мотив поиска «острых ощущений» как ведущий при сочетании сексуальной и алкогольной аддикции приводится и в работе индийских исследователей (Chandra et al., 2003).

Сексуальная аддикция часто сосуществует с различными формами наркоманий и может являться причиной, часто неустанавливаемой, рецидива химической зависимости. А. Уоштон (Washton, 1989) обнаружил, что 70% кокаиновых наркоманов, проходивших амбулаторное лечение, одновременно являлись и сексуальными аддиктами. Автор показал наличие «реципрочного рецидива», когда компульсивное влечение к сексу провоцировало прием кокаина, и наоборот. В исследовании (Rawson, Washton, 1998) было показано, что 3/4 мужчин с амфетаминовой наркоманией и больше половины мужчин-кокаинистов отмечают, что под действием наркотиков их сексуальная активность становится «извращенной» или «ненормальной», а их сексуальные фанта-

зии являются своеобразным триггером для употребления наркотиков. Сравнивая компульсивную сексуальную активность при приеме различных ПАВ, Роусон с коллегами (Rawson et al., 2002) обнаружили, что стимуляторы и алкоголь в большей степени, чем опиаты, способствуют проявлениям сексуальной аддикции. Причем кокаин обуславливает неконтролируемое сексуальное поведение преимущественно у мужчин, а амфетамины — у женщин. В обзоре Дж. Шнайдер и Р. Айронс (Schneider, Irons, 2001) приводят данные исследований о значительной доли сочетаний сексуальной аддикции с другими химическими и нехимическими аддикциями.

Традиционная точка зрения, согласно которой депрессия всегда сопровождается снижением либидо, опровергается современными исследованиями, проводившимися в Институте Кинси (Блумингтон, США), которые показали, что у 15% гетеросексуалов и 25% гомосексуалов депрессия вызывает усиление сексуального влечения (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Авторы показали, что сниженное настроение усиливает сексуальное влечение больше у мужчин, чем у женщин. Кроме того, сексуальная аддикция часто проявляется или сочетается с парафилиями (педофилией, эксгибиционизмом, вуайеризмом и компульсивной мастурбацией). Компульсивная мастурбация в большей степени связана с высоким уровнем тревоги, нежели с депрессией, которая больше коррелирует с неконтролируемым сексуальным поведением по отношению к партнеру.

Сексуальные аддикты часто отрицают наличие у себя каких-либо проблем. Они используют механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Другим часто встречающимся механизмом защиты является рационализация: «Если я не буду заниматься сексом, то не вынесу напряжения, которое во мне накапливается» или «Это мое дело, это никому не вредит, это мой способ расслабления».

У сексуальных аддиктов при воздержании описаны симптомы, напоминающие проявления синдрома отмены при химических зависимостях: дисфория, тревога, трудности концентрации внимания. Многие сексуальные аддикты отмечают также рост толерантности. При реализации зависимости посредством виртуального секса через Интернет они начинают проводить в сети все больше часов. При не виртуальном способе реализации у них появляется все больше сексуальных партнеров; контакты становятся все более эксцентричными и рискованными (Schneider, Irons, 2001). Для диагностики сексуальной аддикции может оказаться полезным тест, разработанный П. Карнесом (Carnes, 1989).

Периодически сексуальные аддикты дают себе зарок измениться, приурочивают начало зарок к какому-то конкретному дню, искренне веря, что они это сделают. Тем не менее, «помимо воли» происходит срыв (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Сексуальное влечение приобретает компульсивный характер (Souza y Machorro M., 2002). В связи с компульсивным характером влечения и потребностью вступать в интимные отношения со значительным числом партнеров, сексуальные аддикты имеют намного больше шансов заразиться ВИЧ, поскольку пренебрегают безопасным сексом (Schneider J.P., Irons R.R., 2001).

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева (2000) описали фазы формирования сексуальной аддикции:

- Сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер. Секс становится любимой темой размышлений. Фантазирование на сексуальные темы меняет восприятие многих вещей. В окружающих видятся лишь сексуальные объекты. Другие занятия рассматриваются как необходимые, но неприятные.
- Фаза ритуализации поведения с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению. Аддикция начинает включать сексуальные реализации и становит-



ся повседневным ритуалом, для которого резервируется специальное время. Окружающие, как правило, этого не замечают, так как аддикт стремится к сохранению имиджа нормальности, демонстрируя свое ложное Я.

- Фаза компульсивного сексуального поведения с явлениями потери контроля, свойственной для других аддикций. На этой фазе аддикт рискует раскрыть себя или нанести себе психологическое и физическое повреждение. Контроль над различными видами сексуальной активности теряется. После реализации компульсивного характера появляются нереализуемые обещания остановиться. Комплекс неполноценности усиливается.
- Фаза катастрофы или отчаяния наступает после неприятностей, обусловленных определенными событиями (наказанием, заболеванием и т. д.). Нарастают отрицательные чувства к себе, могут появиться мысли о самоубийстве.

После некоторого периода затишья наступает повторение цикла, который развивается сразу с фазы компульсивного сексуального поведения.

В семье аддикция длительно скрывается. Отношения постепенно формализуются. Аддикт ведет двойную жизнь, он перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ему становится трудно преодолевать житейские трудности. Более важным для него представляется все время навязчиво доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Неудача сексуального характера очень травматична и может вызвать аутодеструктивные и агрессивные действия. Поражения могут сочетаться со злоупотреблением алкоголем и других ПАВ, призванным избавиться от неприятных чувств. С другой стороны, прием алкоголя может использоваться как запуск сексуальной реализации.

Основной формой помощи сексуальным аддиктам является психотерапия в рамках посещения групп Анонимных Сексоголиков и Анонимных Сексуальных Аддиктов, работающих на тех же принципах, что и Анонимные Алкоголики, то есть по программе 12 шагов. Имеются также отдельные программы для одновременно сексуальных и любовных аддиктов, для созависимых родственников сексуальных аддиктов и т.д. (Schneider, Irons, 2001). Имеются данные, что, помимо психотерапии, проявления сексуальной аддикции сглаживаются при терапии антидепрессантами, ингибиторами обратного захвата серотинина (Fedoroff, 1993; Kafka, 2000).

#### 4. «РАБОТОГОЛИЗМ»

Термин «работоголизм» был предложен в начале 70-х годов XX века Оутсом — священником и профессором психологии религии, который издал книгу «Признания работоголика» («Confessions of a Workaholic»). W. Oates определил работоголизм как аддикцию к работе, компульсию или неконтролируемую потребность к непрерывной работе.

Еще первые работы, посвященные работоголизму, выявили его сходство с другими видами зависимостей, в том числе химическими (Mentzel, 1979). В. Robinson описал работоголизм как ситуацию, когда работа предпочитается человеком в качестве ухода от переживаний о своем эмоциональном состоянии и по поводу проблем личной жизни. По мнению G. Porter работоголизмом страдает каждый четвертый работающий человек, а В. Killinger утверждает, что к этой респектабельной форме аддикции особенно склонны медицинские работники.

Как и всякая аддикция, работоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое в данном случае достигается фикса-

цией на работе. Причем работа не представляет собой того, что она выполняет в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа не является и одной из составных частей его жизни — она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко Ц.П., 1993).

Одной из важных особенностей работоголизма является компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. Аддикт испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в психологическом состоянии чувства тревоги, которое не покидает работоголика ни во время работы, ни в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. Работоголик настолько фиксирован на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний.

В. Killinger рассматривает трудовоголизм одновременно как негативный и сложный процесс, который в конечном счете влияет на способность индивида должным образом функционировать. У трудовоголиков существует компульсивный драйв добиваться признания и успеха, который, однако, может привести их к неверным решениям и личностному краху.

Г. Портер (Porter, 1996) выделяет такие свойства работоголика, характерные для любого аддикта, как ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующая вовлеченность и отсутствие критики.

Работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, которые затрагивают, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. Развитие процесса сочетается с прогрессивным нарастанием эмоциональной опустошенности, нарушается способность к эмпатии. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие большой энергетической затраты. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, в которых требуется активное участие, уклоняется от обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, которые не получают от него обратного эмоционального тепла. Он предпочитает общаться с неодушевленными предметами (реже с животными), чем с людьми, так как это не требует решения насущных межличностных проблем. Однако, исследование числа разводов среди австралийских психологов с признаками работоголизма и без них, проведенное R. Virke с коллегами, не обнаружило каких-либо значимых различий.

Вместе с тем аддикт убеждает себя и окружающих в том, что он работает ради денег или другой абстрактной цели. Такая защита принимается обществом. Человек не понимает, что такой способ «траты» себя является тупиковым, не реализует потенциальные возможности. Вне работы (болезнь, увольнение и т. д.) работогольная аддикция легко сменяется другой, чаще химической аддикцией.

Лживость, типичная для всех аддиктов, характерна и для респектабельных работоголиков. А. Wilson-Schaef и D. Fassel описали три уровня обмана, которые используют эти аддикты. Они обманывают сами себя. Целью этого обмана является прерывание контакта со своими чувствами, осознанием происходящего, со своими настоящими потребностями. Они обманывают окружающих членов семьи, коллег, провоцируя нечестность внутри семейной или рабочей системы. Они обманывают мир в целом, стараясь произвести ложное впечатление на окружающих.

Работоголизм связан с аддиктивными свойствами организаций, в которых трудятся работоголики. Такая организация представляет собой закрытую систему, ограничивающую способность к самостоятельному мышлению и восприятию многих явлений, выходящих за рамки концепции этой системы. В советские времена это выразилось сверхцен-

ным отношением к количественным показателям работы, в бесконечных выполнениях и перевыполнениях плана, «встречных планах», в фиксации внимания на формальной стороне работы — разного вида отчетов, рапортов, показателей, иными словами, стремлением произвести благоприятное внешнее впечатление. Аддиктивной системе присущи признаки отдельного человека-аддикта (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000).

Развитию работоголизма способствует также система мелочного контроля, постоянных проверок эффективности, качества и т.д. Такого рода подходы основаны на недоверии к человеку, неуважении его личности и способствуют формированию работогольного мышления со сниженными возможностями истинной самореализации.

Работоголик оказывает влияние на других членов семьи, не получающих от него эмоциональной поддержки. Члены семьи либо видят в нем пример, либо не принимают и идут по пути более деструктивных аддикций. Дети работоголиков часто злоупотребляют ПАВ.

Между тем следует учитывать, что работоголизм может явиться «спасительной» аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Егоров А.Ю., 2004; Hatcher, 1989).

## 5. ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета как в профессиональной, так и обыденной жизни десятков миллионов людей. Через Интернет делаются покупки, происходит общение, берется информация обо всех аспектах жизни, реализуются сексуальные и игровые пристрастия и многое другое. Как справедливо замечают израильские психологи Y. Amichai-Hamburger и E. Ben-Artzi (2003), «кажется, нет такого аспекта в жизни, который не затронул бы Интернет».

В связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» российского общества стала актуальной проблема патологического использования Интернет, возникшая за рубежом еще в конце 1980-х. Речь идет о так называемой «интернет-зависимости» (синонимы: интернет-аддикция, нетаголизм, виртуальная аддикция, интернет поведенческая зависимость, избыточное/патологическое применение интернета). Для обозначения новых форм нехимических (поведенческих) аддикций, связанных с высокими технологиями, М. Гриффитс (Griffiths M., 1995) предложил термин «технологические зависимости», которые разделил на пассивные (например, зависимость от телевизора) и активные (интернет-игры).

Первыми с интернет-зависимостью столкнулись врачи-психотерапевты, а также компании, использующие в своей деятельности Интернет и несущие убытки в случае, если у сотрудников появляется патологическое влечение к пребыванию в сети он-лайн. Родонаачальниками психологического изучения феноменов зависимости от Интернета могут считаться два американца: клинический психолог К. Янг и психиатр И. Гольдберг. В 1994 году К. Янг (Young K., 2000) разработала и поместила на веб-сайте специальный опросник. В результате были получены почти 500 заполненных анкет, из которых около 400 были отправлены, согласно выбранному ею критерию, аддиктами. В середине 90-х гг. прошлого века для обозначения этого явления I. Goldberg (1996) предложил термин «Интернет-аддикция», а также набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, построенный на основе признаков патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга) (см. выше).

М. Орзак (Orzack, 1998) выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для интернет-зависимости.

**Психологические симптомы:**

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером,
- невозможность остановиться,
- увеличение количества времени, проводимого за компьютером,
- пренебрежение семьей и друзьями,
- ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером,
- ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности,
- проблемы с работой или учебой.

**Физические симптомы:**

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц),
- сухость в глазах,
- головные боли по типу мигрени,
- боли в спине,
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи,
- пренебрежение личной гигиеной,
- расстройства сна, изменение режима сна.

Согласно исследованиям К. Янг (K. Young, 1998), опасными сигналами (предвестниками интернет-зависимости) являются:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту,
- предвкушение следующего сеанса он-лайн,
- увеличение времени, проводимого он-лайн,
- увеличение количества денег, расходуемых на интернет.

Признаками наступившей интернет-аддикции, согласно К. Янг (2000), являются следующие критерии:

- всепоглощенность Интернетом,
- потребность проводить в сети все больше и больше времени,
- повторные попытки уменьшить использование Интернета,
- при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство,
- проблемы контроля времени,
- проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья),
- ложь по поводу времени, проведенного в сети,
- изменение настроения посредством использования Интернета.

Распространенность этого расстройства составляет от 1 до 5% населения (Griffits, 2000; Young, 1998), причем более подвержены ему гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям. По данным корейских исследователей, среди старших школьников возможная Интернет-аддикция регистрируется у 38% (Kim et al., 2005).

К. Янг (Young K., 1998) охарактеризовала пять основных типов интернет-зависимости:

- Обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности).
- Комппульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных.
- Патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, он-лайнovým аукционам или электронным покупкам.
- Зависимость от социальных применений Интернета, то есть от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.

- Зависимость от «киберсекса», то есть от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

В пилотажном исследовании, проведенном К. Янг и Р. Роджерс (Young K., Rodgers P., 1998), 259 человек, из них 130 мужчин (средний возраст 31 год) и 129 женщин (средний возраст 33 года), заполнили в он-лайн-режиме 16-факторный личностный опросник (16PF) Р. Кеттела и составленный Янг опросник интернет-зависимости. В соответствии с полученными данными аддикты характеризовались как обладающие высоким уровнем абстрактного мышления и уверенные в себе индивидуалисты, чувствительные и эмоционально реагирующие на других людей, настороженные и не проявляющие конформного поведения. Как утверждают исследователи, будучи индивидуалистами, аддикты легко адаптируются к длительным периодам относительной изоляции и способны довольствоваться лишь опосредствованными контактами с другими людьми; некоторые из них склонны гипертрофированно (резко негативно или, наоборот, с пылким одобрением) реагировать на слова удаленных собеседников — с таким накалом эмоций, который не поощряется или табуируется в более традиционных формах общения («лицом к лицу»).

М. Шоттон (Shotton, 1989) разработала типологию зависимости от компьютера, включив туда три разновидности такой зависимости. Во-первых, это «сетевики» (networkers): они оптимистичны, в наибольшей степени — сравнительно с другими типами зависимости — социально активны и позитивно настроены к другим людям, имеют друзей, в том числе противоположного пола, поддерживают нормальные отношения с родителями. Компьютер для них — нечто вроде хобби: они могут интересоваться поиском в удаленных базах данных или, к примеру, играть в ролевые групповые игры типа MUD, однако при этом они меньше, чем другие выделенные типы зависимых от компьютеров людей, самостоятельно программируют, в меньшей степени интересуются приложениями, в частности, компьютерной графикой или аппаратным обеспечением.

Во-вторых, это «рабочие» (workers) — самая малочисленная группа. Они владеют наиболее современными и дорогими компьютерами. Процесс программирования у них четко спланирован, программы пишутся ими для достижения нужного результата. Как правило, представители этой группы прекрасно учились или учатся, причем их не удовлетворяет стандартная программа обучения и они посещают дополнительные учебные курсы. Для них характерна весьма строгая «рабочая этика»: например, неприемлем всякий род «компьютерного пиратства».

В-третьих, это «исследователи» (explorers) — самая многочисленная группа. Для них программирование сродни интеллектуальному вызову и одновременно развлечению. Они пишут сверхсложные программы, зачастую даже не доводя их до конца и принимаясь за новые, более сложные. Представители этой группы с удовольствием занимаются отладкой программ; компьютерное пиратство и хакерство они приемлют, полагая их «честной игрой» против других программистов (разработчиков программ) и/или администраторов вычислительных систем. С формальной стороны, уровень образования у них ниже, чем, скажем, у «рабочих», при этом они не только не отстают от имеющих более весомые дипломы коллег, но и зачастую превосходят их объемом знаний. Амбиций также немного: ни высокие должности, ни большие оклады не играют для них главенствующей роли. Таким образом, к социальным критериям жизненного преуспеяния они довольно равнодушны. Для «исследователей» компьютер — своего рода партнер и друг, он одушевлен, с ним проще взаимодействовать, нежели с людьми.

Среди Интернет-зависимых отмечается более высокий уровень аффективных с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut et al., 1998; Shapira et al., 2000), а также маскированной депрессии в рамках малопрогрессирующей

шизофрении (Джолдыгулов Г.А. и др., 2005). Корейские исследователи обнаружили у старших школьников с Интернет-аддикцией более частую депрессию с повышенным риском суицида (Kim et al., 2005). Изучая личностные особенности с помощью опросника Айзенка у Интернет-зависимых, Y. Hamburger и E. Ben-Artzi (2000) обнаружили, что интроверты и экстраверты используют разные ресурсы Интернета, при этом у мужчин экстраверсия положительно коррелирует с использованием Интернета «для развлечения», а нейротизм отрицательно связан с использованием информационных сайтов. У женщин экстраверсия негативно коррелировала, а нейротизм — положительно с использованием информационных ресурсов Интернета. Позже те же авторы установили, что для Интернет-аддиктов, преимущественно женского пола, характерно ощущение одиночества, которое они стараются снизить, проводя время за общением в чатах (Amichai-Hamburger, Ben-Artzi; 2003). Американский исследователь S. Caplan (2002) выделяет следующие особенности личности Интернет-зависимых лиц: депрессия, одиночество, скромность и самолюбие. Обобщив результаты разных исследований, Н.В. Чудова (2002) приводит следующий список черт Интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); сложности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности.

У интернет-зависимых людей проявляются скрытые формы других аддикций: сексуальная аддикция переходит в «киберсекс»; коммуникативные зависимости, такие как «псевдология», «крусодерство» (Менделевич В.Д., 2003), проявляются в «кибернет-отношениях»; пристрастие к азартным играм находит выход в своеобразном интернет-гемблинге. Д. Гринфилд (Greenfield, 1999) подчеркивает, что зависимости от интернета очень часто (в 20% случаев, по его данным) сопутствует сексуальная аддикция. Экран монитора, пишет он, действует гипнотически и вводит пользователей в трансоподобные состояния, отчего, скажем, любовные послания приобретают особую эффективность: побочным эффектом является фиксация зависимости от интернета.

М. Griffiths (1998) выдвинул гипотезу о том, что интернет-аддикция может формироваться на базе различных форм использования Интернета: возможного средства коммуникации при отсутствии контакта лицом к лицу, интереса к непосредственному содержанию сайта (напр., порносайты), онлайн-социальной активности (напр., общение в чатах или игры с участием нескольких человек). Полемизируя с К. Янг, М. Griffiths (1999) утверждает, что многие интенсивные пользователи Интернета не являются собственно Интернет-аддиктами, а используют сеть для реализации других аддикций. В отличие от М. Гриффитса, J. Kandell (1998) определил интернет-аддикцию как патологическую зависимость от Интернета вне связи с формой активности в сети.

Расширяя дефиниции интернет-аддикции, К. Янг, R. Davis (2001) предложил когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета. Он выделил две формы интернет-аддикции, которые обозначил как специфическое патологическое использование Интернета (Specific Pathological Internet Use) и генерализованное патологическое использование Интернета (Generalized Pathological Internet Use). Первая форма представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайн-сексуальные службы, онлайн-аукционы, он-

лайнная продажа акций, онлайнновый гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета. Вторая форма представляет собой неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели, общение в чатах, зависимость от электронной почты, т.е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета.

Возможно, феномен интернет-аддикции представляет собой сборную групп разных поведенческих зависимостей (работогольную, общения, сексуальную, любовную, игровую и т. д.), где компьютер является лишь средством их реализации, а не объектом.

Следует выделить еще один важный аспект, связанный с интернет-аддикцией и влияющий на становление иных форм девиантного поведения. Это серьезные опасности, с которыми дети и подростки могут встретиться, непосредственно находясь в режиме он-лайн:

- эксплуатация доверия к детям: их могут соблазнить на совершение непристойных действий;
- доступ к порнографии: дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в сети. Программное обеспечение, ограничивающее доступ детей в такие сайты, не всегда срабатывает, а часто вообще отсутствует: его может не быть в школе, в библиотеке;
- неподходящие контент-сайты с деструктивным содержанием, например, с инструкциями по изготовлению бомбы или наркотических веществ. Родителям следует интересоваться сайтами, которые посещают дети, и быть внимательными к любым изменениям поведения ребенка;
- увлечение играми типа DOOM, QUAKE, сетевыми играми с насилием повышает агрессивность детей.

Родителям надо знать, в какие игры играет ребенок, быть готовыми предложить конструктивную альтернативу.

Совершенно очевидно, что с ростом компьютеризации в странах СНГ будет увеличиваться и число интернет-аддиктов, особенно среди молодой части населения.

## 6. СПОРТИВНАЯ АДДИКЦИЯ (АДДИКЦИЯ УПРАЖНЕНИЙ)

В современной науке о спорте принято различать спорт для здоровья (то, что раньше называлось физической культурой) и спорт высших достижений (профессиональный). Кроме того, выделяют и так называемые экстремальные виды спорта, которые в наши дни завоевывают все большую популярность. Именно спорт высших достижений и экстремальный спорт несут в себе наибольший аддиктивный потенциал.

В последние десятилетия в западной литературе появляются публикации, посвященные аддикции упражнений. Аддикция упражнений впервые была упомянута П. Бэкландом (Baekeland, 1970), когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки на паттерны сна. В дальнейшем концепция аддикции упражнений была популяризирована и разрабатывалась М. Саксом и Д. Паргманом (Sachs, Pargman, 1984), которые предложили термин «аддикция бега» (running addiction). Авторы описали своеобразный синдром отмены, который развивается при депривации бега: тревога, напряжение, раздражительность, мышечные подергивания и т.д. В обзоре, посвященном аддикции упражнений, М. Мерфи (Murphy, 1993) указывает на три психофизиологических объяснения возникновения аддикции упражнений: термогеническая гипотеза,

катехоламинавая гипотеза и эндорфиновая гипотеза. Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и снижает соматическую тревогу. Катехоламинавая и эндорфиновая гипотезы находятся в русле современных воззрений на нейрофизиологическую и нейрофармакологическую природу возникновения всех химических зависимостей.

Стандартного и общепризнанного определения аддикции упражнений не существует. Ее описания включают поведенческие (например, частота тренировок), психологические (патологическая приверженность) и физиологические факторы (напр., толерантность). Наибольшее признание получило определение, предложенное D. Veale, который выдвинул набор критериев для диагностики данного вида зависимости, основанный на критериях DSM-IV для химической зависимости, включающий и биомедицинские (толерантность, симптомы отмены), и психосоциальные (нарушение социального и профессионального функционирования) ракурсы.

Основываясь на определении D. Veale, аддикция упражнений описывается как многомерный малоадаптивный паттерн тренировок, приводящий к клинически значимому ухудшению или недомоганию, проявляющемуся в виде трех и более из нижеперечисленных признаков:

- Толерантность — потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок.
- Симптомы отмены (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки.
- Эффекты намерения — когда человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался.
- Потеря контроля — настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.
- Время — огромное количество времени тратится на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки.
- Конфликт — сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок.
- Продолжительность — тренировки продолжаются, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

Исследования женщин-спортсменок показали, что те спортсменки, которые, предположительно, проявляли признаки первичной аддикции упражнений, по большей части не имели существенных отличий от контрольной группы по психическим отклонениям и личностному профилю. Напротив, испытуемые с пищевыми девиациями, независимо от наличия у них аддикции упражнений, проявляли относительно высокий уровень психических нарушений, нейротизма, зависимости и импульсивности, пониженную самооценку, большую озабоченность своим телом и весом, а также искаженные представления о последствиях отказа от тренировок. При отсутствии пищевых девиаций женщины, считавшиеся зависимыми от тренировок, практически не проявляли признаков патологии. Таким образом, D. Vambeg с коллегами попытались доказать, что аддикция упражнений не существует в качестве отдельного, самостоятельного и первичного отклонения, она проявляется всегда только в контексте нарушения пищевого поведения.

Помимо бега, в современной литературе имеются описания клинических случаев возникновения спортивной аддикции при занятиях разными видами спорта (Murphy,



1993; Griffiths, 1998), включая то, что мы называет спортом для здоровья (Kjelsas et al., 2003). В работе Е. Кьелсас с сотр. (Kjelsas, Augestad, Flanders, 2003) в результате использования специального опросника на аддикцию упражнений было показано, что у женщин существует прямая зависимость между количеством часов в неделю, уделяемых спорту, и риском развития зависимости.

Что касается занятий экстремальными видами спорта, то следует признать, что это возможный путь создания социально приемлемой формы зависимости при проведении профилактической и реабилитационной работы у детей и подростков с аддиктивным поведением (Егоров А.Ю. и др., 2001). Вместе с тем следует помнить, что спортивная аддикция, как и любая другая зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе и химическую. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов. Поэтому экстремальный спорт может быть признан альтернативой химической зависимости, но альтернативой, таящей в себе определенную опасность.

## 7. АДДИКЦИЯ К ТРАТЕ ДЕНЕГ (ПОКУПКАМ)

Хотя неконтролируемое влечение совершать покупки упоминалось еще в работах Э. Крепелина и Е. Блейера, на современном этапе научный интерес к этой проблеме возник относительно недавно. Фабер и О'Гуин (Faber R.J., O'Guinn T.C., 1992) предложили шкалу из семи пунктов для выявления данной аддикции. Аддикция к трате денег была описана и типизирована также в соответствии с диагностическими критериями DSM-III-R для обсессивно-компульсивного и аддиктивного расстройств в 1990-х годах (McElroy et al., 1994, 1995). Авторы предложили четыре ее критерия, причем для диагностики достаточно наличия одного из них:

- Часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные.
- Регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось.
- Озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (напр., долги или банкротство).
- Чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам необязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

Аддикция к трате денег проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество ненужных покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом, характерен широкий спектр негативных эмоций, свойственных аддиктам, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки (Miltenberger et al., 2003). У этой категории аддиктов растут долги, возникают проблемы во взаимоотношениях с семьей, могут быть проблемы с законом. Иногда аддикция реализуется через интернет-покупки, которые совершаются не в супермаркетах, а в виртуальных магазинах.

Фабер и О'Гуин (Faber R.J., O'Guinn T.C., 1992; цит. по: Lejoyeux et al., 2002) сообщают, что этим видом аддикции страдают 1,1% населения, средний возраст кото-

рых составляет 39 лет. Аддикция к трате денег начинается обычно в возрасте 30 лет, ею страдают преимущественно женщины (92% из всех аддиктов). Милтенбергер с коллегами (2003) сообщают, что аддикция к покупкам начинается в более молодом возрасте — средний возраст обследованных ими женщин составил 17,5 лет. Блэк (Black, 1996) приводит данные, что эта аддикция встречается у 2–8% в общей популяции, из которых женщины составляют 80–95%.

Аддикция к трате денег часто сочетается с аффективными расстройствами (50%), химической зависимостью (45,8%), в том числе алкоголизмом (20%) и пищевыми аддикциями (20,8%). Высказывается предположение, что аддикция к трате денег может быть включена в семейный и, возможно, генетический «клинический спектр» расстройств, куда относятся аддиктивные и аффективные расстройства (Lejoyeux et al., 2002). Подтверждением могут служить данные о том, что, в свою очередь, 8% больных депрессией сообщили об эпизодах неконтролируемой траты денег для совершения покупок, причем все эти больные оказались женщинами (Lejoyeux et al., 1995).

«Ониомания» — навязчивое желание осуществлять покупки в количествах, выходящих за пределы разумного. Типичные для ониомании постоянные необдуманные траты в магазинах и импульсивные покупки способствуют (Цнев В., 2003; Кукк В., 2007):

- формированию финансовых долгов и ухудшению состояния семейного бюджета;
- семейным конфликтам и распаду семей;
- совершению антисоциальных поступков с целью решения финансовых проблем для реализации своего навязчивого пристрастия (ониомании).

Но самым существенным аспектом проблемы ониомании является ее негативное влияние на психическое и физическое здоровье человека. Согласно литературным данным (Кукк В., 2007), ониомания (шопингомания) способствует инициированию:

- вегето-сосудистой дистонии, психосоматических заболеваний, артериальной гипертензии;
- депрессии, неврозов, страхов, стойких нарушений сна, агрессии и аутоагрессии;
- снижению иммунной резистентности;
- подавленности, стрессового состояния, потери чувства собственного достоинства после очередного осознания отсутствия воли для преодоления пагубного пристрастия;

Следует отметить, что патологическое пристрастие совершать многочисленные ненужные покупки может быть обусловлено комплексом причин (Кукк В., 2007):

- психологическими травмами в детстве;
- дефицитом гормона серотонина;
- низкой самооценкой, глубокими внутренними конфликтами, однообразной и монотонной жизнью;
- одиночеством, горем, разочарованием, неудовлетворенностью жизнью, работой, детьми, партнерами;
- навязчивым влиянием рекламной информации;
- неудачами в личной жизни и сексуальной неудовлетворенностью.

Результаты исследований с помощью магнитно-резонансной томографии показали, что при ониомании значительно ухудшается функционирование части мозга, ответственной за логическое мышление. Таким образом, с учетом весьма широкого спектра причин формирования ониомании и инициируемых этим навязчивым пристрастием негативных последствий социального, экономического и валеологического

характера, весьма актуальной является проблема разработки эффективных методов ее профилактики и лечения.

Так же «шопингомания» имеет свои разновидности. Сегодня этим термином обозначают целый букет расстройств:

«Сейлзомания» (мания распродаж) — болезненное желание покупать вещи на распродажах. На почве сейлзомании зафиксированы случаи убийств и самоубийств.

«Лейбломания» (мания этикеток) — зависимость от разрекламированных брендов. Погоня за «фирмой» превращается в навязчивое состояние, в невозможность для человека покупать что-либо еще, использовать нечто без бренда.

«Гаджет-аддикция» — страсть к постоянному приобретению всех технических новинок, в 99% случаев ненужных.

«Джанк-фуд-аддикция» — навязчивое желание посещать сети ресторанов быстрого питания.

Постшопинговая депрессия — выражается в пониженном настроении, раздражительности, апатии, связанной с утратой мотивации после приобретения вожеленной вещи.

## 8. КОММУНИКАТИВНЫЕ АДДИКЦИИ

В чистом виде характеризуется привычкой человека к определенному типу коммуникации. «Коммуникативные» аддикты создают «группу по интересам». Члены этой группы постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями.

Следует отметить, что привязанность человека к определенной группе может перейти в аддикцию отношений. Реабилитационные терапевтические сообщества, такие как АА (анонимные алкоголики), АН (анонимные наркоманы), АК (анонимные кокаиновые) и др., при всей безусловной пользе в плане воздержания от приема ПАВ, делают их членов аддиктами общения в данном сообществе. Выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом. Жизнь, в том числе даже проведение досуга, отпуска, становится немыслимой без постоянного общения с себе подобными. Нечто похожее мы наблюдаем и в ряде реабилитационных центров, особенно религиозной направленности, вне которых бывшие химические зависимые практически не могут существовать. В них можно констатировать возникновение аддикции отношений наряду с религиозной аддикцией. Высказанные мысли ничуть не умаляют необходимости проведения реабилитационных мероприятий с зависимыми от ПАВ. Это еще лишь одно напоминание, что «выздоровление» от химической зависимости в большинстве случаев сопровождается возникновением замещающей нехимической зависимости, в лучшем случае, максимально социально приемлемой (Егоров А.Ю., 2004).

## 9. РЕЛИГИОЗНАЯ АДДИКЦИЯ

В последние годы проблема зависимости от религиозных организаций получила широкое распространение в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных организаций, в том числе и тоталитарных религиозных сект. Хотя религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом, безусловно, обладают секты, причем секты тоталитарные,

применяющие разнообразные психотехники при вербовке неофитов и проведении религиозных ритуалов.

Большая часть людей попадает в секты в состоянии психологического кризиса, отчаянья. Секты используют именно это состояние, чтобы реализовать потребность заполнить душевный вакуум, снизить тревогу, обещая быстрое и окончательное решение вопросов. Секты стремятся к контролю, посредником между Богом и членами общины выступает некий учитель, гуру, нередко наделенный практически неограниченной властью. Религиозную зависимость как раз и отличает устойчивая потребность переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника, учителя или старца, который должен установить регламент взаимоотношений с Богом: что читать, что есть, сколько спать. Иногда религиозная зависимость может скрываться за вполне правильными формулировками: «отсечь свою волю», «принести свою свободу в жертву Богу в лице наставника». Вряд ли человек без воли и без уверенности в собственной ценности способен на какой-либо значимый поступок подобного рода. Он непрестанно ищет, кто бы за него «дал совет» и кто бы решил за него его проблемы. По мнению Ц.П. Короленко и Т.В. Дмитриевой «сравнение изменений, происходящих в психике человека в результате его участия в секте, с изменениями, возникающими при аддикции, может проводиться и с количественной стороны, выражаясь в том и другом случае в стремлении человека получать все больше переживаний». По данным Н.В. Бондарева, по мере вовлечения в деятельность секты у адепта на фоне выраженной астензации отмечается нарастание психологической дезадаптации с постепенной заменой индивидуальных форм реагирования на групповые.

В.Э. Пашковский описывает следующие психические расстройства, которые могут возникнуть в результате культовой травмы:

- Расстройство поведения, не достигающие уровня психических расстройств. Они проявляются изменением интересов к семье, друзьям, работе и учебе, появлением новой манеры одеваться. Обращает на себя внимание изменение речи: высказывания производят впечатление заученности («проигрываемой пластинки»). Практикуются частые, без объяснений, уходы из дому, частые телефонные разговоры, длительные чтения и медитации. Меняется и режим питания. Нарастает агрессивность по отношению к родным и близким.
- Психосоматические расстройства, которые чаще наблюдаются в виде соматоформных вегетативных дисфункций, возникающих внезапно и сопровождающихся вегетативным возбуждением, интенсивной болью во внутренних органах.
- Атипичные диссоциативные нарушения чаще отмечаются у лиц, практиковавших методы введения себя в транс. Из диссоциативных феноменов чаще встречаются галлюцинации, паралич, нарушения сенсорной сферы.
- Посттравматическое стрессовое расстройство отвечает критериям МКБ-10 и возникает после разрыва с сектой. Особенно характерно подавленное настроение, безотчетная тревога, гнев, амнезия или гипермнезия в отношении травмирующих событий, неустойчивые диссоциативные или деперсонализационные эпизоды, а также ощущение беспомощности, изменения отношения с другими людьми в виде изоляции и отчуждения, недоверия, чувства безнадежности и отчаянья.
- Нарушения личности. Синдром зависимости (DDD-синдром). Аббревиатуру составляют три английских слова: *deception* — обман, *dependency* — зависимость и *dread* — страх. Проявляется потерей собственной воли и интеллекту-

альной критичностью к культовому учению; в принятии жизненных решений только после совета и с разрешения старшего по культуре; в полной и неадекватной податливости лидеру; в чувстве неудобства и беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха; в страхе быть покинутым лицом, с которым установлена тесная связь. DDD-синдром является начальным нарушением психики, вслед за которым возможно развитие более тяжелых психических расстройств, вплоть до психозов с агрессивным и суицидальным поведением.

- Психозы, ассоциированные с культовой травмой. Характерен индуцированный характер. Выделяют синдром сверхценных психогенных идей религиозного содержания, индуцированный религиозный сверхценный и паранояльный бред, которые могут возникать как самостоятельно, так и в рамках имеющегося шизотипического расстройства или шизофрении.

## 10. АДДИКЦИИ К ЕДЕ (ПИЩЕВЫЕ АДДИКЦИИ)

Переедание и голодание относятся к группе т.н. «промежуточных» аддикций (между химическими и нехимическими аддикциями). В литературе можно встретить расширенное толкование пищевых аддикций, куда относят и нервную анорексию, и булимию (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000; Reid, Burt, 2000). Более того, ряд авторов высказывает точку зрения, что пищевые расстройства по своей сути есть исключительно женский вариант аддикции, в то время как химическая зависимость и гемблинг — более «мужские» (Orbach, 1986; Bordo, 1990). Действительно, расстройства пищевого поведения (нервная анорексия и булимия) значительно чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Однако такая точка зрения не выдерживает критики, поскольку фактически миллионы женщин страдают от химической зависимости, а случаи пищевых нарушений встречаются и у мужчин (Kjelsas, Augestad, Gotestam, 2003). Кроме того, нельзя смешивать расстройства пищевого поведения и пищевые аддикции.

Нервная анорексия и булимия являются иными психопатологическими феноменами, нежели аддикции к еде. Причина нервной анорексии — это, как правило, дисморфофобические переживания, связанные с недовольством собственной внешностью, в том числе и излишним весом. «Недостатки» фигуры, с точки зрения больного, настолько бросаются в глаза окружающим, что они всячески «дают понять», насколько они уродливы и отвратительны. В рамках нервной анорексии встречается булимическая форма. Кроме того, булимия встречается как психопатологический симптом в рамках разнообразных психических расстройств: органических заболеваний головного мозга, умственной отсталости, шизофрении и т. д. В основе же возникновения пищевой аддикции, как и любой другой, лежит положительное эмоциональное подкрепление, которое вызывается перееданием или голоданием.

Отдельно следует остановиться на так называемой «аддикции к шоколаду» («chocolate addiction», «chocoholism» — в терминологии зарубежных авторов). После известной статьи В. Ди Марцо и его коллег в журнале «Nature» (1998), где говорилось, что шоколад и продукты из какао бобов обладают аддиктивным действием из-за присутствия в них соединений, близких к эндогенным каннабиоидам, появилось большое количество работ, посвященных «шоколадной аддикции» (напр. Rogers P.J., Smit H.J., 2000).

Широко распространено мнение, что важным мотивом для поедания шоколада является улучшение настроения. Действительно, употребление шоколада влияет на на-

строение, но влияние это далеко не однозначно. Как пишут в своем обзоре британские исследователи Роджерс и Смит (Rogers P.J., Smit H.J., 2000), употребление шоколада может приводить как к усилению положительных эмоций и снижению тревоги, так и возникновению чувства вины, негативных эмоций, злости, депрессии при переедании. Авторы подвергают критике мнение ряда исследователей об аддиктивном действии шоколада как психоактивного вещества, поскольку концентрация в нем химических веществ, обладающих этим действием, ничтожно мала по сравнению с тем же чаем и кофе. В исследовании «шоколадной» аддикции, проведенном П. Розин (Rozin et al., 1991), было установлено, что она более распространена в женской популяции и имеет прямую связь с месячным циклом — поедание шоколада усиливается во время предменструального напряжения для снятия негативных эмоциональных переживаний.

Тем не менее, Роджерс и Смит, проанализировав большое количество публикаций, приходят к выводу, что «шоколадной» аддикции как самостоятельной формы не существует. Отвечая на вопрос, почему некоторые люди называют себя «шокоголиками», авторы объясняют это ведущей ролью психологического процесса самоограничения в пище, амбивалентного отношения к ее поеданию и приписывания ей определенных характеристик, которые сосуществуют с нормальными механизмами контроля за аппетитом, гедонистическим эффектом конкретной пищи наряду с социально и культурально детерминированным восприятием использования данной пищи. Амбивалентность («приятно, но грешно») по отношению к шоколаду происходит из-за того, что это очень вкусная пища, но сильно недietetическая, поэтому, несмотря на «угощение», должна поедаться скрытно. Вместе с тем скрытность процесса поедания еще больше усиливает желание, которое и именуется «тягой». Таким образом, в основе «тяги к шоколаду», по мнению авторов, лежит культурально обусловленная необходимость поедать его скрытно. Говоря о пищевой аддикции в целом, авторы также высказывают сомнения в ее существовании.

Другая точка зрения представлена в более позднем обзоре М. Пельчат (Pelchat, 2002) из Филадельфии (США), которая считает, что существуют сходные механизмы развития пищевой и химической зависимости. В отличие от своих коллег, автор уверена, что именно понимание самим человеком наличия аддикции, в том числе и пищевой, является лучшим показателем ее присутствия. Свою точку зрения она аргументирует данными по нейрохимическим исследованиям различных форм аддикции. В пользу общих механизмов пищевой и химической аддикции свидетельствуют и данные Морабиа с коллегами (Morabia, 1989) о предпочтении и эпизодах неконтролируемого влечения к сладостям у алкоголиков и наркоманов, находящихся в ремиссии.

Переедание. Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который, человек уходит от субъективной реальности (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000). Во время фрустрации возникает стремление «заесть» неприятность. Это удается, поскольку происходит фиксация на вкусовых ощущениях и вытеснение неприятных переживаний. Может появиться стремление затянуть процесс еды во времени: дольше и больше есть. Согласно одному из исследований, проведенных в США, почти 100% молодых женщин и около 70% молодых мужчин сообщили, что у них был хотя бы один эпизод неодолимой тяги к пище в течение последнего года. У пожилых лиц (после 65 лет) частота таких эпизодов снижается (Pelchat, 1997)

Согласно одной из гипотез, пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание карбонгидрата, который усиливает выработку серотонина в мозгу, тем самым повышая настроение (Wurtman et al., 1981; Wurtman,

1992). Таким образом, переедание сводится к «самолечению» пониженного настроения с помощью карбонгидрата, находящегося в пищевых продуктах (его больше в высококалорийных продуктах, таких как картофельные чипсы, гамбургеры и т. д.). Действительно, диета, в которой отсутствует триптофан (аминокислота, из которой в мозге производится серотонин), приводит к снижению настроения, но этот эффект весьма пролонгирован во времени (Young et al., 1985). Поэтому эмоциональный эффект карбонгидрата как химической субстанции, возникающий сразу после приема пищи, представляется весьма сомнительным.

Кроме того, высказывалась точка зрения, что употребление пищи активирует и эндогенную опиоидную систему, поскольку прием блокаторов опиатных рецепторов снижает аппетит и объем поедаемой пищи, а также гедонистическое восприятие вида и запахов еды. Вместе с тем были и исследования, не подтвердившие эти данные (Pelchat, 2002).

Аддикция к еде — это, с одной стороны, психологическая зависимость, а с другой — утоление голода. По мере того как еда приобретает все больший аддиктивный потенциал, происходит искусственное стимулирование чувства голода. Переедающий человек входит в зону повышенного обменного баланса. Чувство голода начинает появляться сразу с падением концентрации глюкозы в крови после очередного приема пищи. Физиологические механизмы расогласовываются. Человек начинает есть слишком много и слишком часто. На каком-то этапе он уже стыдится переедания и стремится скрыть факт аддикции. Аддикт начинает есть в одиночку, в промежутках между любой активной деятельностью. Все это приводит к опасным для здоровья последствиям: нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, в результате чего человек употребляет количество пищи, представляющее опасность для жизни. В принципе, можно «заесть» себя до смерти.

Голодание. Существуют два механизма возникновения аддикции к голоданию: медицинский и немедицинский (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000). При медицинском варианте используется разгрузочная диетотерапия. Фаза вхождения в голод характеризуется трудностями, связанными с необходимостью подавить аппетит. Затем состояние меняется — появляются новые силы, аппетит исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность, невротические проявления редуцируются. Некоторым пациентам нравится состояние голода, когда уже исчез аппетит, и они стремятся его продлить. Повторное голодание осуществляется уже самостоятельно. На уровне достигнутой голоданием эйфории происходит потеря контроля и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для его здоровья, теряется критика к своему состоянию.

При немедицинском варианте голодать начинают самостоятельно с целью похудеть и, отдавая дань моде, использовать для этого необычную диету. Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание, является желание изменить себя физически, выглядеть лучше, в соответствии с модным на сегодняшний момент имиджем. Другой механизм, запускающий голодание и имеющий большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и возникновении чувства самоудовлетворенности и гордости от ее выполнения. По мере голодания появляются признаки физического истощения. Контроль за ситуацией уже потерян, поэтому попытки окружающих повлиять на нее ни к чему не приводят. Аддикты живут в воображаемом мире; у них возникает отвращение к еде, выраженное в такой степени, что жевательную резинку или зубную пасту, попавшую в рот во время чистки зубов, они считают достаточным для себя количеством еды (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000).

## 11. АДДИКТИВНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

В результате проведенного многомерного анализа литературных источников и результатов обращения за помощью при последствиях суицидального поведения Ю.В. Попов и А.В. Бруг (2005) пришли к выводу, что попытка выделить форму повторяющегося суицидального поведения, становящегося для подростка привычной формой реагирования на стрессовые ситуации, представляется вполне обоснованной. Определение такой формы аддиктивного поведения, с их точки зрения, может оказаться полезным для практической разработки терапевтических подходов к лечению этих больных в связи с тем, что демонстративные суицидальные попытки часто приводят к смертельному исходу.

В качестве причин формирования аддиктивного суицидального поведения Ю.В. Попов и А.В. Круг выделяют следующие:

- хронический характер семейных проблем в родительской семье;
- создание родителями ощущения сопричастности и ответственности ребенка (подростка) за решение семейных проблем;
- неумение или нежелание родителей решить существующие проблемы.

Суицидальное поведение может закрепляться как способ временного, но очень эффективного и очень быстрого способа разрешения (торможения) семейных и личных проблем. Поскольку у детей и подростков аффективное реагирование, особенно если оно приобретает патологический характер, характеризуется стереотипным повторением, реакциями «клише» (Личко А.Е., 1985), то в дальнейшем уже на любые проблемы подросток дает привычную реакцию. Он становится зависимым от привычной формы такого реагирования.

В большинстве случаев подобная зависимость может даже не осознаваться подростком, но тем не менее, она определяет его мысли, действия и поступки. Создается как бы «подсознательно намеченная установка на суицид».

Для суицидального поведения как одной из форм аддикции, которая рассматривается в качестве дисфункционального, дезадаптивного копинг-поведения, характерно следующее:

- преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем и поиска социальной поддержки; интенсивное использование интрапсихических форм преодоления стресса (защитных механизмов); несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов; неразвитость когнитивно-оценочных копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешения проблем; интенсивное использование не свойственных возрасту копинг-стратегий (например, детских стратегий подростками или взрослыми);
- преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией на достижение успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме и оценка ее как угрожающей; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения;
- отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие на психоэмоциональное напряжение как на следствие негативного воздействия стрессора с целью его редукции; слабая осознаваемость стрессорного воздействия;
- низкая эффективность функционирования личностно-средовых ресурсов (негативная, слабо сформированная Я-концепция; низкий уровень восприятия



социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля; отсутствие эффективной социальной поддержки со стороны окружающей среды и т.д.).

У подростков с этим типом аддиктивного поведения отмечаются определенные характерологические особенности, стереотипность мыслей, намерений, действий, направленных на лишение себя жизни, что также свидетельствует в пользу правомочности рассмотрения суицидального поведения как проявления варианта нехимической зависимости. При опросе пациентов с подобным суицидальным поведением удалось выяснить, что суицидальные мысли у них носят отчетливо навязчивый характер, доходя иногда в конфликтных ситуациях до состояний болезненного напряжения, проходящего только после совершения суицидальных действий.

Большую ценность в рассмотрении данной проблемы представляет анамнез жизни, который позволяет выяснить, что в детских воспоминаниях пациентов существует много эпизодов, во время которых они подвергались жестокому физическому наказанию, унижениям со стороны значимых людей, родителей, социального окружения. В пылу конфликта ребенок нередко получал информацию с подтекстом «не существуй» («убил(а) бы тебя за...», «лучше б ты не родился», «как ты надоел» и т.п.). Части пациентов удается вспомнить, что уже тогда, в раннем детстве, у них существовали мысли о том, что «если бы я умер, тогда бы все плакали и меня жалели...» (В этом смысле можно вспомнить известный роман М. Твена о Томе Сойере). Можно предположить, что ребенок, который искренне считает, что жестокое физическое наказание в детском возрасте в ответ на проступок было справедливым, в более позднем возрасте (чаще в подростковом), столкнувшись с ситуацией, в которой он не прав, и не получив при этом физического наказания, возможно, будет склонен, не всегда осознанно, «наказать» себя сам. Формируется как бы тот «сценарий жизни», в истоках которого изначально лежит установка «не существуй», «будь наказан», а в исходе — аутодеструктивное поведение, вплоть до крайних форм его проявления.

Подросток будет вновь и вновь реагировать невольно выбранным им способом саморазрушающего поведения, стремясь выполнить подсознательную установку «не существуй».

Ю.В. Попов и А.В. Бруг отмечают, что при формировании такого варианта аддиктивного поведения большую роль играет и незрелость личности, о чем можно говорить применительно не только к подростковому возрасту. Но если для взрослых характерно более плавное нарастание аутоагрессии от пассивных суицидальных мыслей к замыслам и затем к намерениям, то у подростков, склонных вообще к реакциям «короткого замыкания», в течение всего периода пресуицида существует суицидальная готовность, настроенность, когда в случае ухудшения ситуации пассивные суицидальные переживания то и дело перемежаются с активными.

Отмечается и определенное значение средств массовой информации, пропагандирующих суициды и суицидальное поведение, к которым можно отнести и интернет-сайты типа «клуба самоубийц», в которых психологически тонко и подробно описываются способы «красивого ухода из жизни».

## 12. ДРУГИЕ НЕХИМИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ

*«Ургентная аддикция».* Проявляется в привычке находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства дискомфорта и отчаяния (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000).

«*Духовный поиск*». Эта форма нехимической аддикции была описана В.В. Постновым и В.А. Деречей (2005) на основании наблюдений за 9 больными алкоголизмом, находившимися в ремиссии и в процессе психотерапевтических занятий пытавшихся освоить различные духовные практики. При этом никто из больных не связывал эти занятия с реабилитационной программой, считая свои проблемы с алкоголизмом «уже решенными». Все больные до алкогольного срыва успели по несколько раз поменять направление «духовных поисков». Еще одной особенностью этих больных был неизбежный срыв ремиссии после этапа выраженных расстройств адаптации в виде нарастания межличностных конфликтов, нервозности, раздражительности и вспышек немотивированной агрессии.

Направления духовного поиска были самые различные — группы личностного роста, голотропное дыхание, телесно-ориентированная терапия, группы встреч, эзотерические и религиозные знания.

Духовный поиск является вариантом, иногда сочетанием, религиозной аддикции и аддикции отношений и вряд ли должен выделяться как самостоятельная форма аддиктивного поведения. Альтернативным может быть предложение называть «духовным поиском» все варианты аддиктивного поведения, связанного с духовным ростом и самосовершенствованием. В этом плане он будет перекрываться с различными формами фанатизма.

«*Состояние перманентной войны*». Эта форма аддиктивного поведения была описана теми же авторами (Постнов В.В. и др., 2004) у больных алкоголизмом ветеранов боевых действий, находившихся в состоянии ремиссии. Будучи в ремиссии, эти лица стремились к созданию опасных ситуаций, неоправданного риска — «хотелось встряхнуться, давно не воевал». В этих ситуациях больные нередко совершали асоциальные и криминальные действия. Состояние перманентной войны, на наш взгляд, по своему генезу близко к аддиктивному занятию экстремальными видами спорта и, безусловно, является вариантом саморазрушающего поведения (см. Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990).

Итак, из всего вышеизложенного создается впечатление, что нехимические зависимости в значительной степени покрывают весь спектр поведенческих актов человека, все стороны его жизни: секс, любовь, работа, деньги, спорт и т.д. Получается, что любой человеческий поведенческий акт таит в себе угрозу возникновения зависимости к нему. Как ни парадоксально это звучит, но все многообразие нашей жизни — это богатство потенциальных аддикций. «Примерный» с социальной точки зрения человек успешно сочетает в себе варианты социально приемлемых форм зависимостей — превалировать должна работогольная зависимость, для счастья необходимо некоторое количество любовной и сексуальной, для нравственности — религиозной, хобби могут выражаться в аддикции отношений, в вариантах компьютерной зависимости и иногда «чуть-чуть» в гемблинге и т.д. Допускаются даже элементы химической зависимости — традиционное для нашей страны употребление алкоголя.

## ГЛАВА 2. КЛИНИКО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ И ИХ ПСИХОТЕРАПИИ

- 2.1. Психотерапевтический взгляд на аддиктивное влечение
- 2.2. Клинико-психотерапевтическая интерпретация взаимосвязи этиопатогенетических факторов болезней зависимости
- 2.3. Клинико-психотерапевтический подход к психотерапии болезней зависимости
- 2.4. Мишени психотерапии в наркологии
- 2.5. Индивидуальная психотерапевтическая программа при лечении болезней зависимости
- 2.6. Этапы и содержание психотерапевтических мероприятий в лечении наркологических пациентов

## 2.1. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АДДИКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ

Эффективность клинической психотерапии в значительной степени определяется целостным взглядом врача-психотерапевта и медицинского психолога на причину расстройства и возможности лечения. Проблема аддиктивного влечения является одной из ключевых проблем современной наркологии, которая была стимулирована, в частности, активной дискуссией российских специалистов. Ценность научной дискуссии определяется и тем, что существующие подходы не позволяют однозначно ответить на фундаментальный вопрос наркологии о причинах широкой распространенности наркологических традиций и причинах употребления людьми алкоголя и других психоактивных веществ. Значение этой темы определяется также и тем, что принципиальное понимание сущности патологического влечения к ПАВ в значительной мере определяет принципиальные терапевтические и реабилитационные стратегии, а также правовые последствия, в частности, возможность обоснования принудительного влечения.

В центре научной дискуссии стояли статьи двух известных специалистов в области наркологии М.А. Михайлова и В.Д. Менделевича.

М.А. Михайлов как представитель научной школы Национального центра наркологии, отстаивает гипотезу о сущности аддиктивного влечения с позиций структурно-динамического подхода, позволяющего предположить значительное психопатологическое сходство аддиктивного влечения со сверхценными идеями и бредовыми конструкциями, в частности, при психозах и шизофрении (Михайлов М.А., 2010). Сходных взглядов на понимание сущности аддиктивного влечения придерживаются и другие видные отечественные наркологи — В.Б. Альшулер и М.Л. Рохлина. Внимание в этом подходе сконцентрировано на психопатологических феноменах в идеаторной сфере. Проводятся параллели между идеаторными нарушениями при патологическом влечении и аналогичными нарушениями при острых эндогенных психозах. Приведенные клинические данные позволяют квалифицировать расстройства мышления, встречающиеся при патологическом влечении как бредовые образования. Бредовые проявления возникают на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия. На конкретных клинических примерах показано, что при патологическом влечении само по себе развитие бредового симптомокомплекса может свидетельствовать о своеобразном изменении функции сознания. Сопутствующие бредовым проявлениям сенсорные нарушения возникают в комплексе с идеаторными построениями и представляют собой искажение информационного смысла восприятия. В предельном случае идеаторные расстройства в структуре синдрома патологического влечения в своем развитии проходят через ряд последовательных этапов: этап качественного сдвига в мировосприятии на фоне эмоциональной депривации, этап «метафизического сдвига», этап бредоподобных фантазий и «бредовых представлений», по К. Ясперсу, или «брета воображения», по Дюпре.

В.Д. Менделевич придерживается другой точки зрения (Менделевич В.Д., 2010). Согласно его представлениям, попытка М.А. Михайлова приравнять влечение и бред, в частности, в рамках наркомании, умозрительна. В.Д. Менделевич подчеркивал, что представления о психопатологической «бредоподобной» сущности аддиктивного влечения предполагались в отечественной наркологии и раньше, однако М.А. Ми-

хайлов, «в отличие от своих научных предшественников, пошел дальше — призывая открыто приравнять влечение к бреду и предлагая фактически признать, что патологическое влечение к наркотику (ПВН) не имеет никаких реальных оснований и не вытекает из них». «Доказательства», приводимые автором, построены с использованием «принципа умозаключения по аналогии», который в логике обозначается как «ошибочный методический прием доказательств». Автор в своих размышлениях использует ортодоксально-психиатрический подход в противовес феноменологическому. Эта доказательная парадигма в современной психиатрии признается однозначно субъективной. Нет никаких оснований признавать аддиктивное влечение не только бредом (т.е. расстройством психотического уровня), но и вообще психопатологическим симптомом/синдромом. Необоснованная психопатологизация феномена аддиктивного влечения приводит в России к неадекватной антинаучной терапевтической тактике использования антипсихотиков (нейролептиков) для купирования ПВН. Однако при использовании нейролептиков аддиктивное влечение у больных не подавляется (и не может быть подавлено), остается актуальным, определяющим поведение по поиску наркотика и рецидивы наркотизации, а психическое состояние больных ухудшается в сторону негативного влияния антипсихотиков на когнитивные функции, в том числе сознание. Для научной психиатрии очевидно, что влечение следует рассматривать исключительно как влечение, а бред — как бред. Иного не дано (В.Д. Менделевич, 2010).

Вышеупомянутая дискуссия имеет принципиальное значение для развития психотерапии в наркологии в связи с тем, что взгляд на патологическое влечение к психоактивному веществу как на психопатологический (бредоподобный феномен) предполагает соответствующие последствия. Эта концепция, по мнению В.Д. Менделевича, определяет развитие всей отечественной наркологии и определяет особенности организации наркологической помощи, порядок оказания наркологической помощи и стандарты лечения наркологических больных. В последнее время была сделана попытка еще и использовать эту концепцию для изменения законодательства в части недобровольной госпитализации больных с зависимостями. В рамках этого взгляда, когда под патологическим влечением понимается психопатологический синдром с доминирующими идеаторными нарушениями и установкой на необходимость принятия ПАВ, во главу угла ставится неадекватность поведения наркологически больного, который стремится употребить ПАВ, даже понимая, что тем самым наносит себе вред. Упор делается на том, что это понимание носит искаженный, болезненный, психопатологический характер. При таком подходе феномен патологического влечения искусственно отрывается, с одной стороны, от его нейробиологической сущности (витальной потребности), а с другой стороны, от клинико-психологических характеристик зависимости (например, механизмы психологической адаптации), и переносится исключительно в идеаторную сферу, искаженную болезненным процессом, в мир нарушенных когнитивных процессов, в мир искаженных ценностей, суждений и мировоззренческих установок. В официальных документах Министерства здравоохранения РФ и действующих стандартах лечения подобные «ошибки мышления» (бред) рекомендуется лечить главным образом антипсихотическими средствами (нейролептиками). Ничего подобного в стандартах ВОЗ нет.

Понимание же аддиктивного влечения как уникального психологического феномена является мощнейшим аргументом для развития психотерапии в лечении и реабилитации зависимостей от алкоголя и других психоактивных веществ. Учитывая, что проведенная дискуссия не имела «терапевтических целей», а в частности, В.Д.

Менделевичем не были сформулированы психотерапевтические следствия понимания аддиктивного влечения как психологического феномена, редакционная коллегия решила продолжить эту значимую дискуссию, сформулировав важные для психотерапии зависимостей вопросы, и пригласила к участию в ней известных наркологов, а том числе и самого В.Д. Менделевича. С большой долей вероятности можно говорить о том, что транслируемыми принципами авторы руководствуются в своей собственной практической и научной деятельности. Как нам кажется, их ответы в полной мере отражают то разнообразие в подходах к пониманию зависимостей и их терапии, и, вместе с тем, являются некоторыми ориентирами, которые могут быть полезны при разработке действенной системы психотерапевтической и реабилитационной помощи в наркологии.

Перед участниками дискуссии были поставлены следующие вопросы:

1. Для чего (почему) люди употребляют ПАВ?
2. Чем принципиально отличается употребление ПАВ здоровым человеком и больным с зависимостью?
3. Как Вы объясняете причины «спонтанных» ремиссий у больных зависимостью от ПАВ?
4. Какой, с Вашей точки зрения, должна быть идеальная модель лечения зависимых от ПАВ?

Участники дискуссии:

Татьяна Васильевна Агибалова, врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, д.м.н., профессор, руководитель отделения психотерапии и реабилитации ННЦ «Наркология» (Москва);

Ирина Викторовна Бубнова, клинический (медицинский) психолог, старший психолог отделения внебольничной психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург);

Александр Николаевич Еричев, врач-психотерапевт, когнитивный психотерапевт, к.м.н., доцент, вед.н.с. отделения внебольничной психиатрии института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург);

Владимир Михайлович Зобнев, клинический (медицинский) психолог, к.п.н., доцент факультета психологии СПбГУ, медицинский психолог Реабилитационного наркологического центра № 1 СПб ГБУЗ МНД (Санкт-Петербург);

Александр Лазаревич Катков, врач-психотерапевт, д.м.н., профессор, зам. директора Республиканского центра профилактики наркомании (Павлодар);

Сергей Александрович Кулаков, врач-психотерапевт, д.м.н., профессор, зам. директора по реабилитации медицинского центра «Бехтерев» (Санкт-Петербург);

Виктор Викторович Макаров, врач-психотерапевт, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги (Москва);

Виктор Давыдович Менделевич, врач-психиатр, врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской психологии и психотерапии Казанского государственного медицинского университета (Казань);

Юрий Павлович Сиволап, врач-психиатр, врач психиатр-нарколог, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Вот как раскрыли предлагаемые вопросы специалисты.

## ПРИЧИНЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЮДЬМИ ПАВ

Т.В. Агибалова: Я думаю, нет единой причины. И есть большое стремление познавать и пробовать. Это как в теории естественного отбора, человек тоже выбирает, ищет. Люди употребляют ПАВ в стремлении получить новый опыт. Некоторые более осторожны, ограничивают себя в этом стремлении, а есть люди, которые делают это с перебором и вредом для себя. Когда нарушается баланс между стремлением познавать и пробовать, стремлением получить удовольствие и пониманием того, насколько каждый новый опыт будет деструктивен, есть риск развития зависимости. Все живое (и человек не исключение) стремится к изменению своего психического (душевного) состояния. У «здоровых» людей это изменение происходит при приеме пищи, занятиях спортом, сексуальной активности, в занятиях творчеством, исполнении профессиональной деятельности и т.п. У лиц психически уязвимых, проблемных или «застрывших» в детстве (инфантильных) при невозможности реализовать себя в реальной жизни возникает потребность найти суррогатный аналог. Часто эту функцию выполняет какое-либо психоактивное вещество или действие. ПАВ помогает этим людям получить удовольствие (изменить свое душевное состояние и получить виртуальный суррогат реализации потребности) немедленно, не прикладывая к этому никаких усилий. Это наиболее понятный и принимаемый механизм возникновения болезни зависимости.

И.В. Бубнова: Не может быть одной причины употребления ПАВ. Имеет смысл рассмотреть основные три причины (условия). Во-первых, несомненно, наследственность: большая доля людей, имеющих среди ближайших родственников зависимых, имеют особую толерантность к ПАВ. Их организм на биологическом уровне уже имеет некую готовность к встраиванию ПАВ в биохимические процессы. Во-вторых, на психологическом уровне, люди с аддиктивными наклонностями имеют свой механизм реагирования в эмоционально напряженных ситуациях: ведь многие из них на осознанном уровне отрицательно относятся к приему ПАВ, но не имеют другого настолько быстрого, доступного и энергосберегающего способа снизить эмоциональное напряжение, отдохнуть, приблизиться к своим подавляемым желаниям, хоть на небольшое время вернуть ощущение всемогущества (когда я все могу) или безответственности (когда я ни за что не отвечаю), приобрести уверенность в себе, стать более общительным и раскрепощенным и т.д. В-третьих, происходит приспособление форм употребления ПАВ к любой смене социальных условий общества.

А.Н. Еричев: Человек употребляет ПАВ с основным мотивом — изменить свое эмоциональное состояние, сделать его более комфортным. Я не буду останавливаться на причинах первоначальных экспериментов с ПАВ (казаться «крутым» в компании сверстников, протестные реакции, попробовать что-то новое и т.д.). С логической точки зрения у пациентов, находящихся на второй стадии алкоголизма, не должно было бы быть желания употреблять алкоголь, так как состояние, возникающее после его приема, часто не носит оттенков приятного. Но здесь играет роль двухкомпонентная модель зависимости. Первый компонент — улучшение эмоционального состояния (у пациентов сохраняются воспоминания о эйфоризирующем воздействии алкоголя, даже когда его по факту практически нет, приятные воспоминания являются эквивалентом влечения), второй компонент — уход от негативных переживаний: редукция абстинентного синдрома при приеме алкоголя.

В.М. Зобнев: ПАВ позволяют человеку объективно и субъективно достичь желаемых эффектов (стимулирующих, релаксирующих, изменяющих сознание и воображение) и самоудовлетвориться.

А.Л. Катков: Человек употребляет ПАВ для 1) коррекции эмоционального состояния; 2) как эффективный адаптоген ультрабыстрого действия; 3) как универсальный заменитель всех имеющихся, в том числе нереализованных потребностей; 4) как средство для приведения себя в более или менее «нормальное рабочее состояние».

С.А. Кулаков: Причины могут быть разными, чаще всего это неумение справляться со стрессами, внутренняя пустота и одиночество с истощенными ресурсами, другие экзистенциальные проблемы. Хочется процитировать строки из книги «Мысли о добре и зле» Владыки Николая Сербского: «Существует пять основных импульсов, движущих людьми: личная прибыль, собственность и удовольствия; семейные и кровные узы; законы общежития; совесть и чувство присутствия Живого Бога». Первые три импульса присутствуют и у животных, четвертый — у многих людей, пятый — у некоторых людей. Если метафорически распределить эти импульсы по линиям обороны в обратном порядке, получаем следующую картину. Пятый импульс — первая линия обороны; если человек не удержит ее, отступает на вторую (четвертый импульс); не удержав вторую, отступает на третью (третий импульс) и так далее, до первого. Так происходит деградация человека, регресс и гибель. Гибель, ибо и последнюю линию обороны может потерять человек. И тогда ему уже не остается ничего, кроме тупого безразличия ко всему, отчаяния и — самоубийства. В клинику пациенты поступают на втором и первом уровнях (импульсах), заставляющих их принимать ПАВ.

В.В. Макаров: Здоровые люди употребляют психически активные вещества с ритуальной целью, для релаксации, облегчения общения, переключения из одной социальной роли в другую, исходя из гедонистической и конформистской мотивации, для получения нового опыта, для доступа к состояниям психики, малодоступным в обычной жизни и других личных целей.

В.Д. Менделевич: Для чего (почему) люди употребляют ПАВ? Мне представляется, что это очень непростой вопрос. Отвечу так: разные люди употребляют ПАВ для разных целей и по разным мотивам. Если человек здоров (без зависимости), то доминируют психологические мотивы, если болен, то его влечение к употреблению связано с метаболическими изменениями, носит действительно непреодолимый характер, сравнимый с жадой, голодом и либидо.

Ю.П. Сиволап: Однажды этот вопрос задали известному наркологу, доктору М.Л. Зобину, нашему с профессором В.Д. Менделевичем другу, на телевидении. Михаил Леонидович задал встречный вопрос: Вас интересует короткий ответ или длинный? — Конечно, короткий! Так вот, сказал М.Л., короткий ответ звучит так: разные люди употребляют разные наркотики по разным причинам. О себе могу сказать следующее: чем дольше я работаю в профессии, тем меньше я понимаю, почему мои клиенты употребляют психоактивные вещества! Иногда мне хочется сказать примерно следующее: мои пьющие клиенты употребляют алкоголь, потому что у них алкоголизм!

Подводя итоги, можно отметить, что приведенные научные метафоры позволяют определить как минимум три формы употребления ПАВ: у здоровых, у потенциальных аддиктов и у больных с зависимостью.

Наши эксперты подчеркнули, что употребление ПАВ у здорового человека может определяться различными мотивами, как это и свойственно здоровому человеку. У потенциальных аддиктов, которые несут в себе генетическую отягощенность и психологические особенности, создающие трудности в обычной жизни, при которых собственные адаптационные ресурсы недостаточны, ПАВ позволяет облегчить решение этой задачи. Что же касается зависимых от ПАВ, то употребление ПАВ, с одной



стороны, встраивается в биохимические процессы и является неотъемлемым условием биологического функционирования, а с другой — психологически становится ведущей потребностью с самым доступным способом ее реализации.

## ЧЕМ ПРИНЦИПИАЛЬНО ОТЛИЧАЕТСЯ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПАВ ЗДОРОВЫМ ЧЕЛОВЕКОМ И БОЛЬНЫМ С ЗАВИСИМОСТЬЮ?

Т.В. Агибалова: Здоровый человек контролирует и способен гибко менять свое поведение, употребление. Зависимый — максималист. Его употребление не терпит переходов и полутонов, он слабо воспринимает обратную связь от других людей, своего организма по поводу употребления. У «здорового» человека потребность в приеме ПАВ минимальна, поскольку он может (умеет) контролировать и моделировать свое состояние «естественным» путем и не впадать в зависимость. Больной человек зависим от приема ПАВ и поэтому принимает их не по желанию, а потому что не принимать не может.

И.В. Бубнова: На мой взгляд, здоровый человек злоупотребляет ПАВ только в кризисных, затяжных стрессовых ситуациях до тех пор, пока не находятся другие ресурсы и механизмы совладания. При этом здоровый человек эти ресурсы активно ищет — то есть на момент злоупотребления в достаточной мере работает рефлексия и происходит эмоциональная переработка. При этом возникает отношение к такому способу справляться с проблемами как неадекватному, неадаптивному, временному, т.е. механизм не закрепляется и не формируется анозогнозии. Я думаю, здесь мы имеем дело со зрелыми защитами, при которых информация о реальности не вытесняется из сознания, а лишь временно трансформируется, за счет чего сохраняется рефлексия. Кажется, именно рефлексия является аналогом механизма самосохранения психики.

А.Н. Еричев: У человека с зависимостью от ПАВ (да и в случае нехимических зависимостей) употребление ПАВ становится предпочтительным вариантом проведения времени. Некоторые коллеги сравнивают это с виртуальной реальностью. То есть зависимый присваивает виртуальной реальности опьянения (процесса азартной игры и т.п.) наибольшую личную значимость, а значит, стремится к достижению этого состояния. В силу значительного распространения зависимостей в популяции переход от здорового человека к зависимому не всегда заметен, и например, при алкогольной зависимости может занимать 5 лет и более. Поэтому не всегда представляется возможным провести четкую демаркационную линию между здоровым и зависимым.

В.М. Зобнев: Употребление ПАВ здоровым человеком обусловлено нормами и традициями референтных групп, отсутствием каких-либо вредных последствий при пробах психоактивных веществ, ситуационностью и наличием контроля над дозой и поведением.

А.Л. Катков: Употребление ПАВ у здорового человека отличается от зависимого тем, что в первом случае преследует лишь одну цель — коррекция эмоционального состояния. У зависимых употребление ПАВ определяется и другими целями, кроме приведенной выше: ПАВ как эффективный адаптоген ультрабыстрого действия, как универсальный заменитель всех имеющихся, в том числе нереализованных потребностей и как средство для приведения себя в более или менее «нормальное рабочее состояние». У здоровых людей ПАВ не включается в эндогенный потребностный цикл.

С.А. Кулаков: Слабое «Эго» пациента с зависимостью, его сниженная рефлексивность и самокритика быстро приводит к систематическому употреблению и формиро-

ванию психической зависимости. У здоровых прием ПАВ определяется рефлексией и высокой самокритикой.

В.В. Макаров: Принципиальное отличие состоит в том, что больные стремятся потреблять ПАВ как здоровые, но у них не получается. Для них это только мечта. Они слишком дорого платят за свое употребление. У них есть набор клинических симптомов и синдромов, отличающих их употребление и последствия их употребления, который ими фактически не осознается.

В.Д. Менделвич: Зависимости значительно отличаются друг от друга. Существует понятие «аддиктивного потенциала» и даже появилось новое направление науки — «сравнительная аддиктология» (так, видимо, будет называться и моя следующая книга). К примеру, влечение при алкоголизме и опиоидной зависимости существенно отличаются по выраженности, по механизмам, по преодолемости, по резистентности к терапии.

Ю.П. Сиволап: У зависимой личности ПАВ занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей. Вещество всегда — в верхней строчке рейтинга. Алкоголь (или другое вещество) обладают очень большой значимостью для моего клиента, часто успешно конкурируя с его профессиональными и прочими интересами, даже вытесняя их. Как в МКБ, так и в DSM приводится критерий, приблизительно и лишь отчасти отражающий этот важный феномен: употребление ПАВ продолжается, несмотря на очевидные для употребляющего неблагоприятные последствия.

Подведем итоги: наши эксперты подчеркнули, что есть принципиальные различия в употреблении ПАВ здоровым человеком и зависимым, суть этих различий кроется в наличии контроля за приемом ПАВ у здорового человека, что обеспечивается механизмами рефлексии и самокритичности, для зависимого ПАВ занимает неподобающе высокое место в иерархии ценностей, его употребление продолжается несмотря на очевидные неблагоприятные последствия, что обеспечивается целой системой психологических механизмов, соучаствующих в этом процессе, социальным окружением и приводит к снижению духовного потенциала личности.

## ЧЕМ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ ПРИЧИНЫ «СПОНТАННЫХ» РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ?

Т.В. Агибалова: Те спонтанные ремиссии, которые я наблюдала, возникали после значимых событий, которые, по сути, и были терапевтическим фактором. Например, человек перестал пить после того как его близкий друг, человек, с которым они часто пили вместе, умер в алкогольном делирии. Причина «спонтанных» ремиссий — эмоционально значимый терапевтический фактор. Спонтанные ремиссии характерны для всех без исключения хронических заболеваний, поскольку у них всегда прослеживается определенная фазность и периодичность. Возникают эти ремиссии порой без видимых внешних причин. Кроме того, спонтанные ремиссии могут свидетельствовать еще и о вторичности зависимости, которая возникла на фоне психического заболевания.

И.В. Бубнова: На мой взгляд, спонтанными ремиссиями называют смену механизма патологического реагирования с аддиктивного на другой по разным (не классифицированным) причинам. Спонтанную ремиссию у пациентов с алкогольной зависимостью можно объяснить сменой одного механизма реагирования личности (аддиктивный) на другой (например, невротический, или психосоматический, или созави-

симый, возможно, существуют и другие). При невротическом механизме, в частности, возникновение невротической симптоматики становится субъективно более значимым фактором, чем аддиктивное влечение. Этот феномен описал М.Ю. Мелик-Парсаданов. Для внешнего наблюдателя такая смена и кажется «спонтанной», но в этом процессе имеются этапы и условия, и психотерапия может стимулировать этот процесс. В любом случае это изменение происходит на фоне мощного эмоционального напряжения, переоценки ценностей и мотивационной перестройки («душевной боли»).

А.Н. Еричев: Спонтанная ремиссия, по моим наблюдениям, чаще возникает, когда баланс аргументов заметно меняется в сторону ухода от приема ПАВ, помимо этого может иметь место экстраординарная ситуация, которая служит «последней каплей» или запускающим фактором для спонтанной ремиссии. Например: пациент, обратившийся с другой проблемой, описывает жизненную ситуацию. После службы в горячих точках вернулся домой, часто употреблял спиртное, сложилась картина псевдозапоев, потом начали появляться истинные запои. Однажды в состоянии алкогольного опьянения принял своего друга за «духа» и попытался убить. К счастью, друг выжил. Но пациент сформулировал убеждение, что пить ему больше не стоит. На момент обращения ко мне он не пил около 6 лет. Желание употребить алкоголь периодически возникало, но легко блокировалось. Случай с другим человеком в чем-то похож — в состоянии опьянения чуть не вышел в окно, протрезвел — осознал. Другое дело, что большой процент людей сталкивается с подобными состояниями на грани жизни и смерти — и все равно продолжает употреблять ПАВ.

В.М. Зобнев: Спонтанные (точнее, «не терапевтические») ремиссии у зависимых от ПАВ возникают, как правило, при значимых для человека внешних и внутренних запретах, желании доказать себе и окружающим (значимым другим), что он может обходиться без привычного ПАВ, снижением физиологических и психологических эффектов при употреблении ПАВ, поиском других средств, заменяющих привычное вещество.

А.Л. Катков: Так называемая «спонтанная» ремиссия — это следствие того, что: 1) человек, проходящий неизбежную лестницу потерь, осознает зависимость как угрозу; 2) далее он осознает зависимость как проблему, которую нужно решать; 3) мобилизует все имеющиеся ресурсы; 4) за счет самостоятельных усилий достигает такого уровня компетенции в совладании, который помогает решить проблему зависимости по существу. Однако своих собственных ресурсов по эффективной кризисной самоорганизации хватает не более чем у 4% зависимых от наркотиков (по алкогольной зависимости точных данных нет, но цифры должны быть близкими).

С.А. Кулаков: Это редкий феномен. Обычно предшествует какое-либо событие, влияющее на изменение жизни наркозависимого: появление поддерживающей фигуры, пребывание в отделении детоксикации и наблюдение за другими пациентами, временная изоляция. Не исключается спонтанная ремиссия при возникновении компенсации сопутствующего расстройства личности.

В.В. Макаров: Причины самые разные. Среди основных: пациент проделывает весь путь своей зависимости от начала до конца и прекращает употребление. Употребление приносит больше неприятных ощущений и переживаний чем приятных — это вторая частая причина. Человек должен сделать выбор между продолжением употребления и продолжением жизни. И четвертая важная причина — духовный выбор человека.

В.Д. Менделевич: Спонтанные ремиссии могут быть только при аддикциях от ПАВ с невысоким аддиктивным потенциалом. Например, при алкоголизме, каннабиодной зависимости. При опиоидной зависимости — это крайняя редкость. Т.е. в случаях

наличия аддикции, в происхождении которой психологический фактор существенен, спонтанные ремиссии встречаются чаще.

Ю.П. Сиволап: Пожалуй, спонтанные ремиссии гетерогенны. Имеются ипохондрические ремиссии, имеется отказ от употребления вследствие решения пациента, мотивируемого разными причинами. При наркомании зафиксированы случаи, когда болезнь будто бы сама по себе «выдыхается».

Наши эксперты акцентируют внимание на различных механизмах, среди которых большое значение имеют особые, кризисные обстоятельства и события, ипохондрические переживания, снижение наркотических эффектов при биологическом привыкании. Отдельно отмечается крайняя редкость спонтанных ремиссий при зависимостях от ПАВ с высоким аддиктивным потенциалом. Однако их принципиальная возможность позволяет рассматривать и возможность эффективной психотерапии зависимостей.

## КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ «ИДЕАЛЬНАЯ» МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ?

Т.В. Агибалова: Идеальная модель та, в которой человек с зависимостью сможет научиться удовлетворять свои потребности конструктивным социально приемлемым путем. Это может быть длительный путь для наиболее поврежденных пациентов, или более короткий способ лечения для больных менее поврежденных. Идеальная модель — та, которая позволит минимизировать роль (значение, активность) имеющихся у данного индивидуума факторов риска, накопление которых послужило причиной возникновения зависимости. Учитывая, что значение социальных факторов в выздоровлении пациента велико, а изменить социум невозможно, идеальной модели лечения не существует. В этом контексте помогает максимальная индивидуализация лечебного процесса.

И.В. Бубнова: Суть идеального наркологического лечения — некоторое, с одной стороны, облегчение физического состояния, и — через психообразование и психологическое информирование — привлечение самого пациента и его близкого окружения к терапевтической программе. Необходимо, чтобы зависимый нашел собственный смысл своего лечения. Я верю в терапию средой — когда само попадание в отделение уже оказывает лечебное воздействие, и это должно быть «душевной болью», это должно быть эмоционально выстрадано. В конце концов, почему не включить еще один ресурс, заложенный в генах россиян — самопожертвование. Я думаю, многие матери, или жены, или братья, или даже целые семьи пошли бы на «чистое страдание», чтобы спасти своего родного человека, который болеет.

А.Н. Еричев: Идеальное наркологическое лечение: помощь человеку в осознании собственной зависимости, овладение навыками саморегуляции собственного состояния (мышления, эмоций, поведения), формирование нового стиля жизни без объекта зависимости, восстановление или формирование новых ценностей. В идеальное наркологическое лечение, безусловно, входит использование лекарственных препаратов, снижающих влечение к ПАВ, иначе ресурсов личности может просто-напросто не хватить.

В.М. Зобнев: Наркологическое лечение позволяет мотивировать зависимого от ПАВ на воздержание от употребления привычного вещества, т.е. склонить амбивалентность чувств и воззрений больного в сторону абстиненции, научить пациента навыкам профилактики срывов и рецидивов, преодолеть ощущение одиночества и строить реальные жизненные планы, получать удовольствие от трезвого образа жизни.

А.Л. Катков: Наркологическое лечение может помочь человеку (не входящему в эти 4% по характеристикам своего ресурсного потенциала) в прохождении всех выше-названных стадий с использованием ресурсов профессиональной помощи. В этом случае процент ремиссий может увеличиться на порядок — то есть до 40%.

С.А. Кулаков: Лечение зависимых от ПАВ должно базироваться на постулате, что это не сугубо наркологическое расстройство, а психическое и поведенческое расстройство, имеющее отклонения на био-психо-социо-духовном уровнях. И это не только душевное, но и духовное расстройство, связанное со «страстями» (влечение к пище, к сексу, зависимость от объекта и его идеализация и т.д.).

В.В. Макаров: Приблизиться к идеальной модели лечения зависимых можно с позиций четырех-частного понимания человека — био-психо-социо-духовной парадигмы. Когда в лечебных и реабилитационных программах можно будет взаимодействовать со всеми четырьмя составляющими, где духовный подход интегрирует все другие аспекты. Наш лозунг *Ab homine sapientis ad hominem spiritualium* («От человека разумного к человеку духовному», лат.).

В.Д. Менделевич: Во-первых, дифференцированной! Если мы говорим о зависимостях от ПАВ с высоким аддиктивным потенциалом, то основной должна стать длительная поддерживающая терапия с использованием специфических (но не психотропных) препаратов. В остальных случаях — психотерапия и другие психологические методы.

Ю.П. Сиволап: Я таких моделей не знаю. Возможно, это некая гипотетическая модель лечения, целью которого является равнодушие личности к веществу, именно тогда личность перестает быть зависимой. Такие случаи наблюдаются, но мне кажется, что это всегда — итог собственной работы индивида, хотя ориентация врачом (психологом, кем угодно) пациента на стремление эволюционировать в сторону подобного равнодушия может принести свои плоды.

Все наши эксперты сходятся во мнении о значительной роли психотерапии и психосоциального воздействия, которое, наряду с биологическим лечением, должно быть дифференцировано, продолжительно, способно активизировать собственные устремления и ресурсы пациента и помочь осуществить личностное движение к духовному развитию и изменению, конечной целью будет возвращение личности к нормальному функционированию с восстановлением способности самостоятельного преодоления жизненных трудностей и равнодушным отношением к ПАВ.

## 2.2. КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

Проведению психотерапии предшествует психотерапевтическая диагностика. Диагностику в психотерапии проводит врач-психотерапевт, при необходимости привлекаются врачи других специальностей — медицинский психолог и специалист по социальной работе. Результатом психотерапевтической диагностики является разработанная психотерапевтическая гипотеза. Психотерапевтическая гипотеза включает существенные выявленные этиопатогенетические факторы расстройства конкретного пациента, а также объяснительную схему, позволяющую увязать выявленные факторы с возникновением и развитием заболевания, причинно-следственные обоснования резистентности, рецидивов и т.п. Психотерапевтическая гипотеза формулируется с учетом актуального состояния пациента и возможных задач психотерапии. Сформулированная психотерапевтическая гипотеза позволяет выявить значимые факторы возникновения и развития зависимости, которые на следующем этапе диагностической работы врача-психотерапевта или полипрофессиональной бригады позволят определить мишени психотерапевтического воздействия. Психотерапевтическая гипотеза может рассматриваться в качестве прообраза психотерапевтического диагноза. В последующем при развитии клинической психотерапии как системы и как клинической практики возможно создание специальных типологий клинического психотерапевтического диагноза, который будет включать необходимые и достаточные элементы, позволяющие разработать индивидуальную психотерапевтическую программу и станет частью функционального диагноза. На настоящем этапе развития клинической психотерапии это не представляется возможным и роль такого психотерапевтического диагноза выполняет психотерапевтическая гипотеза как краткое объяснение и описание взаимосвязи всех ведущих этиопатогенетических механизмов.

Настоящий раздел призван помочь разработке психотерапевтических гипотез, является попыткой системного описания доказанных этиопатогенетических факторов в их взаимосвязи, выявленных у конкретного пациента.

Психотерапевтическая гипотеза в каждом конкретном случае должна интерпретировать роль доказанных психосоциальных факторов формирования зависимости, выявленных у конкретного пациента. Приведем возможный вариант клинико-психотерапевтической интерпретации, отражающей формирование зависимого поведения и развитие зависимого расстройства.

1. Генетическая предрасположенность является одной из важнейшей биологических причин формирования алкоголизма, зависимостей от ПАВ, лекарственной и нехимической зависимости. Учет генетического фактора может объяснить более раннее или более позднее время формирования зависимости. По существующим данным, например, предрасположенность к алкогольной зависимости в большей степени передается от отцов, которые тоже обнаруживали признаки алкоголизма.

Генетическая предрасположенность обуславливает и ранние реакции на действие алкоголя или ПАВ, которые, в частности, могут определяться различными типами особенностей переработки алкоголя, наличием алкогена (раннее начало алкоголизма), дефицитом серотонина (с соответствующей этому двухфазной реакцией на алкоголь)

и недостаточной способностью мозга окислять ацетальдегид (что проявляется значительно большим токсикозом).

Генетическая предрасположенность может определять специфику подкрепления при употреблении ПАВ и его динамику. Так, в частности, согласно гипотезе развития зависимости от алкоголя и ПАВ И.П. Анохиной (2000), длительный прием алкоголя (наркотика) приводит к истощению запасов дофамина, употребление алкоголя или ПАВ компенсирует этот дефицит, что приводит к формированию клинической картины психической зависимости, а в дальнейшем может приводить к срыву компенсации нейромедиаторов на фоне усиленного их синтеза, это формирует клиническую картину физической зависимости. Повышение уровня дофамина в значительной степени обуславливает основные симптомы абстинентного синдрома — беспокойство, бессонница, возбуждение, вегетативные расстройства, подъем артериального давления и др. Авторы гипотезы «опиоидной недостаточности» П.Д. Шабанов и О.Ю. Штакельберг (2000) предполагают, что нормальное физиологическое состояние — состояние «опиоидной достаточности» — характеризуется балансом нейромедиаторов, результатом которого является чувство внутреннего комфорта. В свою очередь, состояние «опиоидного дефицита» в ситуации дистресса вследствие генетических различий сопровождается влечением к алкоголю, депрессией, страхом, дисфорией. Другими словами, при «опиоидной достаточности» люди справляются с трудными и кризисными ситуациями без алкоголя или ПАВ, а «опиоидный дефицит» способствует приему алкоголя в психологически трудных ситуациях.

2. Наряду с генетической предрасположенностью значительную роль играют преморбидные личностные и психологические особенности. К ним относили недостаточность ряда исходных психологических и психофизиологических качеств, в частности, особенностей волевой регуляции поведения, побудительной неустойчивости с ориентацией на легко достижимые цели, стремление к немедленному осуществлению желаний с отсутствием присущей «нормальной» личности способности согласовывать удовлетворение потребностей с «принципом реальности». Наряду с этим большое значение имеют акцентуации личности, в первую очередь личность с «неустойчивым» радикалом в сочетании с явлениями «негативной аффективности» и делинквентности. Другими особенностями является неспособность аддиктивно предрасположенных лиц к «нормальному» эго-синтонному реагированию в пределах адекватного спектра позитивных эмоциональных проявлений, ангедония и алекситимия. При такой специфике личностного устройства формируются незрелые и искаженные психологические защиты и неэффективные копинг-механизмы.

3. Особая личность, имеющая генетическую предрасположенность и преморбидные психологические особенности, предрасполагающие к приему ПАВ в будущем, формируется в сложных микросоциальных условиях проблемной родительской семьи. Этому способствуют объективно тяжелые и безусловно патогенные внешние ситуации, такие как ранняя сепарация от родителей вследствие их утраты, развода, тяжелого психического расстройства, помещение самого ребенка в социальные учреждения, жестокое обращение, сексуальное насилие.

Однако более частым вариантом является т.н. «условно патогенное» воспитание в семье, которое характеризуется неспособностью ближайшего окружения, и прежде всего матери, обеспечить ребенку атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса в сочетании с «искупающей» гиперопекой и гиперпротекцией, а также некоторыми формами гипоопеки при отсутствии эмоциональной привязанности и хотя бы «условной» любви.

4. Условно патогенное воспитание, сочетающее гипо- либо гиперопеку при эмоциональной депривации, создает ощущение тотального контроля со стороны родителей или других взрослых, их заменяющих, тормозит самостоятельность, что приводит к дефициту содержательной активности при попытках обрести самостоятельность любым доступным способом, как следствие — к конфликтам с семьей с еще большим ужесточением воспитательных стратегий, которые еще больше подавляют конструктивную самостоятельность и способствует закреплению инфантилизма, развивают тенденцию к формированию зависимых отношений. В этой ситуации не происходит развития нормальных механизмов и возможностей психологической адаптации, а стремление к противодействию семье подталкивает (вытесняет) такого ребенка или подростка к общению в проблемные подростковые группы, играющие роль «экологических» социальных ниш.

5. Условно-патогенное воспитание при наличии преморбидных особенностей личности, а также опыт вовлечения в подростковые группы делинквентной направленности приводят к значительному усилению исходных преморбидных характеристик и способствуют формированию более стойких нарушений саморегуляции и самоконтроля. Эти нарушения проявляются во всех сферах психической деятельности, но основное патогенетическое значение имеют aberrации в области самосознания, аффекта, а также стратегий межличностного взаимодействия. Среди наиболее значимых факторов развития зависимости следует выделить следующие:

- низкая самооценка, которая может выступать в качестве мотива обращения к алкоголю, другим ПАВ, специфическим формам поведения. ПАВ позволяют реализовать на эмоциональном уровне потребность в высокой и устойчивой самооценке как в одном из главных мотивов человеческого поведения;
- нереалистичный и негибкий уровень притязаний, рассогласование уровня притязаний и самооценки, недостаточность мотивационной направленности на достижение собственных целей.

6. В результате не происходит формирования спектра эффективных механизмов психологической адаптации: психологических защит, копинг-стратегий, компенсаторных поведенческих стратегий и сенсорной защиты. Существующие примитивные и искаженные защитно-совладающие механизмы не справляются с решением «кризисных» задач адаптации, в то время как более зрелые и совершенные механизмы не могут быть востребованы и запущены ввиду стойкой фиксации личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах и отсутствия необходимого опыта.

7. Таким образом, вполне обыденные для зрелого индивида фрустрирующие ситуации становятся непосильными для адаптивного совладания, защитной переработки и компенсаторного преодоления. В качестве таких обыденных фрустрирующих ситуаций могут выступать, например, необходимость систематической учебы и труда, проблемы ответственности и одиночества, столкновение с реальностью двойственности человеческой сущности, объединяющей «плохие» и «хорошие» черты, и т.п. Не говоря уже о соприкосновении с реальными психотравмирующими обстоятельствами: отвержением, предательством со стороны близких и другими, более драматическими коллизиями.

8. Общим принципом психического реагирования в описанных индивидуально патогенных условиях становится механизм «экстернализации», при которой личность стремится воссоздать неразрешенный интрапсихический конфликт во внешней, контролируемой реальности — и получить, тем самым, возможность хотя бы частично ослабить патогенный эффект травматических переживаний.



Клиническим выражением этих процессов «экстернализации» является появление различных форм патологического личностного реагирования и делинквентности, а также развитие зависимого поведения (в том числе и наркологического).

9. Действие механизма «экстернализации» способствует феномену «расщепления» в структуре отношений с близким окружением у склонных к злоупотреблению ПАВ лиц, проявляющемуся в неустойчивой пропорции между гиперсоциальностью и социальной отгороженностью.

10. В результате в области межличностных взаимодействий аддиктов формируется тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первоначально значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимости».

11. Будучи компенсированными (субкомпенсированными) на некоторое время, благодаря архаическим, примитивным механизмам психологической защиты в условиях ограничивающего опыт воспитания, психогенные комплексы детства могут реактивироваться в подростковом и зрелом возрасте под воздействием индивидуально значимых переживаний, в условиях столкновения со все возрастающими требованиями жизни, что еще больше снижает адаптивные возможности и не позволяет развиваться необходимой для личностного развития самостоятельности.

12. Ребенок или подросток с дефицитом самостоятельности легко попадает под влияние более опытных товарищей, общение с которыми он пытается противопоставить своей дефицитарной семье.

13. В связи с чем следующим важным фактором становится специфика детско-подросткового окружения: при наличии в нем потребителей алкоголя или ПАВ более старшие предлагают попробовать алкоголь или наркотик, что может рассматриваться как реальное противодействие родительской семье. В этом смысле большое значение имеет специфика окружения. Ситуация с употреблением алкоголя и ПАВ усугубляется, если семья проживает в «алкогольных» или «наркотических» микрорайонах.

14. В силу обладания соответствующим спектром психотропной активности и относительно легкой доступности алкоголь либо ПАВ начинает выступать эффективным и быстродействующим корректирующим средством в отношении тех или иных субъективно тягостных когнитивных и аффективных феноменов.

15. В формирующемся зависимом поведении начинают играть роль механизмы искаженного опредмечивания потребности со «сдвигом мотива на цель», при котором адаптационное значение объекта зависимости уступает доминирующему мотиву поиска объекта, который удовлетворяет потребность, замещающую истинную, обладание объектом дает временное ослабление внутреннего напряжения. Таким образом, прием алкоголя или ПАВ начинает «отрываться» от кризисных ситуаций и начинает становиться повседневной практикой.

15. Личностный смысл алкоголизации (наркотизации) заключается в доступе к психологическим ресурсам (ощущение смелости, могущества и т.д.) и, одновременно, снятию ответственности за доступ к использованию этого ресурса. Действие алкоголя или другого ПАВ определяется не столько его химизмом, сколько ожиданием позитивных эффектов, прошлым опытом научения, способностью алкоголя и ПАВ опосредовать любые психологические состояния. Нарушения в сфере деятельности, неспособность личности удержать и достигать цель, при искаженном опосредовании потребностей приемом алкоголя или ПАВ, приводит к формированию механизма «выученной беспомощности» аддикта.

16. Патогенетическое значение в качестве фактора алкоголизации (наркотизации) описанный комплекс патологических личностных свойств и окружения приобретает в обстоятельствах столкновения с «ключевыми» психотравмирующими переживаниями, несущими в себе угрозу дестабилизации либо разрушения их незрелой, неустойчивой душевной организации.

17. Патогенетическое значение «комплиментарности» личности психоактивному веществу имеют описанные выше особенности социопсихологического функционирования лиц, предрасположенных к аддикции. Будучи неодушевленным предметом, но при этом, обладая мощным психотропным действием, алкоголь (наркотик) фактически оказывается носителем специфических свойств, сходным по характеристикам восприятия аддиктом ключевых фигур истории его жизни. Так, алкоголь успокаивает, улучшает настроение, повышает самооценку и одновременно служит «карающей, наказующей» инстанцией, побуждающей к самообвинениям и просто приносящей физические страдания.

18. Одновременно с этим алкоголь (наркотик) делает тягостный для трезвого осознания факт «неспособности найти в реальности то, что требуется» терпимым и даже приемлемым. Он устраняет у лиц, предрасположенных к аддикции, овладевающие ими ощущения «пустоты», скуки и создает крайне привлекательную иллюзию наполненности смыслом, оживления и собственной нужности. За эти психологические эффекты аддикты «прощают» алкоголю (наркотику) его вредоносное действие, которое, как правило, они полностью игнорируют или даже вытесняют, в чем обычно проявляется хорошо знакомая наркологам анозогнозия пациентов к болезни.

19. При формирующейся зависимости неспособность к целенаправленной деятельности аддикта начинает распространяться на все социально значимые виды деятельности, в том числе, в связи с их значительным усложнением при продолжающейся алкоголизации или наркотизации вследствие нарастания социальных проблем. По мере прогрессирования заболевания социально значимые виды деятельности постепенно редуцируются, в конечном итоге оказываются подчиненными одной главной, которая начинает определять все поведение человека — зависимому поведению.

20. Патологическая потребность в психоактивном веществе и другие биологические механизмы данного заболевания способствует тому, что пациенты ни перед чем не останавливаются, чтобы раздобыть деньги на очередную выпивку или дозу наркотика. Манипулятивное поведение больных опосредовано потребностью в алкоголе и наркотики, что существенно отличает его от смысла манипулятивного поведения здоровых лиц, и в конечном счете становится угрозой противоправного поведения.

Таким образом можно представить себе развитие зависимого поведения в динамике с учетом влияния этиопатогенетических факторов на формирование зависимого поведения. Очевидно, могут быть и другие объяснительные схемы формирования зависимости от алкоголя или ПАВ. Для проведения психотерапии объяснительная схема, лежащая в основе психотерапевтической гипотезы, должна позволить сформулировать причинно-следственные закономерности, обладающие достаточной степенью эвристичности для определения показаний к назначению психотерапевтических инструментов.

## 2.3. КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

### О КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Современная психотерапия возникла в свое время как профессиональная парадигма в ответ на потребности общества, не удовлетворенного недостаточной эффективностью классического медико-биологического, «материально» ориентированного медицинского подхода к страданию человека. Существует как минимум одна веская методологическая причина, по которой следует сосредоточить усилия на развитии профессиональной психотерапии в рамках медицинской модели помощи — клинической психотерапии. Современная биопсихосоциальная парадигма медицины предлагает системное понимание сочетания биологических, психологических и социальных причин большинства заболеваний человека, а также подходов к лечению и реабилитации. Это позволяет рассматривать функционирование человеческой психики в триединой концепции нормы (здоровья) и патологии (болезни). Это, в свою очередь, требует комплексной интегрированной и интегрирующей биопсихосоциальной помощи. Если мы не хотим игнорировать биологическую составляющую болезней человека, то интеграция психотерапии в медицину и разработка ее клинической модели — клинической психотерапии — просто обязательна.

Кроме того, медицинская модель психотерапии, предполагающая профессиональную ответственность специалиста за ее результат, соответствует запросам большинства пациентов, обращающихся к психотерапевту, поскольку такие обращения предполагают получение ими помощи в избавлении от расстройства, в лечении. Содержание же психотерапии невозможно оторвать от культурно обусловленного запроса личности, так как сама личность является основным объектом психотерапевтической помощи.

Потребности интеграции обширного и противоречивого мира психотерапевтических направлений, методов, форм и подходов в медицинскую организационно-методологическую контекстную рамку и служит создаваемая в настоящее время концепция клинической психотерапии, у которой в последнее время появляется немало сторонников. Их вдохновляет перспектива обретения «клинической почвы» у психотерапевтов после продолжительного скитания по морям романтических психотерапевтических иллюзий и впечатляющих надежд, настолько же бесперспективных с точки зрения надежности и признания. Эта надежда дает возможность психотерапевту в перспективе стать настоящим клиницистом и, работая в медицине, не испытывать чувства вины за собственную специальность, которая каждый раз значительно усиливается после очередной клинической конференции.

Основное недовольство противников концепции клинической психотерапии тоже вполне объяснимо: адептам «окончательного анализа», «просветляющего гештальта» или «тотального бихевиоризма» психологически трудно согласиться с необходимостью серьезного пересмотра своих привычных психотерапевтических систем, в горячей поддержке которых клиническая психотерапия начинает подозревать привычные когнитивные схемы.

Клиническая психотерапия является составной частью медицины. Это означает, что весь обширный массив эмпирически востребованных психотерапевтических методов должен быть проанализирован исходя из принятой в медицине системы критериев

обоснованности и эффективности. Сама же клиническая психотерапия не является ни в коем случае очередным новым методом психотерапии, а представляет собой скорее методическую систему организации, управления, оценки качества и эффективности психотерапевтической помощи.

К базовым принципам клинической психотерапии можно отнести, во-первых, стремление к научной обоснованности, во-вторых, профессиональную ответственность, в-третьих, управляемость и организованность.

### *Возможности научного обоснования клинической психотерапии*

Клиническая психотерапия может рассматриваться в качестве формирующейся медицинской науки. Движение к научному оформлению клинической психотерапии, конечно, не предполагает обоснования ее в качестве классической науки. Возможно, она станет медицинской наукой нового типа — ярким представителем постнеклассических наук в медицине, где исследователь (как субъект познания), как минимум, принимает участие в определении предметной ее области и формировании научного результата. Однако, любые результаты, полученные с учетом этой ее особенности, конечно же, не должны противоречить уже существующим «классическим» научным данным медицины, полученным в результате физиологических, биохимических и биогенетических исследований. Еще одним важным следствием определения клинической психотерапии как формирующейся постнеклассической науки является ее принципиальная толерантность к любым другим системам психотерапии — клиническая психотерапия и не берет на себя ответственность предписывать представителям различных психотерапевтических школ правила и ориентиры. Более того, клиническая психотерапия каждую психотерапевтическую идею воспринимает как потенциальный ресурс собственного развития — а значит и совершенствования психотерапии в медицине.

С другой стороны, клиническая психотерапия намерена совершить научный скачок — превратиться в постнеклассическую науку по «правилам» фазового перехода, описанным этой же научной парадигмой, без промежуточных ступеней, не «континуально». Это предполагает, что клиническая психотерапия становится медицинской наукой, а все другие психотерапевтические системы остаются эмпирическими областями знания на границе медицины, психологии и философии. Если, например, психотерапия гуманистической парадигмы более комфортно себя чувствует в рамках гуманитарного знания — это дело гуманистических психотерапевтов. Но включение гуманистической психотерапии или ее элементов в клиническую парадигму должно привести к ее видоизменению для решения медицинских задач, с определением показаний и противопоказаний, а также с оценкой психосоциальных механизмов и мишеней воздействия с целью лечения или реабилитации расстройств.

Еще одной важной стороной научного определения клинической психотерапии становится научный субъективизм — использование языка в психотерапии пересматривается и будет «объективизироваться» за счет важной составляющей клинической психотерапии — клинической лингвистики, которая наряду с пограничной психиатрией и клинической психологией становится одной из ее неотъемлемых составляющих. Это может, конечно, смутить клинических психологов, которые раньше не без оснований подчеркивали значимость исключительно психологических основ психотерапии, которая фактически и сегодня часто рассматривается как метод психологического лечения.

Сами же научные основания клинической психотерапии как постнеклассической медицинской науки еще только начинают вырисовываться, но уже видны задачи по

ее научному оформлению: придется переосмыслить системный подход, потому что в основе постнеклассического научного знания лежат удивительные по своим качествам, сложные системы, возникающие из хаоса, способные к самоорганизации и целеполаганию; причинно-следственные соотношения с равной силой могут работать из прошлого в будущее и наоборот. Потребуется пересмотреть и основы психотерапевтической интервенции — сложные системы (такие как личность, например) чрезвычайно устойчивы к внешнему воздействию, с одной стороны, и предполагают проведение длительного курса психотерапии, но одновременно с этим в особых состояниях становятся способными к изменениям в результате сверхслабого воздействия. Возможно, с этих позиций мы сможем дать, наконец, научное объяснение причинам удивительной и практически равной эффективности долговременных и краткосрочных форм психотерапии.

### *Профессиональная ответственность как характеристика клинической психотерапии*

Под профессиональной ответственностью мы имеем в виду определяющую результат деятельность специалиста, который имеет право на врачебную ошибку, как и любой врач, но также как и любой врач при выборе метода психотерапии должен руководствоваться не личными предпочтениями и пристрастиями, а обоснованным назначением различных компонентов психотерапевтической программы для лечения конкретного пациента.

Обоснованное назначение компонентов индивидуальной психотерапевтической программы определяется системой психотерапевтических мишеней, учитывающей показания и противопоказания с учетом:

1. клинического состояния пациента, обратившегося за психотерапевтической помощью;
2. его личностными и психологическими особенностями;
3. уровнем социально-психологической адаптации в конкретной клинической ситуации;
4. особенностями психотерапевтического контакта и характера функционирования диады «психотерапевт-пациент»;
5. а также доказанными возможностями выбираемого психотерапевтического метода.

Клинико-психотерапевтический анализ всех этих групп факторов может определить показания к выбору основного психотерапевтического метода на конкретном этапе лечения, необходимые формы (индивидуальная, семейная, групповая) психотерапии, а также применение вспомогательных методов психотерапии, психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии.

Эта идея, с одной стороны, проста и на практике принимается большинством современных психотерапевтов, но теоретические основания для сочетания психотерапевтических инструментов разработаны недостаточно. Одним из серьезных ограничений по применению в клинике «монометодической» психотерапии является претензия практически всех «крупных» психотерапевтических методов на роль панацеи: из гештальт-терапии, например, никогда не родится обоснование в необходимости назначения курса динамической психотерапии и наоборот.

Клиническая психотерапия формулирует подход с позиции достижения результата, ее интересует исключительно клиническая эффективность воздействия, поэтому в

ее основе лежат не сами методы психотерапии, а возможность их сочетанного применения для решения конкретных задач в структуре индивидуальной психотерапевтической программы лечения конкретного пациента.

### *Психотерапевтический процесс: управляемость и организованность*

Третий принцип предполагает не только научную обоснованность организационного обеспечения психотерапевтического процесса, но и признание того факта, что организационные аспекты и сопровождающие лечебный процесс мероприятия (клинический и клиничко-психотерапевтический разборы, супервизия и др.) прямо влияют на психотерапевтическое взаимодействие врача и пациента, а не только являются источником информации о нем.

В заключение следует особо отметить, что реализация данных трех принципов в настоящее время сталкивается с большим недостатком научной информации. Это, однако, не должно вызывать искушения отказаться от медицинской модели психотерапевтической помощи. Просто перед нами стоит множество задач, в том числе и по организации научных исследований.

## РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ С ПОЗИЦИИ КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Для разработки и реализации программы психотерапии при лечении болезней зависимости в настоящее время предлагается подход, изложенный в настоящем издании, а его отдельные главы посвящены облегчению реализации ее элементов. Реализовать на практике клиничко-психотерапевтический подход может врач-психотерапевт при участии полипрофессиональной бригады.

### *Особенности подготовки врача-психотерапевта для работы в наркологии*

Врач-психотерапевт должен иметь хорошую клиническую подготовку в области психиатрии и наркологии, иметь современные представления об этиопатогенетических механизмах болезней зависимости, владеть навыками построения эффективного психотерапевтического контакта с пациентами, страдающими зависимостями, уметь на практике реализовывать клиничко-психотерапевтический подход к психотерапии болезней зависимости, иметь хорошую подготовку к работе в условиях полипрофессиональной бригады, быть специалистом и успешно применять избранные психотерапевтические методы, позволяющие осуществлять симптомо-, личностно- и социоцентрированную психотерапию, а также владеть способами создания и управления различными вариантами психотерапевтической среды. Это означает, что для работы в области наркологии врач-психотерапевт, уже имеющий сертификат по специальности «Психотерапия» (после обучения по программам переподготовки по специальности «Психотерапия» на базе высшего медицинского и послевузовского образования по специальности «Психиатрия» или «Психиатрия-наркология») должен пройти дополнительную подготовку для работы с наркологическими больными. С нашей точки зрения, только такая подготовка позволит врачу-психотерапевту реализовать на практике клиничко-психотерапевтический подход для наркологических пациентов.

*Последовательность действия врача-психотерапевта при разработке и реализации программ психотерапевтического лечения наркологических больных*

Для разработки и реализации программ психотерапевтического лечения наркологических больных врач-психотерапевт должен реализовать следующую последовательность профессиональных психотерапевтических действий.

1. Провести всестороннее клиническое и клинико-психологическое изучение пациента, обратившегося за психотерапевтической помощью. На этом этапе взаимодействия с пациентом, страдающим зависимостью, врач-психотерапевт фактически осуществляет диагностические действия врача-психиатра и врача психиатра-нарколога, совмещая их с психотерапевтическими технологиями создания и управления психотерапевтическим контактом.

Психотерапевтический контакт является очень важным компонентом начального этапа лечения в связи с тем, что его качество в значительной мере определяет успех дальнейшей работы. Врачу-психотерапевту фактически нужно мотивировать пациента к сотрудничеству, имея в виду личностные задачи психотерапии, при которой психотерапия может быть эффективна только при собственной готовности и мотивированности пациента к преодолению зависимости.

Отличие диагностических задач начального этапа лечения врача-психотерапевта от работы врачей других специальностей заключается в глубоком изучении личности пациента, детальном анализе всех возможных этиопатогенетических, психологических и социальных механизмов, играющих роль при возникновении зависимости в конкретном случае.

При необходимости для выявления и анализа роли различных психологических и психосоциальных факторов, принимающих участие в формировании зависимого поведения, приглашаются врачи других специальностей, медицинский психолог и социальный специалист, а также проводятся параклинические исследования. Участие полипрофессиональной бригады на диагностическом этапе лечебно-реабилитационной программы позволит верифицировать клинический диагноз и сформулировать функциональный диагноз.

Еще одной особенностью психотерапевтической диагностики является детальный анализ семейной системы, в которую включен пациент, в связи с доказанной ролью факторов созависимости.

2. Полученные в результате такой комплексной психотерапевтической диагностики данные позволяют определить перечень необходимых для эффективного психотерапевтического лечения возможных мишеней психотерапии. В дальнейшем должна быть произведена оценка их значения, последовательность психотерапевтического воздействия на отдельные мишени психотерапии.

3. Анализ отдельных этиопатогенетических факторов расстройства и мишеней психотерапии позволяет врачу-психотерапевту сформулировать психотерапевтическую гипотезу конкретного случая заболевания.

4. С позиции созданной психотерапевтической гипотезы осуществляется разработка общего содержания и отдельных компонентов индивидуальной психотерапевтической программы, которая позволит уточнить состав полипрофессиональной бригады специалистов, выбрать основной психотерапевтический метод, вспомогательные психотерапевтические методы, другие мероприятия психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии.

5. Следующий шаг диагностической работы проводится уже в условиях уточненного состава полипрофессиональной бригады. Предполагаемая индивидуальная психотерапевтическая программа верифицируется с учетом принятых в настоящее время в современной наркологии этапов лечебно-реабилитационного процесса.

6. Созданная и верифицированная таким образом индивидуальная психотерапевтическая программа уточняется с учетом возможности конкретного лечебно-реабилитационного учреждения, а также возможностей ее реализации в нескольких наркологических или психотерапевтических учреждениях конкретной территории обслуживания.

7. В дальнейшем полипрофессиональная бригада приступает к реализации утвержденной индивидуальной психотерапевтической программы, возможности которой закрепляются специальной психотерапевтической процедурой психотерапевтического контракта с пациентом и ее семьей.

8. Воплощенная таким образом в психотерапевтический контракт индивидуальная психотерапевтическая программа реализуется. Для ее эффективной реализации проводятся периодические встречи полипрофессиональной бригады, осуществляются супервизорские мероприятия, клиничко-психотерапевтические и клинические разборы случая. При необходимости программа лечения пересматривается, перезаключается психотерапевтический контракт.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТРАКТА ПРИ РАБОТЕ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Разработанная система психотерапевтического контракта (ПК) позволяет учитывать различные факторы, определяющие качество участия наркологических пациентов в программах психотерапевтического лечения, таких как внутренняя картина болезни, особенности мотивации, особенности взаимодействия с микросоциальным окружением, тяжесть состояния пациента и выбор соответствующего вида помощи, определение ожидаемого результата и др.

ПК направлен на повышение эффективности лечения и большую свободу для пациента в выборе стиля взаимодействия с врачом-психотерапевтом, ведущего метода психотерапии и содержания индивидуальной психотерапевтической программы (ИПП). В условиях действия новых механизмов хозяйствования в здравоохранении в нашей стране необходим эффективный контроль стоимости и качества психотерапевтической помощи. Освоение алгоритма ПК помогает специалисту подбирать в индивидуальную психотерапевтическую программу те психотерапевтические методы и формы психотерапии, которые в том числе определяются мотивацией и готовностью самого пациента, что способствует повышению качества проводимой психотерапии.

Предлагаемый алгоритм «заключения психотерапевтического контракта» для пациентов с зависимостями имеет значение для повышения эффективности созданной для конкретного пациента индивидуальной психотерапевтической программы в рамках выбранной модели психотерапевтической помощи.

### *Определение и общие положения*

Психотерапевтический контракт представляет собой систему взаимных соглашений между пациентом и психотерапевтом, отражающих общее понимание причинных механизмов зависимости, содержательного наполнения психотерапевтического взаимодействия (форм и методов психотерапии), а также целей психотерапевтического



вмешательства. Психотерапевтический контракт основан на четком разделении и принятии ответственности врачом-психотерапевтом и пациентом, согласованном распределении прав и обязанностей между участниками психотерапевтического процесса.

Временные рамки для достижения такой договоренности, в зависимости от готовности пациента к психотерапии, выраженности болезненных расстройств, особенностей мотивации к участию в психотерапии варьируют от нескольких минут первой психотерапевтической встречи до заключительной сессии диагностического этапа ИПП. На протяжении всего психотерапевтического процесса ПК регулярно верифицируется и уточняется врачом-психотерапевтом и пациентом.

Кроме того, процедура заключения психотерапевтического контракта может рассматриваться в качестве психотерапевтической техники начального этапа взаимодействия врача-психотерапевта и пациента и имеет свое лечебное значение.

В таблице 1 представлены факторы, превращающие ПК в психотерапевтическую интервенцию.

Таблица 1.

### Действующие факторы ПК как психотерапевтической интервенции

	Сферы действия терапевтических механизмов ПК	Действующие факторы:
1.	Когнитивная	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Получение пациентом информации о своей болезни и о предстоящем психотерапевтическом лечении;</li> <li>— получение врачом информации о концепции болезни и (или) страдания, имеющейся у пациента;</li> <li>— возможность коррекции внутренней картины болезни либо учет имеющейся у пациента внутренней картины болезни (ВКБ).</li> </ul>
2.	Эмоциональная	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Возникновение эмоционально теплого и тесного контакта между врачом и пациентом;</li> <li>— эмоциональная поддержка;</li> <li>— эмпатия (сопереживание).</li> </ul>
3.	Мотивационно-поведенческая	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Учет ожиданий пациента относительно взаимодействия с психотерапевтом и проводимого лечения;</li> <li>— учет характера мотивации пациента;</li> <li>— коррекция мотивации пациента;</li> <li>— обсуждение и согласование с пациентом целей, задач и основных принципов предстоящей психотерапии.</li> </ul>

В ряде случаев заключение ПК проблематично в силу активности патогенетически значимых для зависимости неэффективных психологических механизмов — вторичной выгоды и психологических защит. В таких случаях достижение соглашения между пациентом и психотерапевтом в виде ПК становится сутью первого этапа психотерапевтического процесса.

Заключение психотерапевтического контракта обеспечивает адекватное содержание начальной психотерапевтической ситуации: пациент и врач-психотерапевт принимают на себя достаточную для достижения клинического эффекта и адекватную собственной компетенции ответственность.

В общем виде это принятие на себя поведенческих обязательств и/или ограничений по отношению к планируемому психотерапевтическому процессу.

Снижение уровня эмоционального напряжения у пациента в силу соответствия предлагаемого контекста медицинской модели помощи — неперенный критерий успешности применения алгоритма ПК.

В случае достижения общего соглашения создается общее психотерапевтическое пространство — все участники процесса разделяют взгляд на причину расстройства и стратегию и тактику вмешательства, принимают оговоренные способы взаимодействия.

Психотерапевтический контракт создает условия для включения практически любого способа коммуникации в психотерапевтическую интервенцию (от директивных, характерных для поведенческого направления до партнерских, гуманистически ориентированных). Некорректно заключенный ПК приводит к рассогласованности когнитивных составляющих мотивационных схем пациента и врача-психотерапевта.

В таблице 2 приводятся основная структура психотерапевтического контракта.

Таблица 2.

### Структура психотерапевтического контракта

Компонент ПК	Содержание	Результаты согласования
Идентификация пациента.	Процесс определения субъекта психотерапевтического вмешательства.	Варианты: личность обратившегося за психотерапевтической помощью, семья, группа, микросоциальное окружение идентифицированного пациента, отказ в психотерапии.
Контекстная мотивация пациента.	Идентификация и при необходимости коррекция целеполагающих, смыслообразующих и побудительных мотивов пациента.	Первоначальное снижение уровня эмоционального напряжения, связанное с ожиданием профессиональной помощи.
Идентификация запроса.	Активное прояснение жалоб пациента, идентификация клиничко-психологических особенностей пациента, личностно-значимых аспектов психотравмирующей ситуации	Варианты: психологическая проблема, симптомы и синдромы расстройства, сложности в межличностных отношениях, субъективно трудная микросоциальная ситуация
Согласование заказа.	Идентификация границ компетенции психотерапевтического вмешательства как медицинской помощи лично-опосредованными психологическими средствами.	Варианты: психотерапевтическая лечебная модель, фармакотерапевтическая (биологически ориентированная) лечебная модель.
Согласование внутренней картины болезни пациента с выбранным направлением психотерапевтического вмешательства.	Активное прояснение и согласование первичной гипотезы о психологических (личностных) механизмах, участвующих в патогенезе.	Варианты: неконструктивные поведенческие стереотипы и/или отсутствие необходимого навыка, неосознаваемый внутриличностный конфликт, неотрагированные чувства и/или потребность в эмоциональной поддержке, экзистенциальные проблемы.

Компонент ПК	Содержание	Результаты согласования
Определение модели психотерапевтической помощи.	Согласование с пациентом основного вектора психотерапевтического вмешательства (модели психотерапевтической помощи).	Варианты: симптом-центрированная модель, личностно-центрированная модель, социо-центрированная модель.
Выбор основного и вспомогательных методов и форм психотерапии.	Согласование с пациентом основных и вспомогательных элементов индивидуальной психотерапевтической программы.	Определение обязанностей и/или ограничений врача-психотерапевта и пациента по отношению к психотерапевтическому процессу.
Согласование длительности и организационных условий психотерапевтической помощи.	Соотнесение выбранных форм и методов психотерапии с организационными возможностями врача-психотерапевта и пациента.	Варианты: однократная консультация, краткосрочная психотерапия, долгосрочная психотерапия.
Определение критериев прекращения (окончания) психотерапии.	Итоговое согласование с пациентом целей психотерапевтического процесса.	Варианты: снижение уровня эмоционального напряжения, редукция симптоматики, субъективно значимые личностные изменения, коррекция межличностных отношений, улучшение социальной адаптации.

### *Особенности структуры мотивации к психотерапии пациентов с зависимостями*

1. Сфера целеполагания пациентов с зависимости, обращающихся за помощью, имеет ряд специфических особенностей, которые необходимо учитывать при реализации алгоритма психотерапевтического контракта. Чаще всего цели, которые ставят перед врачом больные с зависимостью, относятся к категории симптоматических («хочу избавиться от влечения к алкоголю») или диагностических («не понимаю, что со мной происходит»). В то же время, симптом как таковой не соответствует компетенции врача-психотерапевта в связи с отсутствием прямого (не опосредованного личностными механизмами) инструмента воздействия. Пациенты ставят эти цели именно перед психотерапевтом, а не перед самим собой, проводя аналогию с обращением к врачу соматического профиля. В этом случае психотерапевт занимает директивную позицию по отношению к пациенту (т.н. «контакт по типу психотерапевтического руководства»). Психотерапевтический контракт, в его качественном исполнении, должен быть понятен пациенту в том числе с точки зрения смысла.

2. Смыслообразующие мотивы. Смысл является важной составляющей частью мотивационной системы человека, толкающей его к определенным поступкам. Таким образом, одним из основных вопросов при заключении ПК становится вопрос «Для чего я это делаю?». В частности, каждый шаг или взаимодействие между пациентом и терапевтом должен быть максимально осознан, будь то отдельная техника психотерапевтического метода, клиническая беседа или заполнение бланков опросника. Такая активная позиция позволяет пациенту и психотерапевту стать партнерами по преодолению зависимости.

3. Побудительная мотивация тоже является частью мотивационной системы. Для пациентов с зависимостями эта сфера, как правило, наиболее сохранна и активна. Это явственно следует уже из одного факта обращения больного или его семьи за соответствующей помощью.

В таблице 3 описаны принципиальные характеристики, свидетельствующие о качестве заключения ПК.

Таблица 3.

### Критерии качества заключенного психотерапевтического контракта

	Компоненты психотерапевтической мотивации	Содержание
1.	Готовность пациента к восприятию любых ситуаций в процессе психотерапии как части психотерапевтического процесса.	Контекст взаимодействия врача и пациента позволяет любые события в процессе психотерапевтического взаимодействия превращать в терапевтические интервенции: — ролевые отношения; — собственно технические приемы психотерапии; — содержание и процесс взаимоотношений; — временные рамки; — «плата» за психотерапию и др.
2.	Готовность пациента к поступкам.	Речь идет о самостоятельном стремлении пациента к погружению в психотерапевтический процесс, о внутренней системе мотивации к совершению ряда действий, необходимых для достижения терапевтических целей
3.	Готовность пациента к изменениям.	Любая качественная психотерапия, независимо от направления, предполагает изменения в той или иной сфере жизни больного. Поэтому пациент перед началом лечения должен знать и принимать все возможные последствия своего участия в психотерапии.

В силу особенностей мотивационной сферы у пациентов с зависимостями конгруэнтная позиция пациента по отношению к описанным компонентам психотерапевтической мотивации труднодостижима на начальных этапах психотерапевтического взаимодействия.

Для начала работы достаточно формального соглашения, которое чаще всего заключается в устной форме, с возможными дополнительными письменными пунктами. Опыт применения письменных соглашений, являющихся частью психотерапевтического контракта и частью мотивационной интервенции в процессе психотерапии, был получен в Отделении внебольничной психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Письменное согласие позволяет осуществлять необходимые диагностические, супервизорские и экспертные мероприятия. Его форма является примерной и может быть использована для разработки информированных согласий психотерапии для других психотерапевтических учреждений.

Далее рассмотрим конкретные шаги по формированию системы ПК.

### *Алгоритм процедуры заключения ПК*

Технологически психотерапевтический контракт — это последовательное достижение следующих договоренностей врача-психотерапевта и пациента.

#### *1) «Идентификация пациента».*

Безоговорочное принятие врачом в качестве «объекта помощи» («пациента психотерапевта») либо носителя симптома, либо того члена семьи, на которого указывает обратившийся за помощью, не представляется целесообразным. Варианты часто скрытой (и для самого обратившегося) мотивации могут существенно отличаться от случая к случаю и не иметь отношения к желанию участвовать в лечебном процессе. Наиболее частым примером служит обращение по поводу поведения родственников или же познавательные, развлекательные мотивы, мотивы вторичной выгоды. Тогда первым шагом в формировании психотерапевтического контракта необходимо рассматривать процесс «идентификации пациента».

Возможные варианты «объектов» психотерапевтической помощи:

#### 1. Личность обратившегося за психотерапевтической помощью.

Этот вариант является самым простым для начала лечебного взаимодействия, но и самым редким по количеству обращений. Пациент в таком случае может делать заявления по типу: «У меня есть симптомы, но врачи других специальностей патологии не нашли. Сказали, что следует обратиться к психотерапевту. Я готов получать лечение у вас». Чаще всего обращение индивидуальное, без участия близкого окружения. Если же пациент при поступлении в отделение (кабинет) сопровождается родственниками или другими лицами, тогда необходимо помнить о допущении других вариантов идентифицированного пациента и проводить беседу также с сопровождающими. К беседе приглашаются все присутствующие, если нет частного противодействия со стороны носителя симптома

Специалисту, проводящему интервенцию в виде формирования системы психотерапевтического контракта, следует помнить о возможной мотивации родственников носителя симптома, присутствующих на приеме. Проявляется она в виде наличия страдания у близких пациента, например, тревоги, бессонницы, сниженного настроения, навязчивого беспокойства за судьбу членов семьи и других клинических феноменов. При обращении к этим феноменам перед психотерапевтом открывается возможность помощи другим членам семейной системы.

#### 2. Семья (супружеская пара).

Для такого типа обращений характерно сообщение о субъективно значимых проблемах в супружеских или других семейных взаимоотношениях, часто сопровождающихся или определяющих зависимое поведение (явление созависимости и т.п.). Иногда такой вариант идентифицированного пациента скрыт и терапевту приходится акцентировать внимание членов семьи на имеющихся нарушениях в функционировании, особенно при отказе их по каким-либо причинам от индивидуальной психотерапевтической работы. Следует помнить о полезности, а часто — о необходимости привлечения всех членов семьи (в том числе и не присутствующих на первой встрече) к психотерапевтическому процессу.

#### 3. Группа.

Заключение ПК при таком типе пациента можно условно разделить на две принципиальные позиции: формирование контракта на групповую форму работы с отдельным пациентом («отбор на группу») и формирование ПК непосредственно с груп-

пой в начальной фазе групповой работы. Подробности работы в групповом формате по заключению психотерапевтического контракта, ввиду обширности тематики, будут изложены в отдельных методических рекомендациях.

4. Микросоциальное окружение пациента, отказавшегося от обращения за помощью.

Проводится заключение психотерапевтического контракта в виде аффективной интервенции — особого варианта психотерапевтической помощи, осуществляющейся посредством косвенного воздействия на идентифицированного пациента, отказавшегося от помощи, через обратившегося члена семьи, а иногда и его близкого окружения.

#### 5. Отказ.

В ряде случаев идентифицируется отказ обратившихся от всех предложенных видов и форм психотерапевтической помощи. Признание такой идентификации требует от специалиста известной профессиональной компетенции, не меньшей, чем в предыдущих случаях, а также определенной личностной зрелости. При получении отказа от участия в программе психотерапии возможно привлечение пациента к другим программам лечения и реабилитации (терапевтические сообщества, другие учреждения и пр.), проведению психотерапии в форме «аффективной интервенции» с целью повышения мотивации пациента к участию в программе лечения и реабилитации, а также проведению мотивационного интервью.

#### *2) Перевод «запроса» пациента в «психотерапевтический заказ».*

В клинической практике обращение пациента к специалисту обусловлено, как правило, переживаниями по поводу наличия симптоматики, вызывающей значительные и субъективно непреодолимые страдания, которые проявляются при взаимодействии с окружающими (в том числе и врачом-психотерапевтом) в виде жалоб, сложностей межперсональных отношений, сложностей социальной адаптации, а также обращение вследствие установочного поведения (формальное согласие, данное родственникам или работодателям). Строго говоря, первоначально жалобы и составляют запрос больного. Принимая во внимание рамки работы психотерапевта, которые включают личность больного и его взаимодействие с окружающей микросоциальной средой, следует рассматривать жалобы пациента шире, нежели просто перечисление симптомов или их комплексов. Кроме того, основой жалобы может являться поведение другого человека.

Алгоритм переформулирования «запроса» в «заказ».

Для формирования психотерапевтического заказа необходима реализация следующей последовательности шагов во взаимодействии психотерапевта с больным зависимостью:

- уточнение запроса (прояснение ведущих жалоб, вычленение основных феноменов, доставляющих беспокойство),
- прояснение целей обращения и целей психотерапии, например, цели лечения по отношению к личности пациента, страдающего зависимостью (что автоматически выводит пациента на личностный уровень),
- переход от целей к актуальной жизненной ситуации,
- выявление связи между актуальной жизненной ситуацией и личными целями,
- формирование непосредственно психотерапевтического заказа

Таким образом, психотерапевтический заказ кратко можно обозначить как вектор личностных изменений пациента.

*3) Определение психотерапевтической модели.*

Симптом-центрированная модель.

Главным содержательным аспектом психотерапевтической интервенции является воздействие на беспокоящие пациента симптомы. Современные поведенческие и неоповеденческие методы психотерапии располагают для этого обширным техническим арсеналом. Типичными для данной модели психотерапевтической помощи являются директивная и авторитарная позиция врача-психотерапевта, что следует учитывать при заключении ПК. Данная модель может быть реализована и как начальный этап психотерапевтического процесса.

Личностно-центрированная модель.

Патогенетический уровень вмешательства предполагает воздействие психотерапевтическими средствами на патогенетически значимые личностные механизмы имеющегося у пациента расстройства. Согласованной основой для реализации данной модели является принятая пациентом гипотеза о вторичности имеющихся у него симптомов и/или психологических проблем по отношению к актуальному личностному содержанию (осознаваемому и неосознаваемому).

Социоцентрированная модель.

Данный тип психотерапевтического вмешательства ставит своей задачей коррекцию микросоциальной сферы пациента. Данная модель характерна для случаев, когда основным запросом пациента является субъективно непереносимая психотравмирующая ситуация.

Переход с одной модели психотерапевтической помощи на другую должен сопровождаться перезаключением ПК, так как для каждой модели определяются различные психотерапевтические цели (они могут также обозначаться как результат или критерии успеха), а также зоны ответственности пациента и психотерапевта, подлежащие обсуждению.

*4) Согласование внутренней картины болезни с выбором направления психотерапии.*

Основной опорой для врача-психотерапевта в помощи пациенту выбора того или иного направления могут быть клинико-психологические особенности пациента.

Для реализации мероприятий по заключению психотерапевтического контракта имеет значение выделение двух основных типов внутренней картины болезни (ВКБ) — соматоцентрированный (с характеристикой недостаточной способности к психологическому описанию своих переживаний — алекситимия, и «соматическим поиском» причин зависимости, идеаторной фиксацией на соматической сфере), и психоцентрированный (представления о болезни сосредоточены на переживании жизненной ситуации и отношений с окружающими). Содействующей психотерапии патогенетического уровня является активная мотивация к лечению. При психоцентрированном типе ВКБ она ориентирована на «познание причин алкоголизации» и «изменение собственного поведения». Уже здесь мы можем видеть различное лингвистическое описание целей терапии: в первом случае имеется соответствие, скорее, психодинамической концепции, во втором — когнитивно-поведенческой. Возможен и третий вариант — выбор в пользу экзистенциально-гуманистической парадигмы при примерном описании пато-

логического страдания как «потери смысла» или «поиска человеческого внимания и принятия», потребности в эмоциональной поддержке.

Также критерием выбора конкретных методик служит наличие показаний и противопоказаний к осуществлению различных психотерапевтических интервенций.

Помимо выбора направления и методики психотерапии, у пациента должно появиться понимание о способах достижения терапевтических целей при использовании данной методики, а также формы взаимодействия с психотерапевтом: как распределяются обязанности в процессе психотерапии, какие действия требуются от пациента, чего можно ожидать от психотерапевта.

Таким образом, результатом реализации данного шага ПК является появление у психотерапевта и пациента общего понимания относительно:

- психотерапевтического направления;
- психотерапевтического метода;
- цели и результата использования метода;
- ответственности психотерапевта;
- ответственности пациента.

##### *5) Описание критериев окончания (эффективности) психотерапевтической помощи.*

При проведении процедуры заключения психотерапевтического контракта необходимым условием является наличие договоренности о критериях успешного проведения психотерапевтических интервенций и помощи пациенту в целом. При этом общим обязательным критерием для любого пациента и любой психотерапии, учитывая ориентировку на медицинскую модель психотерапевтической помощи, может быть редукция патологической симптоматики, с которой обратился наркологический больной. Все остальные критерии чрезвычайно субъективны и могут варьировать в зависимости от сформулированного запроса. Однако неперенным условием, которому должны отвечать любые критерии, является возможность проверки их как со стороны участников психотерапевтического процесса, так и сторонних наблюдателей (например, супервизоров).

Согласование длительности психотерапии.

В современных условиях психотерапевтическая помощь все чаще обозначается как направленная на улучшение качества жизни, что позволяет выставлять ее в качестве внебюджетной услуги медицинского профиля. Развитие же страховой медицины, так или иначе, ставит перед врачом, оказывающим помощь, вопрос о сроках и эффективности лечения.

Немаловажным является договоренность между врачом и больным о временном сеттинге, продолжительности интервенции и продолжительности одной встречи. Часто в современных стационарах такой договоренности не существует, что порождает несогласованность ожиданий, а также разрушает психотерапевтический контакт.

Время, необходимое для достижения обозначенных пациентом и терапевтом критериев успеха, должно соотноситься с глубиной планируемого вмешательства. Общий вектор: от консультации до поддержки изменений количество встреч (времени) возрастает.

##### *Типичные ошибки при заключении ПК.*

В таблице 4 представлены виды ошибок при заключении ПК, влияющие на неэффективность ПК.



Таблица 4.

**Виды ошибок при заключении психотерапевтического контракта**

	<b>Вид ошибки</b>	<b>Причины возникновения</b>
1.	Несогласованность компонентов ПК между врачом-психотерапевтом и пациентом.	Возникает в случае отсутствия общей договоренности о рамках взаимодействия по любому из компонентов ПК.
2.	Несогласованность элементов контракта между собой.	Причиной является соглашение психотерапевта на нереальные условия проведения психотерапии: — несоответствие заказа выбранному методу; — несоответствие мотивации и психотерапевтической модели; — отсутствие адекватной платы за психотерапию и др.
3.	Соотнесение выбранной психотерапевтической модели исключительно с одним направлением психотерапии.	Данная ошибка основана на неверном представлении о выборочной эффективности некоторых направлений психотерапии по отношению к симптому или личности.
4.	Редкая ревизия ПК.	ПК является соглашением, определяющим тактику психотерапии. Однако, в процессе работы с пациентом могут меняться цели, мотивация, что сразу приводит к возникновению несогласованности между элементами ПК. Таким образом, ПК — это динамичная структура, требующая периодической ревизии.

Предлагаемый алгоритм психотерапевтической интервенции позволяет подготовить пациента к активному участию в психотерапевтическом процессе и позволяет выбрать основной психотерапевтический метод и форму психотерапии.

## 2.4. МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ

Лечение болезней зависимости на сегодняшний день представляет собой комплекс мер медицинского, клинико-психологического и психосоциального характера, применяющихся, во-первых, дифференцированно в зависимости от целого ряда факторов, а во-вторых, поэтапно, в соответствии с разными задачами на разных стадиях процесса лечения пациента.

Психотерапия в лечении болезней зависимости занимает ровно столько места, сколько составляет доля психосоциальных механизмов в этиопатогенезе конкретного расстройства (этиопатогенез зависимостей подробно описан в Главе 1). При этом, описывая психотерапию в лечении любого расстройства из группы зависимостей, необходимо опираться на указание конкретных мишеней, воздействие на которые должно осуществляться на разных этапах психотерапии и лечения в целом.

В настоящее время в практике лечения болезней зависимости существует тенденция к интеграции психотерапевтических методов, методик, подходов и даже отдельных психотерапевтических техник в рамках программы лечения одного пациента. В то же время, существуют сложности в формировании психотерапевтических задач при сочетании различных психотерапевтических методов основных направлений психотерапии. Поэтому, для того чтобы избежать непоследовательности и бессистемной эклектичности, необходимо опираться на систему, позволяющую обосновывать выбор и применение тех или иных психотерапевтических инструментов при лечении конкретного пациента с учетом имеющихся у него психосоциальных механизмов, участвующих в формировании и поддержании химической или нехимической зависимости.

Также необходимо учитывать, что комплексная лечебно-реабилитационная технология наркологического больного предполагает сочетание наркологического лечения, психотерапевтической работы с психологической и социальной помощью. С этой точки зрения важно исключить противоречивость действий всех специалистов, входящих в состав лечебной бригады. Для этого также необходима методическая система, позволяющая одинаково понимать цели и задачи лечения всеми членами лечебной бригады.

В качестве такой методической системы, позволяющей учитывать различные факторы, влияющие на выбор психотерапевтической тактики и стратегии, нами предложена типология мишеней психотерапии. Она предполагает классификацию, основанную на различном значении отдельных клинико-психологических феноменов для определения направленности психотерапевтического воздействия, выбора условий проведения психотерапии, а также обоснованного выбора методов и методик психотерапии.

### ТИПОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ПОНЯТИЯ

Под *психотерапевтической мишенью* понимается проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознанной психотерапевтом целью взаимодействия.

Появлению этого определения, а также предлагаемой типологии предшествовала длительная работа по инвентаризации имеющихся в литературе представлений о том, на что направлена лечебная интервенция в клинической психотерапии, проведе-

ние ряда профессиональных дискуссий и клинических исследований. Таким образом, предлагаемая типология разработана для оптимизации применения психотерапии для широкого спектра психических и поведенческих расстройств, а не только в наркологии для лечения больных с зависимостями.

### *1-я группа мишеней: Клинические психотерапевтические мишени*

Наиболее специфичными для разработки индивидуальной психотерапевтической программы являются феномены, описываемые клиническим методом. Это клинические психотерапевтические мишени. В эту группу психотерапевтических мишеней включаются феномены, описываемые языком клинической семиотики и специфичные для конкретного заболевания (психического расстройства или сходной группы расстройств), при этом необходимо, чтобы имелись данные о возможности воздействия психотерапевтическими средствами на данные клинические феномены. То есть не все симптомы болезни, а те, которые возможно устранить или уменьшить психотерапевтическим воздействием. Примером мишени этой группы является «нарушение поведения в виде употребления психоактивного вещества».

Мишени этой группы не только способствуют формированию клинически-ориентированной программы психотерапии, но и обеспечивают профессиональную коммуникацию между психотерапевтами (например, при проведении в рамках одной лечебной программы индивидуальной и групповой психотерапии разными специалистами), между психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады (врачом-психиатром, медицинским психологом, специалистом по социальной работе), между психотерапевтом и руководителем лечебно-профилактического учреждения. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в семиотических системах — МКБ или специальных глоссариях клинических классификаций.

Мишени первой группы являются, в том числе, критерием эффективности психотерапии и лечения в целом. Их наличие или отсутствие позволяет говорить об активной фазе расстройства, ремиссии либо выздоровлении. Чаще всего эти феномены являются мишенями для симптом-центрированных психотерапевтических подходов, применяемых отдельно или в комплексе мер психотерапевтической программы.

### *2-я группа мишеней: Психологические психотерапевтические мишени*

К этой группе психотерапевтических мишеней относятся мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента. Психотерапевтические мишени этой группы не связаны напрямую с конкретным типом расстройства или существующим симптомокомплексом, однако, по имеющимся научным данным, могут рассматриваться в качестве существенных элементов этиопатогенеза расстройств и являются факторами, определяющими возникновение и развитие расстройства. Примерами таких феноменов могут быть: нарушенная самооценка, межличностный (семейный) конфликт, психологическая проблема, психотравмирующие переживания, алекситимия.

Эти мишени довольно близки к группе феноменов, которые можно отнести к факторам психотерапевтического процесса — феноменам, которые «продуцируются» участниками взаимодействия и влияют на процесс, но не являются при этом объектами целенаправленного изменения, например, внушаемость пациента или искренность психотерапевта.

Эта группа мишеней является смежной и находится на границе компетенции врача-психотерапевта и медицинского психолога. Например, психотерапевт занимается межличностными конфликтами в рамках семейной психотерапии. Психологическая коррекция зависимых отношений, имеющихся у пациента, повышает вероятность выздоровления.

### *3-я группа мишеней: Психотерапевтические мишени психотерапевтического процесса*

Эта группа мишеней обозначена как мишени, специфичные для психотерапевтического процесса.

Возможно выделить феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания качественных условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого типа могут быть феномены, отражающие особенности участия в психотерапии пациента (избегание, пассивность, анозогнозия), психотерапевта (созависимость, степень директивности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии. Психотерапевтические мишени этой группы описывают специфику построения психотерапевтических отношений, качество и специфику психотерапевтического контакта. При этом для применения различных психотерапевтических методов будут необходимы разные условия взаимодействия психотерапевта и пациента. Так, например, для проведения гипносуггестивной терапии будет иметь значение внушаемость пациента. Перед проведением непосредственно процедуры трансового наведения необходимо воздействовать на представления пациента о характере воздействия и природе симптома. А при проведении динамической психотерапии фактор повышенной внушаемости может оказать негативное воздействие на качество психотерапии.

### *4-я группа мишеней: Мишени клинической ситуации*

Можно выделить группу мишеней, специфичных для клинической ситуации пациента, пребывание в которой может оказать существенное влияние на характер проведения психотерапии и ее эффективность. Анализ этой группы психотерапевтических мишеней предполагает детальное изучение особенностей личностного функционирования пациента с учетом его образованности (наличие или отсутствие психологических знаний и осведомленности в вопросах психотерапии, мировоззрения), предыдущего опыта психотерапии и других видов лечения (негативный опыт общения со специалистами, вера в конкретный метод исцеления), особенностей коммуникации, обусловленных культуральными факторами (владение языком, религиозные предпочтения и ограничения), особенностей микросоциальной ситуации (проживание актуальной психотравмирующей ситуации, развод семьи, увольнение, финансовые бременя) и пр.

Мишени клинической ситуации являются вынужденно относимыми к компетенции психотерапии, но могут оказывать на процесс лечения существенное влияние. Такое выделение необходимо для разделения сфер компетенции специалистов, оно также помогает определять потребность в тех или иных специалистах (психиатре-наркологе, коррекционном педагоге, медицинском психологе, специалисте по социальной работе, социальным работнике).

Есть две основных причины отнесения феноменов этой группы к компетенции психотерапии: во-первых, учет этой группы феноменов напрямую влияет на качество

психотерапевтического процесса, а зачастую и на саму возможность его осуществления; во-вторых, специфика клинической ситуации зачастую проявляется (или изменяется) только в процессе психотерапии, и фактическая сторона межперсональных сложностей пациента может выступать в качестве фактологической стороны психотерапевтического процесса; в-третьих, привлечение других специалистов психотерапевтической бригады должно в значительной мере учитывать запросы самого пациента, и само привлечение других специалистов является составляющей процесса психотерапии.

Что касается первой причины, то речь, видимо, идет о симптоматическом уровне вмешательства, который возможен в рамках любой по направлению психотерапии. Однако, в клинической психотерапии речь идет именно о затруднениях в обеспечении, а не о чем-то самоценном. Иначе говоря, если мы имеем дело с мишенью этого типа, то результативность воздействия на нее может являться необходимой предпосылкой для успеха, но не может быть успехом психотерапевтического вмешательства вообще.

### *5-я группа мишеней: Психотерапевтические мишени психотерапевтических методов*

Многие этиологические (объяснительные) теории при описании мишеней психотерапии оперируют специальными конструктами, которые являются гипотетическими образованиями. Примером таких конструкций могут быть «сопротивление» и «вытеснение» в динамической психотерапии, «гибкость поведенческого стереотипа» и «иррациональная когниция» в когнитивно-поведенческой или «подлинность» и «ответственность» в экзистенциально-гуманистической. Часть этих конструкций можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми реальными феноменами поведения или измеряемыми условными величинами, а часть являются важными предположениями. Эти теоретические конструкции и составляют данную группу мишеней, специфичных для психотерапевтического метода.

Эти конструкты находятся в представлениях психотерапевта о пациенте и определяют его поведение по отношению к пациенту. Они возникли внутри теорий отдельных методов и неотделимы от собственно интервенции, предлагаемой методом.

Например, «интрапсихический конфликт» — предполагаемое образование, объективизация которого существующими научными диагностическими инструментами затруднена. Но осуществление психодинамической психотерапии невозможно без предположения о конфликте, иначе все действия психотерапевта теряют смысл.

Выделение этих мишеней позволяет оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

В этом разделе приведены психотерапевтические мишени, которые могут определить особенности психотерапевтических программ. Этот перечень был получен путем анализа более 500 литературных источников по проблемам психотерапии зависимостей, которые были изложены авторами научных публикаций в общедоступной литературе. Авторы настоящего издания после определения понятия «психотерапевтическая мишень» провели анализ научных публикаций и составили их перечень. В оригинальных научных текстах выделенные мишени имели различные названия и были отнесены к различным группам элементов психотерапевтических методов — целям, задачам,

алгоритмам, факторам, аспектам и др. К сожалению, это обусловлено существующими сложностями и отсутствием устоявшихся терминов в современной психотерапии.

Итак, по отношению к группе пациентов с синдромом зависимости, возможно выделение следующих мишеней психотерапии:

*1-я группа: Мишени, специфичные для нозологии*

1. Патологическое аддиктивное влечение.
2. Употребление психоактивного вещества.
3. Патологическое зависимое поведение в отношении нехимического объекта.

Более подробное описание данных феноменов дано в соответствующих разделах в начале монографии.

*2-я группа: Мишени, специфичные для феномена личности*

1. Недостаточность и дефицитарность защитных и копинг-механизмов.

Условно механизмы психологической защиты (МПЗ) можно разделить на те, которые возникают в психотравмирующей ситуации, так называемые ситуационные (проходящие и не нуждающиеся в коррекции) и стилевые (временно устойчивые, генерализованные). Таким образом, стилевые механизмы являются формой псевдоразрешения внутренних конфликтов. Тем самым, МПЗ выступают в процессе психотерапии в роли своеобразной мишени.

В рамках изучения алкогольной анозогнозии как особого клинико-психологического феномена, с которым связаны значительные трудности в лечении алкоголизма, проводился ряд исследований (Клубова Е.Б., 1995, и др.), целью которых являлась попытка оценить роль механизмов психологической защиты в ее формировании. Анализ полученных результатов показал, что в целом по группе балльные оценки защитных механизмов больных алкоголизмом незначительно отличаются от таковых при сравнении с группой здоровых испытуемых. Однако, по таким видам защитных механизмов как отрицание и компенсация были выявлены статистически значимые различия между группами: у больных алкоголизмом оказались существенно более выражены МПЗ отрицание и существенно менее — компенсация.

Компенсация является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной «недостаточности» с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. У больных алкоголизмом весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет мощного универсального компенсатора — алкоголя, что и отразилось в отчетливо низких баллах по этой шкале.

Большая выраженность «отрицания» у больных алкоголизмом по сравнению со здоровыми можно рассматривать двояко: или как следствие болезни, или как преморбидную черту личности, способствующую ее возникновению. Таким образом, основные характеристики защитного реагирования этой группы больных — функционально неразвитый и узко применяемый механизм «компенсации» и преобладание отрицания.

Сравнение результатов, полученных по методикам ИЖС (LSI) и ТОБОЛ, показало, что выраженность анозогностических реакций на болезнь, представленных анозогностическим типом отношения к болезни (ТОБОЛ), отражается в возрастании величины защитного механизма «отрицания». Тем самым было найдено эксперименталь-

но-психологическое подтверждение гипотезы о влиянии на формирование отношения к болезни у больных алкоголизмом механизмов психологической защиты. А термин «алкогольное отрицание», используемый за рубежом и аналогичный отечественному термину «алкогольная анозогнозия» получил конкретное воплощение в величине отрицания как защитного механизма личности.

Дальнейший анализ полученных результатов позволил выделить ряд клинических признаков, вызывающих уменьшение выраженности анозогнозических реакций: большая прогрессивность течения болезни, увеличение ее длительности, частота противоалкогольного лечения. При этом развитие адекватного представления о болезни проходит несколько этапов: начальный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается незначительным, а механизмы защиты полностью блокируют их проникновение в сознание (представление о себе: «Я здоров»); кризисный, при котором давление внешних и внутренних факторов оказывается настолько сильным, что приводит к перенапряжению и «срыву» действия защитных механизмов и вызывает процесс частичного принятия болезни и ее симптомов в своем сознании; конечный, при котором действие защиты минимизируется и наступает наиболее реалистическое и критическое отношение к своему заболеванию («Я болен»).

Исследование возможных взаимосвязей между особенностями защитного реагирования и личностными девиациями, как преморбидными, так и приобретенными в процессе болезни показало, что пациенты, у которых в преморбиде личностные отклонения не были выражены, в наибольшей степени продемонстрировали те признаки, которые были характерны для всей группы больных в целом (т.е. значительное уменьшение величины компенсации, увеличение величины отрицания по сравнению с контрольной группой и анозогнозический тип отношения к болезни). С другой стороны, у всех пациентов, у которых наблюдались выраженные личностные особенности, как преморбидные, так и приобретенные, достигала высоких величин регрессия; в исследовании отмечено ее увеличение во всех случаях наличия личностных расстройств, независимо от их характера или типа акцентуации, что подтверждается и взаимосвязью между выраженностью регрессии и дезадаптивных типов отношения к болезни (типы 2 и 3 блока по тесту ТООБЛ: тревожный, апатический, сенситивный и др.).

2. Недостаточность исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительная неустойчивость с ориентацией на легко достижимые цели создают стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля.

Для всех зависимых присущ патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект.

3. Несостоятельность при решении повседневных проблем.

Данная психотерапевтическая мишень из-за отсутствия интериоризированных социальных норм, в частности, дефицита социального восприятия, скорее относится к социальному взаимодействию индивида в обществе, которое предъявляет к человеку определенные требования. Пациенты с зависимостями испытывают сложности не только со взаимодействием в рамках социальных институтов и общественных отношений (прогулы, невыполнение обязанностей, конфликтные отношения), но и в рамках личных взаимоотношений из-за характерных личностных особенностей (необязательность, лживость, склонность к внешнеобвиняющей позиции). При решении повседневных проблем у зависимых имеется тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного привлечения и использования других лиц, что и создает основу тенденции к формированию отношений созависимости.

4. Индивидуально значимые психотравмирующие переживания в условиях актуальной жизни.

Данная мишень психотерапии предполагает влияние на психотерапевтический процесс разных жизненных обстоятельств (потеря работы, развод, рождение ребенка и т.д.), которые накладывают отпечаток на течение психотерапии. Способ реагирования на эти ситуации тоже может быть осознаваемой целью воздействия специалиста в процессе психотерапии.

5. Проблемы самооценки (крайне неустойчивая и поляризованная самооценка).

В частности, в психоаналитической литературе описан диссонанс между завышенной самооценкой и в целом «раздутым» образом самого себя, с одной стороны, и скрытым за таким фасадом, но периодически настойчиво овладевающим нарциссическую личность чувством неполноценности, с другой. В общепсихологическом плане нарушения самооценки обуславливают эмоциональную неустойчивость, недостаточность волевых качеств, незрелость ценностей как проявление общей незрелости личности, а также искаженную систему представлений о себе (например, фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности).

6. Низкая способность к рефлексии и заботе о себе.

Низкая способность к рефлексии (самопознанию) является следствием личностной незрелости и эмоционально-волевой недостаточности. Это может сочетаться со слабокорректируемыми установками и долженствованиями о собственной роли, особенностях отношений и т.д. Все это создает ощущение отсутствия базового чувства благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое и является причиной поиска источника, который способен, хоть и временно, заменить это болезненное переживание.

7. Феномен алекситимии (трудности в определении и описании собственных переживаний, сложность в различении чувств и телесных переживаний).

Часто встречается в совокупности со сниженной способностью к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения, большей сфокусированностью на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Указанные особенности вызывают трудности в осознании эмоций и когнитивной переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс.

8. Нарушение функции внутреннего контроля (в эмоциональной, когнитивной и волевой сферах).

Этот феномен проявляется как приписывание своих успехов везению или другим внешним факторам, а ответственность за неудачи и отрицательные события возлагается на других людей. Пациенты считают своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в жизни. Можно говорить, что нарушение функции внутреннего контроля во все сферы связано с неспособностью пациента считать себя источником этого контроля, что называется экстернальным локусом контроля личности.

9. Трудности в близких отношениях, связанные с потребностью в близости, с одной стороны, и тревогой и сильными амбивалентными чувствами, возникающими в ситуации близости, с другой стороны.

Зависимые больные часто испытывают чувство недостаточной связи с окружением, их неудовлетворенная потребность в контактах выражается в нарастании тревоги или подавленности в эмоционально близких отношениях. Амбивалентное отношение к окружающим порождает при этом, наряду со стремлением к контактам, угрюмую недоверчивость и отражает общие затруднения социализации, связанные с недостаточ-



ной способностью воспринять обычаи, правила и нормы, которыми руководствуется в своем поведении большинство окружающих людей.

#### 10. Ангедония.

С точки зрения психологии, ангедония указывает на отсутствие «гедонизма», желания испытывать удовольствие и избегать боли. Было обнаружено, что это нежелание является следствием либо психических нарушений, либо низкого социоэкономического и образовательного уровня. У зависимых ангедония является скорее следствием потери способности испытывать ощущение удовлетворенности и радости без объекта зависимости.

11. Плохо сформированное невербальное поведение в выражении собственных эмоциональных состояний, снижение коммуникативной компетентности, неспособность воспринимать адекватно и выражать эмоциональные состояния.

### *3-я группа: Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса*

#### 1. Низкая мотивация к лечению.

Чаще всего обусловлена анозогнозией, интернальным локусом контроля и низким уровнем рефлексии.

#### 2. Отношения между психотерапевтом и пациентом.

В этих отношениях возможны либо формирование созависимых отношений, либо легкость прерывания контакта.

#### 3. Сопrotивление.

В психоаналитическом понимании — поведение, препятствующее проведению психотерапии. В психотерапии это процесс осознания причинно-следственных связей, конструктивное изменение личностных позиций и установок, а также отказ от старых и выработка новых форм поведения, которые сопровождаются определенными трудностями, противодействием, сопротивлением пациента. Сопrotивление — общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной степени проведению любого вида психотерапии.

#### 4. Плохая переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте.

Обусловлена общей неспособностью справляться с эмоционально напряженными ситуациями.

#### 5. Анозогнозия.

Утрата сознания болезни при алкоголизме в силу неспособности принять факт алкогольной зависимости. Существует мнение, что это происходит под влиянием чувства вины и неспособности пережить это чувство.

### *4-я группа: Мишени, специфичные для клинической ситуации*

#### 1. Низкая психологическая компетентность.

#### 2. Социальная дезадаптация.

#### 3. Пребывание в психотравмирующей ситуации.

#### 4. Материальная зависимость от членов семьи.

5. Существенные события в ближайшем окружении пациента (смерть, болезнь близких, развод, заключение брака, рождение детей).

На наш взгляд, эта группа мишеней является достаточно важной, особенно для аддиктов, зачастую испытывающих перечисленные сложности. При этом группа относится, скорее, к «внешним» признакам, влияющим на психотерапевтический процесс

косвенно и дефокусирующим внимание специалистов от истинно важной заботы при работе с зависимыми — внутренних субъективных процессов, протекающих во внутриличностном пространстве.

### *5-я группа: Мишени, специфичные для метода*

1. Психические травмы раннего детского возраста (в психодинамической психотерапии).

В большинстве случаев психотравмирующее воздействие в детском анамнезе аддиктов носит неявный, скрытый, «условно патогенный» характер. Речь идет, как правило, о неспособности ближайшего окружения обеспечить для ребенка атмосферу доверия, защищенности, эмоционального резонанса. Ситуация эмоциональной депривации может скрываться за внешне вполне благополучной домашней обстановкой. В частности, за ситуацией гиперопеки и гиперпротекции, когда никто даже и не подозревает о том, что в отношениях родителей с детьми не хватает очень важных чувственных и поведенческих компонентов. В классическом понимании психодинамической психотерапии интервенции (основной из которых является интерпретация) должны приводить к осознанию («вспоминанию») вытесненных психотравмирующих ситуаций, что является само по себе лечебным фактором. Таким образом, терапия этими методами при ее последовательном проведении неизбежно приводит к появлению в своем содержании тем ранней психотравматизации, которые должны быть проработаны посредством имеющегося в арсенале психодинамического терапевта инструментария (кларификация, конфронтация, интерпретация, тщательная проработка).

2. Интрапсихические конфликты, ответственные за формирование аддикции (в психодинамической психотерапии).

Общим принципом психического реагирования в случае наличия психотравмирующих переживаний и сложностей их адекватной переработки во внутриличностных структурах является экстернализация, при которой личность стремится воссоздать неразрешенный интрапсихический конфликт во внешней, контролируемой реальности — и получить, тем самым, возможность хотя бы частично ослабить патогенный эффект травматических переживаний. Клиническим выражением этих процессов может быть формирование зависимостей, в том числе химических. К сожалению, содержание таких внутриличностных конфликтов для аддиктов остается пока малоизученным, практически не описано в отечественной и зарубежной литературе и нуждается в последующих исследованиях.

Целью психодинамической психотерапии в таком случае является поиск и разрешение внутриличностных (интрапсихических) конфликтов, причастных к формированию экстернализации в форме зависимого поведения. По мнению большинства психотерапевтов аналитического направления, достижение таких целей возможно только у пациентов с изначально невротической структурой, имеющей ряд собственных признаков, описанных в соответствующей литературе. Разрешение же внутриличностного конфликта у так называемых «истинных» аддиктов затруднено вследствие довербального поражения личности (аналогом данного психоаналитического описания патологии в клиническом понимании может являться пример любого личностного расстройства).

3. Фиксация личности на неразрешенных ранних, «базисных» внутренних конфликтах (в психодинамической психотерапии).

Под «базисными» внутренними конфликтами в психодинамической теории подразумевают, как правило, глубинную тревогу, возникающую в ответ на противоречие во время одной из стадий формирования личности ребенка, связанное с желанием обладать родителем противоположного пола и, одновременно, страхом перед конкуренцией и ее последствиями («страх кастрации») с родителем своего пола. В аналитической литературе эти ранние конфликты часто описаны под названием комплекса Эдипа (для мужчин) и комплекса Электры (для женщин). Тотальное уничтожение инфантильного внутреннего ядра страдания в психодинамической терапии имеет целью проработку соответствующих конфликтных зон.

4. Искажение формирования «объектных отношений» (в психодинамической психотерапии).

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

Теория объектных отношений, объясняющая развитие внутриспсихических функций и структур в контексте межличностного опыта, содержит воззрения на то, каким образом разбитые вдребезги личные убеждения, отношения, социальные связи могут привести к психопатологии. Когда ненавистный и вызывающий страх объект (например, фрустрирующая родительская фигура) является в то же время необходимым для выживания, личность может затопить тревога. ПАВ временно обеспечивает аффективную толерантность, является патологическим средством модуляции настроения и в патологическом виде воссоздает картину ранних отношений созависимости (объектных отношений).

При планировании психотерапевтической работы необходимо учитывать то, что влечение и прием ПАВ — это патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект. Терапия фокусируется тогда на восстановлении баланса между приемлемыми уровнями зависимости и агрессии в межличностных отношениях.

5. Дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите (в психодинамической психотерапии).

Многие психоаналитики считают, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. Говоря проще, при наличии неудовлетворительных (сверхзаботливых либо отстраненных) отношений с матерью во взрослом состоянии наркотические объекты исполняют функцию матери,

которую взрослый не способен выполнить сам для себя. Однако они обязательно терпят неудачу, потому что являются скорее соматическими, чем психологическими попытками справиться с отсутствием матери, и поэтому обеспечивают лишь временное облегчение.

Основной частью психотерапии в отношении этой мишени будет являться обеспечение безопасности пациента, восполнение недостающей интернализации за счет теплого контакта с психотерапевтом на первых этапах (формирование адекватного рабочего альянса), и постепенное восстановление собственной способности к самозащите на примере построения психотерапевтических отношений и анализе их динамики.

#### 6. Нарциссическая оральная фиксация (в психодинамической психотерапии).

Психоактивное вещество помогает справиться с фрустрацией нарциссических желаний. Ранее считалось, что нарциссические личности не способны к переносу и поэтому психоаналитическое лечение их в принципе невозможно (это соответствовало клиническому взгляду на психотиков как на «недоступных»). Считается, что революцию в этом вопросе совершил Хайнц Кохут, который проанализировал возможность специфического нарциссического переноса. Важно, что в наиболее архаическом типе такого переноса, *merger transference* («перенос слияния»), нарциссическая личность воспринимает себя и аналитика как одну симбиотическую личность, что становится возможным благодаря тому, что в нарциссическом переносе реактивируется то, что Кохут называет «я-объектом» — это объекты, которые «подпитывают наше чувство идентичности и самоуважения своим подтверждением, восхищением и одобрением». Такими «я-объектами» являются, в первую очередь, конечно, родители и «сиблинги» (братья и сестры).

В сущности, здесь мы приходим к психодинамическому объяснению механизма экстраективной идентификации, суть которого кроется в нарциссическом отождествлении со всемогущим «я-объектом».

Психотерапия таких пациентов протекает с особенностями анализа нарциссического переноса, который подробно описан в специальной литературе у таких авторов как Кохут, Кернберг и др.

#### 7. Невыносимые для осознания глубинные чувства одиночества, вины и стыда (в психодинамической психотерапии).

Употребление алкоголя и наркотиков обеспечивает защиту от невыносимых для осознания глубинных чувств одиночества, вины и стыда. Согласно психодинамическим взглядам на личность, существует понятие «моральной тревоги». Моральная тревога — это страх перед наказанием за следование инстинктивным побуждениям, чувство вины или стыда, возникающие у человека, когда он совершает или хотел бы совершить поступки, противоречащие моральным нормам и правилам (требованиям Супер-Эго). Понятно, что все аддиктивное поведение попадает в зону «запретного» и «осуждаемого». У зависимых личностей по компенсаторным механизмам возможна сверхактивация Супер-Эго вследствие нарушенного или слабого функционирования Эго, отвечающего за реализацию принципа реальности. Тогда чувство вины, стыда и связанного с ними переживания одиночества (как наказания за нарушение приемлемых норм) будет невыносимым.

Психотерапевтические интервенции будут иметь целью осознание конфликта между Супер-Эго и Эго, а также осознание ограничений и особенностей последнего, характерных для зависимого анализируемого пациента.

#### 8. Инфантильное стремление к незамедлительной разрядке потребности в удовольствии (в психодинамической психотерапии).

Употребление ПАВ также удовлетворяет инфантильное стремление к незамедлительной разрядке потребности в удовольствии. Традиционным является представление о гедонистической (чрезмерное стремление к удовольствию) акцентуации преморбидной личностной организации больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и страдающих нехимическими зависимостями. Во главу угла психологической концепции патологического влечения ставилось стремление к удовольствию, а также агрессивные и аутодеструктивные мотивы аддиктивного поведения. Подчеркивалось значение недостаточности исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительной неустойчивости с ориентацией на легко достижимые цели, немедленное осуществление желаний с отсутствием присущей «нормальной» личности способности согласовывать удовлетворение потребностей с «принципом реальности». Генетически связанными с указанными девиациями представляются такие свойства характера пациентов с синдромом зависимости как повышенная внушаемость, подчиняемость и подражательность.

Принципиальной целью при психотерапевтической работе с такими мишенями будет являться максимально возможное осознание мотива к разрядке потребности в удовольствии. В последующем проводится целенаправленный поиск возможных путей реализации потребности в согласованности с принципом реальности. Достижение таких целей становится также возможным благодаря построению и анализу терапевтических отношений, особенно если учитывать вышеперечисленные свойства характера пациента.

9. Трудность перехода личности от стадии сепарации-индивидуации к автономии (в психодинамической психотерапии).

В данном случае основной фокус терапии будет направлен на работу со сформированным переносом пациента в отношении психотерапевта как родительской значимой фигуры. Ясно, что психотерапевтический процесс располагается по классическому длиннику «рабочий альянс» — «формирование реакций переноса» — «проработка переноса» — «формирование оптимальной дистанции».

10. Неопределенность и неадекватность «Я-концепции» (в гуманистической психотерапии).

Этот феномен отражает актуальное восприятие самого себя. Феноменология расстройств самосознания представлена проблемами самооценки, самоуважения, низкой способностью к рефлексии и заботе о себе. Аддиктов отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка. У них отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое создается как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в условиях сбалансированных отношений между родителями и развивающимся ребенком. В результате такие личности находятся в постоянном метании между позициями малочеловечности с самоотречением и изоляцией и «всемогущества» с отказом от реальности, самовозвеличиванием и бравадой. Характерной особенностью самооценки аддиктов является ее слабая аргументированность реальными фактами прошлого, зависимость от сиюминутного положения «здесь и сейчас» и, как следствие, — несоответствие ретроспективной самооценки проспективной. Независимо от «знака» самооценки, формы ее аргументации, внутренняя картина собственной личности у этих людей («Я-концепция») отличается неопределенностью и неадекватностью.

В гуманистической психотерапии требуется достаточно длительная работа по поиску, самоопределению и самоутверждению собственного понимания себя, с минимальным терапевтическим вмешательством. На начальных этапах возможна индиви-

дуальная форма взаимодействия в парадигме коммуникации «человек — человек», а далее — ввод пациента в группу экзистенциального опыта.

11. Значительно сниженная способность устанавливать эмпатические отношения (в гуманистической психотерапии).

В качестве одной из важных мишеней 5-й группы больных с зависимостью от ПАВ рассматривается сниженная способность к эмпатии. Для этого контингента больных в целом свойственно плохо идентифицировать, дифференцировать и вербализировать свои чувства, а также определять, разделять и адекватно реагировать на эмоциональную жизнь окружающих.

Эта составляющая личности аддикта дефицитарна и, фактически, определяется ситуационным контекстом, ограничиваясь реакциями на события и факты. В отношении «трудных» для личности, неприятных или противоречивых чувств действуют механизмы отчуждения. Неспособность аддиктивно предрасположенных лиц к «нормальному» эмоциональному реагированию в пределах адекватного спектра позитивных эмоциональных проявлений определяется как недостаток «аффективной толерантности». В рамках гуманистической психотерапии работа с зависимыми по коррекции эмпатической способности достаточно сложна и должна проводиться не менее чем в три этапа. В частности, целесообразно начинать с индивидуальной формы работы, когда эмоциональным «отражателем» во время коммуникации является психотерапевт, с которым установлен достаточный для обеспечения безопасности контакт. Впоследствии, по достижении пациентом большей устойчивости и проявлении способности распознавания эмоций (собственных и партнера по общению), возможен этап включенного наблюдения пациентом групп встреч или групп, ориентированных на межличностные отношения, с параллельной проработкой возникающих переживаний в индивидуальной работе. Наконец, третьим этапом будет являться непосредственное участие самого пациента в групповой форме психотерапии, когда он может осваивать эмоциональные паттерны и реализовывать эмпатию во взаимодействии с окружающими, с последующим перенесением в реальную жизнь.

12. Патологические паттерны аддиктивного поведения (в поведенческой психотерапии).

Исходя из понимания аддикции с позиций поведенческой терапии все, что врачи называют клинической симптоматикой, является патологическим поведенческим паттерном. Все действия психотерапевта будут направлены на изменение привычных способов действий пациента. Техники могут включать в себя домашние задания (которые будут эффективны только на фоне качественного контакта), парадоксальные интервенции, тренинговую отработку навыков в групповом или индивидуальном варианте поведенческой терапии, а также современные способы трансового взаимодействия.

13. Нарушение процессов переработки информации: специфические для аддиктов когнитивные ошибки и иррациональные убеждения (в когнитивной психотерапии).

Психологический анализ иррациональных убеждений показывает, что у аддиктов преобладают иррациональные установки «Катастрофизация» и «Долженствование в отношении себя». Значительная часть пациентов имеет выраженную иррациональную установку, им свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое, драматизировать события. Многие пациенты имеют иррациональную установку о том, что чувство их «собственной ценности» занижено, что им важно, как они будут «выглядеть в глазах окружающих», они довольно категоричны при оценке других людей. Доказано, что такая иррациональная установка у них

сильно выражена, что может свидетельствовать о том, что им свойственно оценивать не отдельные черты личности, а личность в целом. Известно, что чем больше требований зависимые будут выдвигать в отношении себя, тем больше они будут воспринимать любое событие как ужасное и невыносимое, если не справятся с поставленными задачами, а также, чем больше они требуют от других, тем более важно для них, как они будут выглядеть в глазах окружающих, так как уровень их «собственной ценности» будет ниже.

Все психотерапевтические интервенции согласуются с классической позицией когнитивной психотерапии о влиянии убеждений на эмоциональную и поведенческую сферы. Коррекция убеждений проводится с помощью специальных техник дискуссии, хорошо описанных в специальных руководствах по когнитивной психотерапии.

14. Непонимание связи между своими переживаниями и проявлениями зависимости, между своим поведением и поведением окружающих (в личностно-ориентированной психотерапии).

Предположительно, любой аддикт имеет нарушения в системе отношений на различных уровнях (когнитивном, эмоциональном, поведенческом), что приводит к встраиванию в эту систему нового значимого объекта — предмета зависимости. Тогда система отношений является для зависимого более структурированной и менее тревожащей, как бы было при отсутствии других важных составляющих.

Традиционно личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в отечественной медицине активно использует в своем арсенале рациональный подход, основанный на доверительном эмоциональном контакте, а также технику обратной связи, стремящуюся продвинуть пациента к пониманию сложных взаимосвязей между личностными процессуальными проявлениями отношения (к себе, окружающему миру, объекту зависимости и пр.). Реализация этого подхода возможна в групповой, семейной или индивидуальной форме.

15. Идентифицированный пациент, созависимые отношения, семейные «защиты», стабилизирующие патологический характер отношений, нарушения коммуникации (для семейной системной психотерапии).

Практически все специалисты, работающие с аддиктами, признают важность участия семейного окружения в поддержании зависимого поведения. Поэтому семейная терапия является обязательным компонентом лечебных и реабилитационных программ. Если оставить в стороне задачи психообразования, преодоления анозогнозии и медицинского воспитания членов семей, то основной функцией семейной терапии является по возможности максимальное изменение семейной системы, с последующим за ним отказом ее членов от зависимого и созависимого поведения. Как правило, в работе с зависимыми используется системная семейная психотерапия, основанная на теории динамики больших систем. Такой подход способен интегрировать любые методы и методики в целостную непротиворечивую систему помощи, в том числе поведенческие (домашние задания, поведенческий анамнез, парадоксальные вмешательства), коммуникативные (обучение распознаванию эмоций, выражению чувств, культуре общения), динамические (осознание патологических паттернов и анализ причин их появления через рассмотрение семейной истории), гуманистические (взаимодействие членов семьи в «здесь-и-сейчас», принятие решений в реальной жизненной ситуации).

## 2.5. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

В настоящее время развитие психотерапии в наркологии определяется двумя основными тенденциями: с одной стороны, психотерапия и ее методы занимают все большее место при лечении наркологических расстройств. С другой стороны, все проводимые исследования психотерапии при лечении зависимостей, как правило, обосновывают применение какого-либо одного конкретного психотерапевтического метода или методики. При этом анализ литературы и опыта применения психотерапии в наркологии показывает, что перечень предлагаемых к применению психотерапевтических методов довольно обширен. Тогда получается, что на практике выбор того или иного метода определяется в основном квалификацией и предпочтением специалистов. Такой подход имеет ряд недостатков, главный из которых — недостаточный учет индивидуальных переменных отдельно взятого пациента. Данное руководство, с одной стороны, является результатом проведенной инвентаризации существующих на сегодняшний день психотерапевтических подходов к лечению болезней зависимости. Но с другой стороны, представляется важным сделать шаги в описании методического подхода к составлению индивидуальной психотерапевтической программы, элементы которой имели бы системное обоснование как организационных, так и содержательных сторон процесса психотерапии.

Основой для создания унифицированного подхода к применению психотерапии по отношению к различным клиническим группам нами выбрана типология мишеней психотерапии, предложенная С.В. Логачевой, В.В. Холявко и Р.К. Назыровым (2006, 2011), которая явилась результатом активной дискуссии в профессиональном сообществе. В частности, вопросам стандартизации в психотерапии и обсуждения предложенной типологии психотерапевтических мишеней был посвящен специальный круглый стол на конференции «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (15–17 февраля 2006, Санкт-Петербург).

Результатом проведенной научной дискуссии явилось понимание того, что клиническая парадигма психотерапии может предложить дифференцированный (избирательный) подход к выбору метода, формы и вида психотерапии в зависимости от нозологической специфики, психологических особенностей и клинического состояния пациента. Выбор психотерапевтической стратегии определяется не просто теоретической основой и прикладной спецификой психотерапевтических методов и их сочетаний, а должен учитывать все значимые для проводимого лечения особенности конкретной клинической ситуации. Один и тот же психотерапевтический метод по-разному приложим к разным клиническим случаям, что в конечном итоге должно описываться методикой его реализации в уникальной ситуации функционирования диады «врач-психотерапевт-пациент», позволяющей учитывать все составляющие психотерапевтического процесса. Для развития клинической психотерапии необходимо сместить акцент с особенностей описания отдельных психотерапевтических методов на анализ особенностей клинической ситуации, в которой реализуется индивидуальная психотерапевтическая программа и применяется конкретный психотерапевтический метод.

Лечение болезней зависимости на сегодняшний день представляет собой сложную, многоступенчатую и комплексную задачу, которая требует различных мер медицинского, клиничко-психологического и психосоциального характера. Психотерапия в лечении



болезней зависимости занимает ровно столько места, сколько составляет доля психосоциальных механизмов в этиопатогенезе этого расстройства. Для системного обоснования как организационных, так и содержательных сторон процесса психотерапии применяется такой методический подход как составление индивидуальной психотерапевтической программы (ИПП), а основой для создания унифицированного подхода к использованию психотерапии по отношению к различным клиническим группам становится типология мишеней психотерапии. Индивидуальная психотерапевтическая программа в своем оформленном виде является документом, который описывает как формы участия пациента в психотерапевтической работе, так и ее содержание.

## О МЕТОДИКЕ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

ИПП составляется на основании данных диагностического этапа.

Основными элементами ИПП являются:

1. клинический диагноз и функциональный диагноз, психотерапевтическая гипотеза и описание мишеней психотерапии;
2. психотерапевтический режим пребывания в учреждении (в зависимости от показаний);
3. состав терапевтической бригады (в зависимости от особенностей клинической ситуации);
4. первоначальная глубина психотерапевтического вмешательства (в зависимости от особенностей мотивации);
5. предполагаемая длительность психотерапии (в зависимости от стадии расстройства, личностных особенностей);
6. выбранные формы и методы психотерапии;
7. предполагаемая частота встреч, а также интенсивности психосоциальных мероприятий (в зависимости от остроты и выраженности симптоматики, а также терапевтического режима);
8. метод индивидуальной психотерапии (в зависимости от видения психотерапевта);
9. особенности участия в социо-терапевтической работе.

В таблице 5 представлен алгоритм соотнесения полученных в процессе диагностического этапа данных с потенциальным содержанием ИПП. Из таблицы становится понятно, каким образом появляются элементы ИПП, как описание психотерапевтических мишеней всех пяти групп влияет на ее структуру, а также определение ее обязательных элементов и особенностей. Составление ИПП предполагает реализацию 8 этапов (шагов) ее разработки.

На содержание индивидуальной психотерапевтической программы влияют клинико-психологические и социально-психологические факторы, которые придают ИПП вид дифференцированного лечебного подхода. В зависимости от этих факторов ИПП может включать в разных сочетаниях различные компоненты психотерапевтической и психосоциальной работы. Индивидуальная психотерапевтическая программа предполагает этапность, согласующуюся с общим планом лечебно-реабилитационного процесса, в связи с чем в ИПП необходимо включение предполагаемых критериев перехода с одного этапа на другой.

1-й шаг разработки ИПП предполагает оценку всех факторов, позволяющих дать точную клиническую оценку состояния пациента, в том числе путем проведения диф-

Таблица 5.

**Алгоритм соотнесения выявляемых на диагностическом этапе данных с содержанием ИПП**

Задачи диагностического этапа	Содержание	Инструменты	Результат	Содержание ИПП
1. Клиническая диагностика: установление факта существования из группы зависимостей, определение доли соматических и психосоциальных нарушений.	Клиническая семиотика. Описание мишенной 1-й группы.	Клиническая беседа (жалобы, анамнез). Наблюдение. Консультации специалистов (психиатр, невролог, нарколог, терапевт) — при необходимости.	Развернутый клинический и функциональный диагноз.	Мишени симптоматического уровня воздействия, мишени для поведенческой психотерапии.
2. Выявление индивидуально-психологических особенностей.	Описание мишенной 2-й группы. Факторы, определяющие возникновение, развитие и поддержание расстройства.	Клиническая беседа. Психодиагностическое исследование. Психотерапевтическое интервью, пробное взаимодействие.	Психологическое заключение. Психотерапевтическая гипотеза.	Определение психотерапевтической тактики. Показания для некоторых форм и методов психотерапии (например, семейная ПТ для коррекции созависимости, специальные меры для преодоления анозогнозии).
3. Определение стадии расстройства.	Клиническая семиотика. Описание мишенной 1-й группы.	Клиническая беседа.	Показания к длительности и интенсивности лечебной, в том числе психотерапевтической программы.	Предполагаемое количество психотерапевтических сессий. Сочетание форм психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная).
4. Выраженность (объективная и субъективная) симптоматики.	Клиническая семиотика. Описание мишенной 1-й группы: — низкая, — средняя, — высокая.	Клиническая беседа, психодиагностика.	Показания к интенсивности психотерапевтических мероприятий.	Предполагаемая частота встреч.

Задачи диагностического этапа	Содержание	Инструменты	Результат	Содержание ИПП
5. Особенности мотивации, отношения к болезни и лечению.	<p>Описание мишенной 3-й группы.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Признание либо отрицание факта наличия расстройства.</li> <li>2. Признание пациентом связи симптомов и психологических факторов (психогенности).</li> <li>3. Признание пациентом связи симптомов с особенностями жизненной ситуации.</li> <li>4. Признание пациентом связи симптомов с особенностями своей личности.</li> </ol>	Клиническая беседа, психодиагностика.	<p>Первоначальный уровень («глубона») психотерапевтического вмешательства:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мотивирующий этап.</li> <li>2. Симптом-центрированная психотерапия.</li> <li>3. Социо-центрированная психотерапия.</li> <li>4. Личностно-центрированная психотерапия.</li> </ol>	<p>На данном этапе предполагается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Преодоление анозогнозии.</li> <li>— Воздействие на симптомы болезни психотерапевтическими методами.</li> <li>— Реконструкция связей с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования.</li> <li>— Воздействие на этиопатогенетические личностные механизмы расстройства, позитивные личностные изменения.</li> </ul>
6. Особенности микросоциальной ситуации.	<p>Описание мишенной 4-й группы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— отсутствие явных особенностей,</li> <li>— семейный конфликт,</li> <li>— провоцирующие или психотравмирующие факторы внешнего окружения.</li> </ul>	Клиническая беседа. Семейная консультация. Психодиагностика.	Необходимость (или ее отсутствие) снижения интенсивности актуальной психотравмирующей ситуации благодаря факторам, присутствующим режиму частичной или полной госпитализации, который обеспечивает ограничение привычных социальных контактов пациента.	Психотерапевтический режим: <ul style="list-style-type: none"> <li>— амбулаторный,</li> <li>— стационарный,</li> <li>— полустационарный.</li> </ul>

Окончание табл. 5.

Задачи диагностического этапа	Содержание	Инструменты	Результат	Содержание ИПП
7. Особенности социальной адаптации.	Описание мишенной 4-й группы. — Количество и характер социальных связей. — Наличие/отсутствие работы (характер профессиональной адаптации).	Клиническая беседа.	Потребность в социотерапевтических мероприятиях.	Включение в состав терапевтической бригады специалиста по социальной работе. Включение в индивидуальную психотерапевтическую программу социотерапевтических мероприятий.
8. Соотнесение клинических проявлений расстройства с существующими психотерапевтическими концепциями психического здоровья и патологии.	Описание мишенной 5-й группы.	Психотерапевтическая беседа, анализ полученных данных. Психодиагностика.	Построение психотерапевтической гипотезы.	Выбор основного метода психотерапии.

ференциальной диагностики. Выявляются ведущие симптомы и синдромы, определяющие специфику клинического случая.

2-й шаг предполагает анализ выявленных психологических и личностных особенностей пациента, определение их динамического соотношения, типологии размерности. Основными задачами работы специалистов на этом этапе является выявление личностно-психологических факторов, затрудняющих лечение, способствующих снижению эффективности психотерапии или препятствующих ее проведению, а также психологических ресурсов, способных повысить эффективность психотерапевтических и лечебно-реабилитационных мероприятий. Это позволяет определиться в психотерапевтической тактике и показаниях форм психотерапии, их последовательности и сочетании (индивидуальная, семейно-супружеская, групповая психотерапия и психотерапевтическая среда).

3-й шаг предполагает определение продолжительности расстройства, длительности заболевания, а также сопутствующих этому патологических болезненных механизмов патологической адаптации. Это позволяет оценить перспективы и длительность программы психотерапии, предположения о необходимости привнесения в ИПП вспомогательных методов психотерапии, позволяющих преодолеть механизмы патологической адаптации.

На 4-м шаге оценивается объективная и субъективная интенсивность выявленной основной и дополнительной симптоматики, что позволит определить интенсивность психотерапевтических встреч и психосоциальных мероприятий, а также назначения элементов кризисной психотерапии.

5-й шаг является наиболее ответственным. При возможности рекомендуется проводить его реализацию с участием опытного эксперта в области психотерапии. На этом этапе производится оценка особенностей мотивации к психотерапии, что в значитель-

ной мере определяет первоначальную «глубину» психотерапевтического воздействия и выбор консультативной, симптоматической, «социоцентрированной» (в том числе кризисной) или патогенетической модели психотерапевтического взаимодействия.

6-й и 7-й этапы разработки ИПП предполагают оценку специфики клинической ситуации, в том числе особенностей микросоциального окружения, степени адаптации пациента и ряда других факторов, влияющих на особенность проведения психотерапии. В результате анализа всех особенностей клинической ситуации определяются виды психотерапевтической помощи (амбулаторный, полустационарный, стационарный), а также состав полипрофессиональной бригады.

8-й шаг предполагает суммирование всех полученных на диагностическом этапе работы клинических данных, личностно-психологических и средовых факторов, которые позволяют сформулировать психотерапевтическую гипотезу и выбрать ведущий психотерапевтический метод.

*Принципиальным является отличие ИПП при двух разных психотерапевтических режимах — амбулаторном и стационарном (полустационарном).*

Критерии для разделения потока пациентов на «амбулаторных» и «стационарных» определяются в большей степени особенностями клинической ситуации и разработанными мишенями 4-й группы при учете психотерапевтических мишеней других групп.

Анализ клинических и клинико-психологических особенностей конкретного пациента с учетом основных мишеней всех указанных групп определяет показания к выбору стационарной формы оказания психотерапевтической помощи.

К числу таких показаний можно отнести следующие:

- необходимость снижения интенсивности актуальной психотравмирующей ситуации, что достигается благодаря факторам, присущим режиму частичной или полной госпитализации, который обеспечивает ограничение привычных социальных контактов пациента;
- необходимость включения социотерапевтических мероприятий в лечебную программу с целью коррекции нарушенной адаптации пациента, что способствует успешности проводимой психотерапии и закрепляет ее результат;
- необходимость осуществления интенсивной, комплексной психотерапевтической программы, позволяющей за счет широкого меню методов и привлечения социальной составляющей добиться быстрой коррекции мотивационной сферы пациента в случае ригидности защитных установок;
- значительная выраженность аддиктивного патологического лечения к приему алкоголя или другого ПАВ и невозможность совладания с ним другими средствами.

Амбулаторный режим лечения (и соответственно, психотерапевтической программы) включает отдельные лечебные, в том числе психотерапевтические мероприятия, которые пациент посещает в соответствии с их расписанием. Недостатком такого режима является неполная погруженность пациента в лечебную программу, прерывность психотерапевтических мероприятий, повышенный риск снижения мотивации и срывов за счет возвращения в патологическую социальную среду. Амбулаторный режим может быть этапом, следующим за стационарным (полустационарным). Либо единственным при отсутствии организационных условий для стационарного либо полустационарного лечения.

Стационарный вид психотерапевтической помощи имеет дополнительный потенциал (в отличие от амбулаторного) для использования механизмов лечебного действия психотерапевтической (лечебно-реабилитационной) среды и интенсификации психотерапевтической программы.

## 2.6. ЭТАПЫ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

### ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ, ПЕРИОДЫ И ЭТАПНЫЕ ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Очевидно, что психотерапевтические мероприятия в наркологической клинике должны учитывать этапность лечебно-диагностического процесса и в этом смысле «обслуживать» наркологическое лечение. При разработке этапности психотерапии Институт им. В.М. Бехтерева совместно с Национальным центром наркологии приняли за основу структуру программ реабилитации, утвержденную приказом Минздрава России №500 от 22.10.2003 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)». Согласно этому нормативному документу, организация реабилитационного процесса в наркологии включает три основных взаимосвязанных периода или комплекса мероприятий: а) предреабилитационные (восстановительные) мероприятия; б) собственно реабилитационные мероприятия (основная часть лечебно-реабилитационного процесса); в) профилактические постреабилитационные мероприятия.

Такое построение психотерапевтических мероприятий позволяет учитывать другие лечебно-реабилитационные технологии и предполагает поэтапное решение взаимосвязанных медицинских, психолого-психотерапевтических и социальных проблем наркологического больного.

Накопленные знания позволяют сегодня сформулировать и систематизировать основные принципы реабилитации наркологических больных, используя системный подход к анализу этой проблемы как один из методов современного научного исследования. Эта система — одновременно и процесс, включающий совокупность взаимодействующих элементов, образующих функциональную целостность, способную к развитию, интеграции, самодетерминированности и адаптации. Такое понимание социальной системы дает основания утверждать, что реабилитация, или лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) — это сложная медико-социальная система, в которой объекты ЛРП (больной или группа больных, ближайшие созависимые родственники больных) и субъекты (специалисты и персонал, реализующий ЛРП) реабилитации находятся во взаимосвязанных субъект-объектных и объект-субъектных отношениях. Следовательно, неизбежно определяются объектные (личностные, обусловленные спецификой клинического и социального статуса больного или группы, контингента больных), субъектные (присущие субъектам этой системы) и «комплексные», субъект-объектные основные принципы построения ЛРП (таблица 6).

В наркологии принцип мультидисциплинарности находит выражение в бригадном методе работы: в единой «команде» взаимодействуют врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник. Бригада может менять структуру и в ее состав могут быть дополнительно вве-

дены педагог, этнопсихолог, трудинструктор, методисты по арт-терапии и спорту или другой специалист, позволяющий обеспечить выполнение медико-социальной реабилитационной программы. Бригада — это функциональная, саморазвивающаяся субсистема, сфокусированная на получении позитивного результата, для которой больной и члены его семьи являются основным объектом приложения усилий.

Следующий субъектный принцип — единство медицинских, в том числе психотерапевтических, психологических и социальных методов работы с больными. Он утверждает необходимость объединения лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление здоровья больных и их успешную реинтеграцию в семью и общество.

Принцип преемственности периодов и этапов ЛРП подразумевает объективно обоснованный постепенный переход от мероприятий предреабилитационного периода к собственно реабилитационному, а затем к постреабилитационному периоду или от сугубо лечебных (био-медицинских) к медико-психологическим и далее к психосоциальным мероприятиям, последовательно осуществляемым в различных лечебно-профилактических учреждениях.

Таблица 6.

### Система основных принципов реабилитации в наркологии

Объектные (личностные, присущие больному)	Объект-субъектные	Субъектные (исполнители ЛРП, материальная база, программы)
Согласие (подтверждение участия в ЛРП): а) добровольное — реальное — формальное, б) недобровольное, в) добровольно-принудительное — альтернативное. Ответственность (интернальность). Отказ от употребления ПАВ. Аксиологичность. Д-мотивы (дефицитарные мотивы): а) эмотивные (функциональные), б) конвенциональные (прагматические). Б-мотивы (бытийные мотивы, мотивы роста): а) морально-этические, б) когнитивные.	Доверие: а) первичное, б) вторичное, в) третичное. Партнерство (сотрудничество, взаимодействие): а) с больными, б) с волонтерами, в) с группами психологической поддержки (АА, АН, АЛ-АНОН, АЛАТИН, ТС), г) с терапевтическими сообществами, организованными специалистами реабилитационных и психотерапевтических учреждений, д) с членами семей больных. Подготовка консультантов (из выздоравливающих больных). Открытость (доступность, информативность ЛРП, телефон доверия, СМИ). Легитимность.	Мультидисциплинарность (бригадность). Единство (комплексность) медицинских, психологических и социальных методов работы. Дифференцированность по уровням реабилитационного потенциала, полу, возрасту, тяжести соматической патологии и др. Преемственность периодов (предреабилитационный, реабилитационный, постреабилитационный) и этапов (адаптационный, интеграционный, стабилизационный) ЛРП. Долгосрочность. Управление стилями лечебно-реабилитационной среды (патернализм, поддержка, партнерство). Интегрированность.

Комплекс предреабилитационных мероприятий (восстановительного, преимущественно биомедицинских, а зачастую и реанимационных мероприятий) в структуре единого лечебно-реабилитационного процесса предполагает диагностическое обследо-

дование и лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической (или острой) интоксикацией ПАВ. Фактически, в полном объеме осуществляется купирующая терапия и последующее лечение постпсихотических и постабстинентных расстройств. Предреабилитационный период может реализоваться как в условиях наркологических стационаров или центров (для тяжелых больных), так и в амбулаторных условиях. Психотерапевтическая работа этого периода в основном направлена на усиление мотивации больных на участие в различных реабилитационных программах, ресоциализацию и первичный отказ от употребления ПАВ.

Следующий период лечебно-реабилитационного процесса (основная часть реабилитации) состоит из трех взаимосвязанных этапов: 1) адаптационный, 2) интеграционный и 3) стабилизационный. Общая продолжительность — от шести месяцев до двух лет. В этот период ЛРП, кроме осуществления интенсивного медикаментозного, физиотерапевтического и других видов биомедицинского лечения, создания различных моделей лечебно-реабилитационной психотерапевтической среды, особое значение приобретает реализация индивидуальной психотерапевтической программы. Тем более, что на этапе адаптации, как правило, обостряется патологическое влечение к ПАВ, часто наблюдаются усиление или манифестация эмоциональных, поведенческих, астенических, интеллектуально-мнестических и др. расстройств. Продолжительность и динамика этих расстройств во многом зависит от уровня реабилитационного потенциала больных (УРП). Определение УРП наркологических больных — это многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика, а также прогностическая оценка способностей и возможностей больных на продолжительные ремиссии, выздоровление, реадaptацию и возвращение к общественно полезной деятельности. Она базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больных. УРП также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и уровень личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больных. В практическом отношении — это терапевтическая и медико-социальная перспектива. Составляющие УРП имеют разную степень выраженности и дают основание дифференцировать больных по трем клинически очерченным группам: больные с высоким, средним и низким уровнями УРП. Стандартизированная диагностика уровня УРП позволяет оценить состояние каждого больного на входе в программу реабилитации и проследить динамику его состояния вплоть до ее завершения. Методики диагностики УРП описаны в главе 3.

Продолжительность адаптационного этапа реабилитации — до 2-х недель при высоком УРП и до 4-6-и недель — при среднем и низком УРП.

На адаптационном этапе усилия реабилитационной бригады направлены на приобщение больных к условиям кризисной лечебно-реабилитационной психотерапевтической среды патерналистского типа и режиму работы амбулатории или стационара, вовлечение их в реабилитационную программу, максимально возможное физическое и психическое восстановление. Как правило, адаптационный этап завершается улучшением физического и психического состояния больных, появлением формальных признаков нормативного поведения. Устанавливаются психотерапевтические и доверительные отношения с родственниками больных и формируются группы для оказания психотерапевтической и психокоррекционной помощи. Дальнейшая динамика восстановления определяется уровнем реабилитационного потенциала пациентов. У



больных с высоким УРП относительно быстро восстанавливается критическое отношение к болезненной зависимости от ПАВ и во многом нормализуются этические поведенческие функции. Возвращается понимание личностных и социальных проблем, обусловленных продолжительным злоупотреблением ПАВ и ответственность за их решение. У больных со средним и низким УРП восстановительные процессы характеризуются неустойчивостью, остается высокая вероятность рецидивов влечения к ПАВ, эмоциональных и поведенческих девиаций.

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

На интеграционном этапе реабилитации продолжается реализация комплекса мероприятий, восстанавливающих физическое и психическое состояние больных, улучшающих их коммуникативные возможности и нормализующих семейные отношения. Психотерапевтическая работа направлена на обучение (научение) способам и приемам решения личностных проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к срывам и рецидивам заболевания. Психотерапевтическая работа осуществляется в условиях лечебно-реабилитационной психотерапевтической среды, которая начинает моделировать партнерские отношения. Достаточно часто на этом этапе у больных с высоким УРП (7%) и у больных со средним и низким УРП (20%) наступают состояния выраженной дезадаптации, когда они перестают преодолевать относительно несложные жизненные трудности — отказываются от учебы, работы, семейных обязанностей, возникают поведенческие расстройства и пр.

Продолжительность лечебно-реабилитационной, в том числе и психотерапевтической помощи на стабилизационном этапе — от 6 месяцев до 2 лет (в зависимости от УРП и стабилизации ремиссии). Стабилизационный этап реабилитации направлен на закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов. Используется комплекс медицинских, психотерапевтических и социальных мероприятий, обеспечивающих постепенный переход пациентов на самостоятельное функционирование. На этом этапе вновь изменяется специфика лечебно-реабилитационной психотерапевтической среды, которая в большей степени направлена на освоение автономного существования и максимально возможную ресоциализацию наркологических пациентов.

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

## ЭТАПНОСТЬ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Следует отметить, что существует достаточно большой индивидуальный разброс в соотношении длительности различных этапов. Одни больные надолго задерживаются на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий, поскольку не удается добиться улучшения или компенсации психических нарушений. У других затягивается

Таблица 7.

## Психодиагностическая и психотерапевтическая работа на различных этапах ЛРП

Этапы	Задачи	
	Диагностические	Психотерапевтические
Предреабилитационный.	— Функциональная и топическая диагностика.	— Формирование мотивации к лечению.
Адаптационно-диагностический.	— Оценка эмоциональных и поведенческих проблем.	— Установление психотерапевтических отношений. — Кризисная психотерапия. — Заключение психотерапевтического контракта.
Интеграционный (интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий).	— Оценка стилей саморегуляции поведения. — Диагностика семейной дисфункции. — Характеристика ведущих личностных проблем. — Определение способов соматического реагирования. — Прогнозирование социальной и клинической динамики с рекомендациями дифференцированных психотерапевтических, социально-профилактических, психолого-педагогических, медицинских лечебных, психокоррекционных мер комплексной реабилитационной помощи и социально-правовой поддержки.	— Разработка и реализация индивидуальной психотерапевтической программы. — Преодоление анозогнозического отношения к болезни. — Симптомоцентрированная поведенческая психотерапия. — Осознание связи между различными психологическими факторами и возникновением и развитием болезни. — Осознание роли личностно-эмоциональных проблем в развитии болезни. — Достижение понимания больными психологических мотивов зависимого поведения.
Стабилизации достигнутого эффекта.	— Оценка терапевтической динамики, оценка динамики и эффективности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.	— Психотерапевтические индивидуальные и групповые занятия, работа с семьями. — Коррекция системы отношений. — Расширение спектра когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования. — Изменение малоадаптивных способов интерперсонального взаимодействия на основе осознания основных побудительных мотивов, особенностей эмоциональных и поведенческих реакций. — Формирование долгосрочных жизненных целей и побудительных мотивов поведения.

Этапы	Задачи	
	Диагностические	Психотерапевтические
Профилактический (постреабилитационный).	— Функциональная диагностика.	— Поддержка достигнутых результатов психотерапии (суппортивная психотерапия). — Восстановление полноценного социального функционирования. — Противорецидивные курсы.

этап стабилизации в связи с отсутствием уверенности в прочности достигнутого эффекта. Нередко встречается возвращение к уже пройденному этапу, связанное с дезадаптацией, с психогенными декомпенсациями состояния, а также с ошибочным выводом об окончании данного этапа и возможности перехода к следующему, что может быть обусловлено установочным поведением больного.

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

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

Реализация трех основных периодов и трех этапов ЛРП возможна только в том случае, если будут созданы необходимые условия и выстроена лечебно-реабилитационная программа. Прежде всего имеется в виду организация лечебно-реабилитационной психотерапевтической среды в стационаре/амбулатории наркологического учреждения, в семьях больных, по месту работы или учебы, а также поэтапное осуществление взаимосвязанных медицинских, психолого-психотерапевтических и социальных компонентов и технологий ЛРП.

Системный подход к решению задач реабилитации предполагает также внедрение в практику основных реабилитационных технологий, создающих условия, предпосылки, основания, благодаря которым восстанавливается больной — его физические, психические и духовные ресурсы переходят из сферы возможного восстановления в сферу реального. К ним относятся организационные, диагностические, терапевтические, психотерапевтические и другие технологии. Перечень лечебно-реабилитационных технологий представлен в таблице 8.

Каждая из обозначенных технологий представляет собой сложную подсистему и имеет специальное психотерапевтическое содержание.

Таблица 8.

**Основные технологии ЛРП**

Технологии	Содержание
I. Организационные.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создание реабилитационного учреждения и определение функциональных (производственных) обязанностей его сотрудников.</li> <li>2. Создание реабилитационной среды.</li> <li>3. Внедрение в практику психотерапии периодов и этапов реабилитации.</li> <li>4. Организация реабилитационной бригады (команды).</li> <li>5. Командообразование сотрудников и персонала.</li> <li>6. Профилактика сгорания.</li> <li>7. Мероприятия оценки и поддержки технологических модулей.</li> </ol>
II. Диагностические.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психиатрическое обследование.</li> <li>2. Соматическое обследование.</li> <li>3. Биохимическое, нейрохимическое, электрофизиологическое, биофизическое, молекулярно-генетическое обследование.</li> <li>4. Психотерапевтическая диагностика и построение психотерапевтической гипотезы.</li> <li>5. Психологическое обследование (тестирование, ретестирование, проверка ретестовой надежности).</li> <li>6. Социологическое обследование.</li> </ol>
III. Терапевтические (лечебные), биомедицинские.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фармакотерапия.</li> <li>2. Физиотерапия.</li> <li>4. Лечебная физкультура.</li> <li>5. Иммунотерапия.</li> <li>8. БАД.</li> <li>9. Диетотерапия.</li> <li>10. Гипокситерапия.</li> <li>11. Ксенотерапия.</li> <li>12. Электросудорожная терапия.</li> </ol>
IV. Психотерапевтические и психокоррекционные.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные направления психотерапии: <ul style="list-style-type: none"> <li>— динамическое,</li> <li>— когнитивно-бихевиоральное,</li> <li>— экзистенциально-гуманистическое,</li> <li>— комплексные и полимодальные подходы.</li> </ul> </li> <li>2. Психотерапевтические методы: <ul style="list-style-type: none"> <li>— методы основных направлений,</li> <li>— специальные психотерапевтические методы для лечения больных с зависимостями,</li> <li>— вспомогательные психотерапевтические методы.</li> </ul> </li> <li>3. Основные формы психотерапии: <ul style="list-style-type: none"> <li>— индивидуальная психотерапия,</li> <li>— семейно-супружеская психотерапия,</li> <li>— групповая психотерапия,</li> <li>— лечебно-реабилитационная психотерапевтическая среда,</li> <li>— аффективная интервенция (естественной группы).</li> </ul> </li> <li>4. Терапевтические сообщества: <ul style="list-style-type: none"> <li>— самоорганизующиеся,</li> <li>— волонтерские,</li> <li>— организующиеся специалистами.</li> </ul> </li> </ol>

Технологии	Содержание
V. Терапия реабилитационной средой.	В условиях: 1. Реабилитационных амбулаторий и стационаров (центров). 2. Частично-управляемая психотерапевтическая среда подразделений внебольничной психотерапии. 3. Терапевтических сообществ (ТС). 4. Общин. 5. «Домов на полпути», реабилитационных общежитий. 6. Монастырей, мечетей и др. 7. Семьи. 8. НА, АА, Нар-Анон и др.
VI. Терапия занятостью.	1. Самообслуживание. 2. Трудотерапия. 3. Профессиональная адаптация. 4. Учеба. 5. Спорт. 6. Кружки по интересам. 7. Аниматерапия.
VII. Организация досуга.	1. Персоналом. 2. Частичная самоорганизация. 2. Самоорганизация.
VIII. Арт-терапевтические.	1. Терапия занятостью. 2. Психотерапия. 3. Социализация.
IX. Социотерапевтические.	1. Самоуправление. 2. Партнерство и сотрудничество. 3. Милые-терапия. 4. Приобретение профессии, учеба. 5. Трудоустройство. 6. Юридическая помощь. 7. Психотерапевтическая поддержка семьи. 8. Поддержка инвалидов.
X. Духовно ориентированные.	1. Религия. 2. Этика и эстетика жизни. 3. Гуманизм как форма жизненной практики.
XI. Система патронажа.	

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОСНОВНЫХ ПЕРИОДОВ (КОМПЛЕКСОВ) ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ

### I. Предреабилитационный период (комплекс) лечебно-реабилитационной программы

Основной формой работы на предреабилитационном этапе является создание психотерапевтического контакта, проведение мотивационной интервенции к последующим этапам лечебно-реабилитационной программы в форме мотивационного интервью или комплаенс-психотерапии. Суть мотивационного интервьюирования впервые

была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. Более детально основные положения метода описаны В. Миллером и С. Ролликом в 1991 году. Мотивационное интервью может одинаково успешно применяться и как самостоятельный метод, и как подготовка или дополнение к другим методам помощи или терапии. Более подробно принципы и техника проведения мотивационного интервью изложены в главе о частных методах.

Создание психотерапевтического контакта в ряде случаев сопровождается проявлением скрытых кризисных переживаний, что предполагает проведение кризисной психотерапии (как минимум кризисная поддержка) с созданием временного контракта на проработку более глубоких кризисных переживаний на отдаленных этапах ЛРП.

Мотивационная интервенция и кризисная поддержка может быть реализована и при обращении пациента на процедуры детоксикации и купирования абстинентного состояния, в том числе фрагментарно при повторных urgentных обращениях пациента и его родственников.

## II. Основной период (комплекс) лечебно-реабилитационного процесса

### *Адаптационно-диагностический этап*

Преимущественной формой работы на адаптационно-диагностическом этапе является определение показаний к психотерапии, формирование психотерапевтического контакта и заключение психотерапевтического контракта. Результатом становится разработка индивидуальной психотерапевтической программы, которую осуществляет врач-психотерапевт в тесном контакте со специалистами полипрофессиональной бригады. Медицинский (клинический) психолог по согласованию с врачом-психотерапевтом начинает программу психологической интервенции, направленной на эмоциональную поддержку и внимание к переживаниям пациента; повышение психологической компетентности; повышение ответственности пациента и выработку готовности к решению имеющихся проблем и тех, которые могут возникнуть в процессе лечения.

Психотерапия должна включать: установление контакта; предоставление возможности «выговориться», предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации; совместную с пациентом переформулировку проблемы; заключение психотерапевтического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности пациента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий пациента); определение глубины вмешательства и типологии способов возможных решений проблем; закрепление мотивации; завершение консультирования (ориентированного в целом на повышение мотивации к патогенетическому лечению и психотерапии) с предоставлением пациенту права повторного обращения. Такую программу удастся реализовать в течение одной встречи, продолжающейся 2-3 часа, или в курсе из 2-5-и встреч по часу с интервалами от одного дня до недели. Методика заключения контракта описана в инструментальной части издания.

Уже на адаптационно-диагностическом этапе адекватной формой психотерапевтической работы является реализация индивидуальной психотерапевтической программы, включающей проведение индивидуальной психотерапии, которая дополняет

ется другими ее компонентами — тренингами социальной компетентности, тренингами с привлечением телесно-ориентированных психотехник, арт-терапии, дискуссионными психотерапевтическими группами и группами рациональной психотерапии, психообразовательными мероприятиями, а также клиническими ролевыми играми и мероприятиями терапии занятостью. В ходе проведения этих мероприятий специалистом решаются следующие задачи: информирование пациента о зависимости в условиях межличностного взаимодействия, повышение чувствительности к себе, к другому человеку, выработка умения понять и передать свое эмоциональное состояние и «войти» в эмоциональное состояние другого, активизация и создание «деятельностного» стереотипа с постепенной актуализацией личностных ресурсов, воли, снижение тревоги перед предстоящей программой реабилитации.

Параллельно с врачом-психотерапевтом в индивидуальной психотерапевтической программе принимают участие медицинские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники, коррекционные педагоги, прошедшие специальную подготовку. В качестве клиентов идентифицируются пациенты, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса, межличностных конфликтов, семейных затруднений или профессионального выбора. В любом случае клиент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. В этом основное отличие психологического консультирования от психотерапии. От так называемой «дружеской беседы» консультирование отличается нейтральной позицией консультанта.

Очень важно сотрудничество и разделение ответственности между участниками лечебно-реабилитационной бригады. Особая роль здесь принадлежит врачу-наркологу, который на этих этапах работы должен выполнить функцию специалиста, который в том числе управляет режимом и ограничениями, принимая таким образом на себя роль человека, который прямым или косвенным образом лишает пациента свободы. Это предоставляет врачу-психотерапевту возможность для создания психотерапевтического контакта: «уж если Вы все равно не можете уйти домой, может быть, есть смысл заняться психотерапией?» Смещение ролей врача психиатра-нарколога с ролью врача-психотерапевта препятствует психотерапевтическим мероприятиям, потому что тогда пациент, с одной стороны, не будет больше доверять наркологу («основному преследователю»), в том числе из-за актуализации малоосознаваемых психологических игр со скрытыми трансакциями, а с другой стороны, уверенность в возможности врача-психотерапевта повлиять на режим будет приводить к имитационным формам участия в психотерапии и других психосоциальных мероприятиях. В результате ни с одним из специалистов не будет сформирован продуктивный психотерапевтический контакт. По нашим наблюдениям — это одна из самых частых причин снижения эффективности психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

*Тренинг социальных навыков (социально-поведенческий тренинг)* представляет собой структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение.

Кроме уже описанных мероприятий, на адаптационно-диагностическом этапе возможно включение пациентов в группы *рациональной дискуссионной психотерапии*.

Значительное место на этом этапе занимает психообразование, которое призвано восполнить у пациента пробелы в понимании причин и сущности болезни, роли биологических, психологических и социальных факторов, разъяснить пациенту сущность проводимой ЛРП и перспективы выздоровления.

Психообразовательные мероприятия по содержанию и существу могут принимать разные организационные формы. Они проводятся в форме индивидуальной и групповой работы с пациентами. Индивидуальная работа менее экономична и эффективна в сравнении с групповой, но эти две формы вполне сочетаемы. Психообразование желательно в дискуссионной групповой форме, поскольку групповые занятия не включают лекций и монологов, а приобретают черты дискуссии и также способствуют развитию коммуникативных навыков.

*Клинические ролевые игры.* В методиках психотерапии обычно мало внимания уделяется описанию непосредственных техник исполнения. Они выгодно отличаются от психодрамы, в которой технической стороне терапии уделяется большее внимание, чем сложному теоретическому толкованию действий и переживаний пациентов. Наркологические больные не имеют такой терапевтической мотивации, как больные с невротическими расстройствами, и нуждаются в регламентированных формах психодрамы с фиксированными сценариями. Клинические ролевые игры являются одной из форм психодрамы наравне с социодрамой и ролевым тренингом.

#### *Этап интегративный (интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий)*

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

В качестве основных методов индивидуальной психотерапии могут применяться краткосрочные варианты психодинамической психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, показанные в случае диагностики глубинных, вытесненных интрапсихических конфликтов, особенно обусловленных дисгармоничным воспитанием и формированием личности пациента в условиях патологической семейной ситуации в детстве. Продолжительность краткосрочной динамической психотерапии составляет от 25 до 50 часовых занятий с частотой 2–3 раза в неделю, когнитивно-поведенческой психотерапии — 15–30 часовых занятий с частотой 2–3 в неделю.

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

#### *Когнитивная и поведенческая психотерапия.*

Поведенческая психотерапия больных с зависимостью от ПАВ представляет собой процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории научения. Некоторые элементы бихевиористического характера, безусловно, включают в себя методики суггестивно-аверсивной терапии, однако классический метод опирается на более системный подход к воздействию на психопатологическую симптоматику. В отличие от аверсивных процедур, использующих сти-



муляцию субъективно тягостных, негативных ощущений, связанных с патологическим поведением, в поведенческой терапии в большинстве случаев применяется положительное подкрепление каждого шага больного в нужном направлении, что приводит к возрастанию реалистичности его поведения. Установление больными четких причинно-следственных связей между собственным поведением и поведением окружающих способствует снижению внутренней конфликтности и возрастанию активности. Тем не менее, условно можно выделить два подвида такой психотерапии, первый из которых преимущественно выступает как симптоматический, второй — рассматривает психопатологические феномены в широком контексте понятия зависимого поведения, включая социальные аспекты.

К первому следует отнести известный метод «политики жетонов». Описано применение жетонной системы при стационарном лечении героиновых наркоманов. Проходящие стационарное лечение пациенты «зарабатывают» баллы как условное подкрепление за желательное поведение. Согласно правилам, для выписки необходимо набрать определенное количество баллов. Учитываются все виды активности пациентов и стимулируются те формы поведения, которые способствуют выздоровлению.

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

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

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

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

Когнитивно-поведенческая психотерапия к настоящему времени зарекомендовала себя в качестве одного из основных методов, имеющих противоречивую направленность, поскольку способствует овладению навыками, расширяющими адаптационные возможности пациентов. Во многих исследованиях подчеркивается необходимость сочетания поведенческого тренинга и когнитивной терапии с другими видами психотерапии и с фармакотерапией. Это создает предпосылки для преодоления недостатков данного подхода, выраженных наиболее ярко, пожалуй, в тренинге социальных навыков. Речь идет о неоправданности патерналистической позиции при работе с больными с зависимостью от ПАВ, о скептической оценке изолированного применения поведенческих методов как манипулятивных и поверженных, о невозможности найти общие социальные способы решения индивидуальных проблем.

При активной установке больных на лечение и сотрудничество возможно применение в качестве основных и других методов психотерапии, акцент в которых предполагает более активное участие самого пациента в терапевтическом процессе.

### *Психодинамическая психотерапия.*

Согласно психодинамической концепции, большая часть зависимостей имеет защитную и адаптивную функции.

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

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

На этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий следует активно вовлекать больных в групповые формы работы. Групповая психотерапия должна быть направлена на: формирование адекватной самооценки и целостной «Я»-концепции, помощь и развитие способности распознавать неадекватные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими. К рекомендуемым вариантам проведения групповой психотерапии относятся краткосрочные варианты групповой психотерапии: краткосрочные динамические группы, рассчитанные на 50 часов, групповая когнитивно-поведенческая психотерапия, дискуссионные группы, интегративные варианты психотерапии в группе.

Огромное значение имеет сотрудничество психотерапевта с лечащим врачом больного, осуществляющим детоксикационную и психофармакологическую терапию, а также — с психотерапевтами других модальностей, участвующими в реабилитации. Такое взаимодействие обеспечивает основу терапевтической среды. При переходе к внебольничному этапу психотерапевтической реабилитации рамки лечебного процесса постепенно становятся все более «жесткими», структурированными, приближенными

к классическим. Часть больных образует амбулаторные психодинамические группы, часть — может продолжать терапию в пределах индивидуальных встреч, в зависимости от соответствующих показаний. Непременным условием дальнейшего прохождения психодинамической психотерапии является способность пациента воздерживаться от алкоголя и наркотиков, других форм саморазрушительного поведения.

### *Этап стабилизации достигнутого эффекта*

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

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

*Системная семейная психотерапия* занимает ведущее место среди прочих видов, практикующих работу с семьями. Отличительной особенностью системно-семейной психотерапии является базирование на теории систем, соответственно, терапевт опирается на системное мышление. Парой семейных психотерапевтов события изучаются в пределах того контекста, в котором они разворачиваются; внимание концентрируется в большей степени на связях и взаимоотношениях, а не на отдельных элементах и их характеристиках. Психотерапевтическая интервенция направлена на создание таких форм взаимодействия внутри системы, которые обеспечили бы ей эффективное функционирование.

При проведении психотерапии в системной модели с зависимыми пациентами предпочтение мы отдаем терапии, сфокусированной на решении, направленной на совместный (пациента и членов его семьи) поиск выхода из сложившейся ситуации. Несколько сессий необходимо выделить для противорецидивной работы, посвященной проработке форм поведения членов семьи, способствующих возврату пациента к употреблению ПАВ. Курс психотерапии в стационаре может состоять из 10-20 сессий.

### *Мероприятия трудотерапии и профессиональной ориентации*

В основе реабилитационного процесса, который рассматривается одновременно как процесс максимально возможного восстановления личности и как система организационных мероприятий, лежит естественная потребность личности и общества к оптимальному взаимодействию (Казаковцев Б.А. 2009; Кабанов М.М. 1980, 1998; Войтенко Р.М., 2009 и др.).

Психосоциальная реабилитация включает систематические усилия по трудоустройству и обучению, согласно возрасту и возможностям хронически больных, к которым относят пациентов с зависимостями, для достижения взрослых ролей больного в обществе: полноценной независимой жизни и благосостояния — социального выздоровления (Левина Н.Б. с соавт. 2010; Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. 2008 и др.).

Одной из основных форм социальной реабилитации пациентов наркологического профиля является трудотерапия. В своей работе «Основные вопросы теории и практики лечения трудом в психоневрологических учреждениях» В.Н. Мясищев пишет, что несмотря на большой исторический опыт многолетнего применения трудовой терапии, она не получила еще своего научного обобщения вследствие исключительной сложности тех процессов, которые называются трудовой деятельностью (Мясищев В.Н., 1958). Важность труда как главного результата реабилитации декларирована на межгосударственном, государственном уровнях и озвучена в программах общественных организаций самопомощи (Любов Е.Б., Левина Н.Б., 2007). Особенно важно иметь в виду психотерапевтический аспект трудовой терапии с учетом воздействия труда на личность. Терапия производительным трудом воспитывает критическое отношение больного к себе, своим возможностям, сознание необходимости работать в коллективе и быть полезным обществу. Общее глобальное действие трудотерапии на болезненный процесс выражается как в тенденции к редукции психопатологической симптоматики, так и в седативном упорядочивающем влиянии на поведение, и в то же время активации здоровых личностных установок (Мелехов Д.Е., 1963; Акименко М.А., 2011; Войтенко Р.М., 2009 и др.).

Широко распространенным убеждением о наибольшей пользе для пациентов занятости в системе различных форм защищенного трудоустройства были противопоставлены данные об их неэффективности в отношении возвращения пациентов к трудовой деятельности на обычных предприятиях. В последние десятилетия во многих странах появилось большое количество исследований, отражающих, что такие формы реабилитационных вмешательств как обучение навыкам, профессиональное консультирование, а также обучение больных самопредъявлению на рынке труда малоэффективны в отношении повышения уровня трудоустройства. Исследования также указывали, что промежуточный этап реабилитации — работа в лечебно-трудовых мастерских — фактически оказывается замещающим трудоустройством на общих основаниях (Казаковцев Б.А., 2009).

Модель поддерживаемого трудоустройства открыла новые горизонты и существенно изменила направление деятельности служб профессионально-трудовой реабилитации. Суть метода заключалась в том, что пациенты устраивались сразу на работу, в процессе которой инструкторы-наставники обучали их профессиональным навыкам, помогали освоиться на рабочем месте, вели их и защищали их права. Это рассматривалось как «переходное» трудоустройство, которое должно перерасти в постоянную работу при достижении стабильности. В США метод поддерживаемого трудоустройства стал официальной услугой федеральной программы и программы, финансируемой штатами, рассчитанной на 18 месяцев с начала трудоустройства, хотя предполагалась также в дальнейшем постоянная поддержка со стороны общественных или некоммерческих организаций (Казаковцев Б.А., 2009).

Существует два подхода к поиску работы для пациентов: система консультирования и так называемые программы трудовых клубов. В консультативную систему пациент обращается либо самостоятельно, либо направляется работником психиатрической или наркологической службы. Консультативное агентство осуществляет оценку мотивации пациента, его интересов, возможностей и ограничений, находит работу либо курсы обучения и гарантирует определенную должность. Трудовые клубы используют альтернативный подход. Пациенты обучаются навыкам поиска работы (как заполнить резюме, анкету, как пользоваться для поиска работы телефоном, как соответственно выглядеть, как проходить собеседование и т.п.), которую ищут самостоятельно. Однако успешное нахождение работы не является завершающим этапом. Чрезвычайно важной для пациентов является возможность удержаться на новом месте службы. Работающим пациентам

необходимы периодические (ежемесячные, еженедельные или даже ежедневные) контакты со специалистом по трудовой реабилитации для решения возникающих проблем.

Недостатки программы — это превратности и ненадежность трудоустройства, которые для большинства людей являются источником стресса и беспокойства, что, помимо непосредственного дискомфорта, может привести к физическим и психическим проблемам со здоровьем. Службы профессиональной реабилитации не обеспечивают долгосрочных заработков для лиц с психическими и физическими недостатками (Казковцев Б.А., 2009).

### III. Период (комплекс) профилактических постреабилитационных мероприятий

На данном этапе возможно использование индивидуальной и групповой форм психотерапии и их сочетания с курсами семейной психотерапии при переживании семейных кризисов пациента с зависимостями. Оптимальной формой работы групповой психотерапии является открытая амбулаторная группа.

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

На этом этапе становится актуальным применение гуманистических и экзистенциальных подходов при проведении длительной поддерживающей психотерапии. В гуманистической модели способность терапевта создать обстановку полной безопасности для личности пациента является основным лечебным средством. Создание такой обстановки достигается недирективной позицией и эмпатической реакцией психотерапевта. Триада Роджерса состоит в безусловном принятии пациента, эмпатии, конгруэнтности переживаний и поведения психотерапевта. Психотерапевт в этом случае считает, что если создать соответствующие благоприятные условия, то пациент естественным образом сам будет изменяться, развиваться как личность в нужном направлении, что повлечет за собой и редукцию симптоматики.

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

Необходимо обратить также внимание на возможности, которые дает в работе с наркологическими больными базисный для клиент-центрированных методов психотерапии принцип «здесь и сейчас», лишаящий пациентов возможности уходить от проработки актуальной ситуации и эксплуатировать присущий им патологический защитный механизм отрицания. Опыт показывает, что буквальное применение принципов гуманистической психотерапии по С.Р. Rogers, а также духовно-ориентированных методов

в их традиционном на Западе виде приводит у больных с зависимостью от ПАВ к ряду проблем. Наиболее спорной является возможность недирективного подхода в работе с этими пациентами. Многие авторы указывают на то, что психотерапевт в группах с больными алкоголизмом и наркоманиями должен быть более активен и директивен, с четким модулированием своих эмоций и рефлексией. Подчеркивается, что полностью недирективное поведение ведущего в группе наркологических больных невысказано.

Таким образом, наличие мощного терапевтического потенциала гуманистического подхода в отношении больных зависимостью от ПАВ сочетается с трудностями его последовательной реализации, обусловленными клиническими особенностями этих больных. Разрешение данного противоречия возможно в рамках другой основной тенденции современного развития клинической психотерапии зависимостей, а именно — тенденции к интеграции различных школ, подходов и направлений. Только при использовании клинической модели становится возможным применение гуманистических принципов психотерапии, создающих для больных зависимостями значительные реабилитационные перспективы, но непригодных для реализации в «чистом», изолированном виде.

## ГЛАВА 3. ПСИХОДИАГНОСТИКА В НАРКОЛОГИИ

- 3.1. Цели, задачи и методы психодиагностического исследования в наркологической практике
- 3.2. Обзор наркологических диагностических инструментов: тест-опросники, клиничко-психометрические шкалы и структурированные интервью
- 3.3. Общие психодиагностические инструменты, применимые в наркологической клинике
- 3.4. Психодиагностика в психотерапии пациентов с зависимостями

### 3.1. ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В условиях клинической практики психодиагностика выполняет разнообразные задачи, в числе которых — оценка и измерение клинических и психологических переменных, классификация и систематизация клинико-психологических данных, клинико-психологический прогноз, выявление мишеней и детерминант психотерапии, выбор вида и метода психокоррекционного вмешательства и т.д.

Традиционно в общей психодиагностике выделяют 2 различных подхода — *номотетический* и *идеографический*. В рамках номотетического подхода основная диагностическая направленность состоит в стандартизированном измерении психологических свойств у испытуемого. Сущность номотетического подхода в клинике заключается в том, чтобы на основании полученной информации отнести испытуемого к определенной группе с заранее известными психологическими характеристиками. В противоположность номотетическому, идеографический подход уделяет внимание не групповым, а уникальным, присущим только данному субъекту особенностям. В практической работе оптимальным является использование обоих подходов.

Задачи экспериментально-психологического обследования в наркологической клинике, несмотря на всю свою специфику, имеют определенные пересечения с задачами клинической психодиагностики в целом. В наркологической клинике к задачам психодиагностики относятся:

- изучение характеристик отдельных психических функций (память, внимание, мышление), в том числе в динамике;
- комплексное изучение интеллектуально-мнестической сферы;
- изучение характеристик аффективной сферы, в том числе в контексте употребления и отказа от ПАВ;
- изучение личности и личностного пространства, в том числе исследование внутренней картины болезни и ожидаемых ее последствий, отношения пациента к болезни, лечению, референтному окружению, к своей профессии, к ситуации на работе и к личной ситуации, определение зоны конфликтных переживаний, способов разрешения конфликтов и механизмов психологической компенсации и т.д.;
- изучение характера употребления ПАВ, мотивации употребления ПАВ и мотивации отказа от ПАВ.

Конкретные задачи психодиагностики определяются с учетом целей исследования, которые ставятся, как правило, при непосредственном участии врача психиатра-нарколога или врача-психотерапевта, а также актуального психического состояния больного, его возраста, интеллектуального (образовательного) статуса и других характеристик.

Результаты психодиагностического исследования в наркологической практике используются в дифференциальной клинической диагностике, определении психотерапевтических мишеней, прогнозе заболевания, клинической динамической оценке



пациента (диспансерное наблюдение), оценке эффективности проводимой психотерапии, планировании и осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

При подборе и дальнейшем использовании психодиагностического инструмента рекомендуется учитывать: а) соответствие измеряемой переменной исследуемой целевой группе; б) простоту и доступность инструмента оценки, наличие четких инструкций по применению — как для пациентов (если это инструмент для самооценки), так и для специалистов, в) хорошие психометрические свойства теста — надежность, достоверность и чувствительность к изменениям.

В некоторых случаях (например, при оценке влечения к ПАВ), рекомендуется использовать несколько инструментов параллельно в сочетании с информацией из других источников — это позволит повысить достоверность полученной информации относительно обследуемого лица или достигнутых изменений. Опора на клинико-психологические методы или введение дополнительных методов экспериментально-психологического исследования (например, исследование мотивации к лечению, исследование степени осознания психологических конфликтов, исследование системы значимых отношений и т.д.) позволит оценить особенности пациента многомерно, более полно описать личностные и мотивационные противоречия, оценит объективную (истинную?) внутреннюю картину болезни пациента.

Результаты исследования должны быть описаны и предоставлены заказчику психодиагностического исследования (врачу, пациенту, родственникам), без нарушения этической стороны взаимодействия. Предоставленные результаты должны быть понятны заказчикам — от пациентов и членов их семей до специалистов. Иными словами, результаты оценки должны быть такими, чтобы их можно было легко обработать и истолковать. Например, в случае предоставления информации пациенту или членам его семьи результаты исследования должны быть описаны общепсихологическим языком, без специфических терминов, иметь рекомендации и оказывать психокоррекционное влияние.

Как при проведении клинической оценки, так и комплексного экспериментально-психологического исследования, следует учитывать мнение пациента, его субъективное впечатление от участия в психодиагностическом исследовании. Такой подход позволяет дополнительно оценить достоверность полученной информации в контексте психологического состояния и состояния здоровья пациента.

Отдельно стоит отметить тот факт, что психодиагностическое обследование в наркологии само по себе несет психокоррекционную нагрузку. В зависимости от психологической атмосферы во время его проведения и подачи результатов, оно может существенным образом влиять на мотивацию пациента к лечению, реабилитации, обращению за специализированной наркологической помощью в целом, принятию решения об участии в психотерапии или программах реабилитации.

Методы, используемые при работе с наркологическими пациентами, можно разделить на следующие группы:

- патопсихологические методы;
- клинико-психологические методы;
- методы оценки отдельных аспектов употребления ПАВ;
- комплексные клинические методы оценки зависимости от ПАВ.

Первые две группы методов являются традиционными для отечественной клинической практики, используются также в психиатрии и неврологии и не являются специфичными для наркологии.

Две последние группы методов являются в отечественной наркологии относительно новыми. Большое количество инструментов оценки, используемых в рамках этих методов, разработано за рубежом и применительно к использованию в России для многих из них остается открытым вопрос качественной адаптации.

Далее описаны некоторые психодиагностические и психометрические методы, разработанные в области наркологии, и приведены экспериментально-психологические методики общей психодиагностики, полезные для использования в наркологической клинике.

Следует подчеркнуть, что приведенные ниже инструменты исследования лишь дополняют основной клиничко-психопатологический метод исследования наркологических больных. Их использование является удобным, достаточно простым в применении и способно существенно расширить объективную клиническую картину аддиктивной патологии.

## 3.2. ОБЗОР НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ: ТЕСТ-ОПРОСНИКИ, КЛИНИКО-ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ И СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ИНТЕРВЬЮ

В настоящее время в мире существует большое количество инструментов оценки, применяемых как в научно-исследовательской, так и в практической работе с зависимыми. К примеру, в США Национальный институт исследований злоупотребления алкоголем и алкоголизма (NIAAA) одобряет использование 89 тестовых методик для работы с наркологическими пациентами. Европейский центр мониторинга употребления наркотиков и наркомании (EMCDDA) приводит данные о 250 инструментах для наркологической практики.

В зависимости от области применения и поставленных задач, специализированные наркологические психодиагностические инструменты можно разделить следующим образом:

1. Инструменты для наркологического скрининга.
2. Инструменты для комплексной наркологической оценки.
3. Инструменты для оценки отдельных характеристик аддиктивной патологии.
4. Общие психодиагностические инструменты, применяемые в наркологии.
5. Психодиагностика в психотерапии пациентов с зависимостями.

### НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

Наркологический скрининг — это методы краткого и быстрого выявления лиц, предположительно употребляющих ПАВ с риском для собственного здоровья. Для наркологического скрининга могут использоваться как психометрические методы (тест-опросники), так и лабораторные (анализ биологического материала).

Корректность поведения и профессионализм специалиста, проводящего наркологический скрининг с помощью тест-опросников, во многом определяет достоверность полученной информации. Неотъемлемой частью является предварительное получение добровольного согласия на участие в скрининге и предоставление информации о характере употребления ПАВ, разъяснение специалистом целей и задач скрининга, а также путей использования полученной информации.

*Опросник CAGE.* Наиболее часто наркологический скрининг используется для выявления лиц, употребляющих алкоголь на опасном для здоровья уровне. В США одним из широко используемых скрининг-тестов является опросник CAGE (Ewing J.A., 1984). Название опросника состоит из первых букв ключевых слов составляющих его вопросов (Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener). Обширный опыт использования опросника CAGE в качестве инструмента наркологического скрининга показал его чувствительность и диагностическую ценность наряду с простотой использования и легкостью проведения.

Инструкция опросника требует предварительно удостовериться в том, что обследуемый употребляет алкоголь и согласен вести об этом разговор. Затем обследуемому предлагают ответить «Да» или «Нет» на следующие вопросы:

1. Вы когда-либо чувствовали, что Вам необходимо меньше пить? (Cut down)
2. Вас раздражают люди, которые осуждают или негативно оценивают употребление Вами алкоголя? (Annoyed)
3. Вы когда-нибудь испытывали чувство вины по поводу употребления алкоголя? (Guilty)
4. У Вас когда-либо возникало желание выпить с утра, как только вы проснулись, чтобы привести в порядок нервы и взбодриться? (Eye-opener).

Оценка ответов: 0 баллов начисляется за ответ «нет», 1 балл — за ответ «да». Общая сумма 2 балла или больше указывает на возможное наличие проблем с употреблением алкоголя и требует углубленной консультации.

*Опросник AUDIT.* В Европе в качестве инструмента наркологического скрининга чаще всего используется «The Alcohol Use Disorders Identification Test» (AUDIT) (Babor et al., 2001). Опросник AUDIT был разработан как простой метод скрининга злоупотребления алкоголем, он нацелен на оценку употребления алкоголя за последнее время. Для измерения объема потребляемого алкоголя используется понятие «стандартной дозы алкоголя», введенной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В литературе встречаются указания на незначительно отличающиеся объемы «стандартной дозы алкоголя», в среднем ее объем определяется следующим образом:

1 стандартная доза	=	1 кружка светлого пива 330 мл, крепость ~5%	1 рюмка водки, коньяка, виски 40 мл, крепость ~40%	1 бокал столового вина 140 мл, крепость ~12% или крепленого вина 90 мл, крепость ~18%	1 бокал ликера, настойки или наливки 70 мл, крепость ~25%
--------------------	---	---	--	---	---

К достоинствам опросника AUDIT относится международная стандартизация — это единственный скрининг-опросник, разработанный для международного применения. Опросник позволяет дифференцированно оценить употребление алкоголя испытуемым — является ли оно опасным для здоровья, имеются ли вредные последствия злоупотребления алкоголем, а также указания на возможную зависимость от алкоголя. Опросник AUDIT — относительно краткий, быстрый и универсальный, в первую очередь предназначен для использования в рамках первичной медицинской сети.

В зависимости от количества набранных баллов рекомендуется предпринимать те или иные шаги:

- Если количество баллов AUDIT от 1 до 7, то степень риска опасного употребления алкоголя незначительна. Никаких дополнительных мер предпринимать не требуется.
- Если количество баллов AUDIT от 8 до 15, имеется умеренный риск неблагоприятных последствий употребления алкоголя. Рекомендуется дать краткие рекомендации по уменьшению употребления алкоголя.
- Если количество баллов AUDIT от 16 до 19, вероятен высокий риск вреда для здоровья от употребления алкоголя. Рекомендуется провести консультирование, нацеленное на уменьшение употребления алкоголя, с последующей оценкой динамики употребления алкоголя.
- Если количество баллов AUDIT выше 20, вероятна зависимость от алкоголя. Рекомендуется направить испытуемого на консультацию к врачу психиатру-наркологу.

**ОПРОСНИК AUDIT**  
**(THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)**

Обведите число в скобках, которое наиболее точно соответствует ответу пациента.

**1. Как часто вы пьете напитки, содержащие алкоголь?**

- (0) Никогда (1) Раз в месяц или реже (2) 2-4 раза в месяц (3) 3-4 раза в неделю  
(4) 4 или более раз в неделю

**2. Сколько напитка, содержащего алкоголь, вы потребляете обычно в день, когда вы пьете? (обозначьте количество стандартных доз)**

- (0) 1 или 2 (1) 3 или 4 (2) 5 или 6 (3) 7 или 8 (4) 10 или более

**3. Как часто вы выпиваете шесть или более доз за один раз?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**4. Сколько раз за прошедший год вы обнаруживали, что не можете прекратить пить, если уже начали?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**5. Сколько раз за прошедший год вы из-за выпивки не могли выполнить то, что обычно должны делать?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**6. Сколько раз за прошедший год вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя делать что-то после крупной выпивки накануне?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**7. Сколько раз за прошлый год вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**8. Сколько раз за прошлый год вы не могли вспомнить, что было вчера из-за того, что вы были пьяны?**

- (0) Никогда (1) Менее раза в месяц (2) Ежемесячно (3) Еженедельно  
(4) Ежедневно или почти ежедневно

**9. Случались ли у вас или у кого-то другого травмы из-за вашего употребления спиртного?**

- (0) Нет (2) Да, но не в прошлом году (4) Да, в прошлом году

**10. Выражал ли кто-либо из ваших родственников или врач или другие медработники озабоченность по поводу вашей выпивки или предлагали ли вам сократить потребление?**

- (0) Нет (2) Да, но не в прошлом году (4) Да, в прошлом году

Здесь запишите сумму баллов всех ответов \_\_\_\_\_

## КОМПЛЕКСНАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

В настоящее время комплексная оценка наркологического заболевания является общепринятой практикой для стран Европы и США. С этой целью был разработан ряд опросников, наиболее распространенными из которых являются The Maudsley Addiction Profile (МАР) (Marsden J. et al., 2000) и Addiction Severity Index (ASI) (McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P., 1983).

### *Профиль аддикции*

В России МАР был переведен и адаптирован М.Л. Зобиным (2006) для использования в терапии наркозависимости. Опросник «Профиль аддикции» представляет собой структурированное интервью, включающее 60 вопросов, ориентированных на выявление изменений в основных проблемных областях, связанных с медицинскими и социальными последствиями наркотизации. Опросник составляют следующие разделы:

1. *Общая информация (Раздел А)*. Раздел включает минимальный объем анкетных данных и особенности проведения интервью. Дополнительные анкетные и анамнестические сведения отражены в «Амбулаторной карте больного».

2. *Употребление ПАВ (Раздел В)*. Сам перечень ПАВ включает алкоголь и другие распространенные наркотические и психотропные средства, злоупотребление которыми наиболее часто обнаруживается у лиц с наркотической зависимостью.

3. *Поведение, связанное с риском для здоровья (Раздел С)*. В связи с тем, что потребители инъекционных наркотиков являются группой риска заражения ВИЧ и вирусными гепатитами, исследуются рискованные инъекционные (использование общего инъекционного инструментария) и сексуальные (эпизоды проникающего секса без средств защиты) практики.

4. *Состояние физического и психического здоровья (Раздел D)*. Представлено шкалой оценки физического и психического состояния. Соматическое здоровье оценивается по общему самочувствию и четырем функциональным системам. Психическое состояние оценивается по уровню тревоги и проявлениям депрессии.

5. *Личностно-социальная адаптированность (Раздел E)*. Оценивается в трех областях: проблемные отношения с лицами из ближайшего окружения, занятость и криминальная активность.

6. *Индекс тяжести зависимости*. Опросник «Addiction Severity Index» (ASI) (McLellan A.T. et al., 1980) в России получил название «Индекс тяжести зависимости» (ИТЗ). Русскоязычная версия ИТЗ переведена и адаптирована при поддержке Всемирной организации здравоохранения (Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet, 2009).

ИТЗ представляет собой стандартизированный, полуструктурированный, многоцелевой инструмент для скрининга и оценки уровня зависимости от ПАВ и потребности в лечении (реабилитации). ИТЗ предназначен для сбора информации о характере и степени выраженности проблем, с которыми часто сталкиваются лица, злоупотребляющие психоактивными веществами.

На первых этапах лечебной программы ИТЗ может использоваться с клиническими целями сбора и анализа информации. Также ИТЗ может использоваться для оценки эффективности проведенного лечения, предоставляя возможность многомерного сравнения тяжести зависимости конкретного пациента до лечения и после его окончания.

ИТЗ состоит из следующих разделов:

1. Физическое здоровье.
2. Работа/материальная поддержка.
3. Употребление наркотиков.
4. Употребление алкоголя.
5. Правонарушения.
6. Семья и социальное положение.
7. Психическое здоровье.

*Уровень реабилитационного потенциала.* Приказом № 500 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.10.2003 г. утвержден протокол «Реабилитация больных наркоманией». В рамках этого протокола рекомендовано использовать разработанный инструмент комплексной наркологической оценки, получивший название «Уровень реабилитационного потенциала» (УРП).

Уровень реабилитационного потенциала — интегральная характеристика, отражающая все этапы формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного.

Как отмечалось в главе 2.6., в зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала больные наркоманией могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким УРП. Планирование лечебно-реабилитационных мероприятий рекомендуется проводить в соответствии с выявленным УРП.

## ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Дифференцированная оценка отдельных компонентов аддиктивной патологии позволяет гибко выстраивать комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от приоритетных терапевтических задач.

### *Шкала оценки патологического влечения к алкоголю*

В терапии зависимости важное клиническое значение имеют показатели влечения к ПАВ. В отечественной наркологической практике часто используется объективная клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю (Чередниченко Н.В., Альтшулер В.Б., 1992). Шкала оценки патологического влечения к алкоголю (ПВА) позволяет дать количественную оценку этому феномену с квантификацией идеаторного, поведенческого, аффективного и вегетативного компонентов. Шкала составлена в виде глоссария, в котором каждый симптом имеет определенный «вес», выраженный в баллах. Общая оценка и динамика показателей различных компонентов позволяют проанализировать состояние больного и эффективность проведенных лечебных мероприятий.

### *Визуально-аналоговые шкалы*

В зарубежной наркологической практике влечение к ПАВ рассматривается иным образом, нежели в отечественной — в большей степени как некий пластичный, транзитный феномен. Соответственно, большое распространение для оценки влечения к ПАВ получили так называемые визуально-аналоговые шкалы (ВАШ). ВАШ представляет собой разновидность градуированной шкалы, на одном полюсе которой максимальная выраженность влечения к ПАВ, на другом — минимальная. На разных этапах лечения наркологические пациенты отмечают на этой шкале соответствующий их состоянию уровень выраженности влечения к ПАВ, на основании чего лечебно-реабилитационные мероприятия могут быть скорректированы.

### *Шкала оценки отношения наркологического больного к лечению*

М.В. Деминой (2004) была разработана методика количественной оценки нарушений сознания наркологической болезни, позволяющая проанализировать отношение наркологического больного к болезни и лечению. В число анализируемых характеристик входят общее признание наркологической болезни, характер рассказа больного о своей болезни врачу, адекватность и полнота нозогнозии, субъективное понимание больным причин помещения в наркологическую клинику, оценка больным вреда заболевания, участие в лечебном процессе, реальная позиция больного по отношению к лечению, стремление к познанию сути болезни, способность распознать наркологическую патологию у других пациентов и сравнить тяжесть своего состояния с чужим, оценка больным собственного состояния в процессе лечения, стремление к диссимуляции болезни, исполнение диссимулятивного поведения, стойкость и постоянство диссимуляции, оценка больным результатов лечения.

Анализируемые клинические симптомы в зависимости от своего значения («веса») ранжированы в баллах и регистрируются по альтернативному признаку (наличие — отсутствие). Наибольшая выраженность или «тяжесть» патологического признака оценивается наиболее высоким баллом. Наиболее высокий, «наихудший» балл в сумме может быть равен 54. Самый низкий, «наилучший» балл в сумме может быть равен 16. Чем выше общая сумма баллов, тем более значительны нарушения сознания болезни; соответственно, чем меньшей оказывается общая сумма баллов в процессе лечения, тем существеннее восстанавливается нарушенное сознание болезни.

### *Шкала оценки мотивов потребления алкоголя*

Одной из широко распространенных методик для оценки мотивации употребления алкоголя является методика В.Ю. Завьялова «Мотивы Потребления Алкоголя» (1988). Методика содержит три блока шкал.

В первую триаду шкал входит группа социально-психологических мотивов приема алкоголя:

- 1) *традиционные* — социально обусловленные, культурально, ритуально распространенные мотивы;
- 2) *субмиссивные* — отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема алкоголя мотивы;
- 3) *псевдокультурный* тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной среды, в которой он функционирует.



Вторая триада теста состоит из группы личностных, персонально значимых мотивов:

- 4) *гедонистические* — отражающие стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя, «психосоматический комфорт», а также опыт яркого переживания алкогольной эйфории;
- 5) *атарактические* — связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания (напряжение, тревогу, страх и др.) с помощью алкоголя;
- 6) мотивы *гиперактивации поведения* (стимулирующий, растормаживающий эффект) и насыщения стимулами при относительной «сенсорной депривации» с помощью выпивки — отражающие стремление выйти из состояния скуки, психологической «пустоты», незанятости, душевного бездействия, либо желание усилить эффективность своего поведения — «для храбрости» и т.д.

В третью триаду входят собственно патологические мотивы, которые проявляются на клиническом уровне в форме болезненного влечения к алкоголю:

- 7) *«похмельные»* — стремление с помощью алкоголя снять явления абстинентного синдрома, психофизиологический дискомфорт, связанный с лишением спиртного, улучшить самочувствие, используя алкоголь как лекарство;
- 8) *аддиктивные* — отражающие различные виды патологического влечения к алкоголю: «пристрастие» к алкоголю, фиксация в сознании влечения к нему, «жажда» опьянения, «тяга» к алкоголю;
- 9) *самоповреждение* — отражающие аутоагрессивные тенденции: стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы в будущем, утраты смысла трезвости.

### *Шкала алкогольной анозогнозии*

Ю.В. Рыбаковой с соавт. (2011) была разработана методика комплексной квантифицированной оценки алкогольной анозогнозии у больных алкогольной зависимостью. Шкала алкогольной анозогнозии содержит 46 утверждений, составляющих 7 субшкал:

1. «Неинформированность» (НИ) может варьировать от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях алкогольной зависимости, сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения алкоголизма и способов его лечения, до информированности о медицинской модели алкогольной зависимости.
2. «Непризнание симптомов заболевания» (НС) — непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости: утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции. Может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств и утрату количественного контроля; невыраженным (отсутствующим), когда пациент признает существование симптомов заболевания; промежуточным в случае неуверенности в наличии данных признаков.
3. «Непризнание заболевания» (НЗ) может колебаться от полного отрицания существования алкогольной зависимости больным до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным в порядке уступок врачу, окружающим.
4. «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) может варьировать от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся

проблем и их связи со злоупотреблением алкоголя до полного развернутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с алкоголизацией. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке большим существующих алкогольных проблем и/или при попытках отнестись часть создаваемых алкоголизмом проблем за счет других обстоятельств.

5. «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) может встречаться в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное при наличии недостаточной эмоциональной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее), если больной выказывал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.
6. «Несогласие с лечением» (НЛ) — выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению, отказе от предлагаемой терапии; промежуточное, если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее), когда фиксировалось активное отношение к лечению.
7. «Неприятие трезвости» (НТ) — выраженное НТ при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное в случаях высказывания необходимости трезвости, но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное, если фиксировалось желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

### *Шкала оценки синдрома ангедонии*

Е.М. Крупицким с соавторами (2000) была опубликована шкала оценки синдрома ангедонии для детоксицированных больных с зависимостью от опиатов. Под «синдромом ангедонии» понимается состояние, свойственное больным с зависимостью от опиатов после купирования абстинентного синдрома, заключающееся в отсутствии психологического комфорта вне интоксикации опиатами. В «синдроме ангедонии» выделяют аффективный, идеаторный и поведенческий компоненты. Аффективный компонент включает тревогу, чувство внутреннего напряжения, раздражительность, нервозность, депрессию, безразличие к окружающему, чувство беспричинного психологического дискомфорта, ощущение серости, тусклости и безынтересности жизни, а также расстройства сна и влечение к опиатам. Идеаторный компонент включает в себя мысли, воспоминания и сны об употреблении опиатов, а также различные фантазии на эту тему. Поведенческий компонент состоит из действий, направленных на получение опиатов, обсуждения различных аспектов употребления опиатов с другими больными наркоманией, а также пассивности в повседневной жизни. Сумма трех показателей дает оценку общей выраженности «синдрома ангедонии».

### 3.3. ОБЩИЕ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ, ПРИМЕНИМЫЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Общепсихологические методики, применяемые в наркологической клинике, можно разделить на два больших блока: исследование психических процессов и исследование эмоционально-личностных особенностей.

#### *Исследование психических процессов*

В наркологической практике исследование особенностей протекания психических процессов может требоваться для решения самого широкого круга задач — определение особенностей протекания проявлений синдрома отмены, исследования выраженности органических поражений головного мозга вследствие злоупотребления ПАВ, дифференциальная диагностика при наличии коморбидных психических расстройств и т.д.

При использовании патопсихологических проб важно учитывать, что многие из них создавались для качественного анализа особенностей протекания того или иного процесса и не имели каких-либо строгих нормативов. Также при работе с патопсихологическими пробами важно помнить, что применения одной методики всегда недостаточно для полноценного исследования того или иного процесса. Для того, чтобы сделать вывод о наличии тех или иных нарушений психических процессов, необходимо, чтобы они подтверждались данными нескольких методик. Объяснение результатов патопсихологического эксперимента всегда требует тщательного анализа отдельных результатов и грамотного обобщения, чтобы выводы представляли собой не просто перечисление результатов каждой применяемой патопсихологической пробы, а именно описание того или иного психического процесса.

Подробное описание патопсихологических проб можно найти во многих руководствах по патопсихологии, клинической психодиагностике, поэтому в данном пособии рассматриваются только общие тенденции и нюансы применения той или иной методики.

#### *Исследование внимания*

В современной патопсихологии выделяется пять основных свойств внимания, которые и исследуются в процессе патопсихологического обследования: объем, концентрация, переключаемость, наличие или отсутствие избирательности.

Для исследования внимания в наркологической практике целесообразно применение следующих методик:

1. *Корректирующая проба (буквенная)*. Основные свойства, измеряемые данной методикой — это психомоторный темп, концентрация, устойчивость, наличие вработываемости или истощаемости. Данная проба является одной из наиболее функционально нагруженных, благодаря чему эффективно позволяет выделить даже незначительные нарушения устойчивости, выявить признаки истощаемости внимания даже при легком органическом фоне. При работе с данной методикой важно учитывать, что для каждого из ее вариантов существует свои нормативы. На эффективность выполнения пробы могут оказать влияние про-

- блемы со зрением, с мелкой моторикой, также ее выполнение может быть недоступно для людей с выраженными органическими нарушениями, они просто не смогут выполнить ее до конца. Поэтому в этих случаях лучше использовать другие, более простые пробы.
2. *Тест «Кольца Ландольта»*. Методика является своеобразным аналогом корректурной пробы, также позволяет исследовать психомоторный темп, концентрацию, устойчивость внимания, наличие или отсутствие истощаемости. Преимуществом данной методики является то, что с ее помощью можно эффективно исследовать людей, плохо владеющих русским языком, страдающих дислексией и т.д.
  3. *Счет по Крепелину*. Также является одной из основных проб, позволяющих наиболее полно исследовать процесс внимания, изучает такие свойства как психомоторный темп, концентрация, устойчивость и вработываемость. Однако при использовании данной методики важно учитывать, что ее результаты сильно зависят от арифметических способностей обследуемого.
  4. *Проба Мюнстербурга*. Методика направлена на изучение избирательности внимания. Эффективность выполнения пробы достаточно сильно зависит от психомоторного темпа испытуемого, а также от его образовательного и культурного уровня. Люди, плохо знающие русский язык, могут испытывать трудности при ее выполнении.
  5. *Таблицы Шульте*. Одна из наиболее простых и быстро проводимых методик для исследования внимания, подходит для экспресс-обследования, практически не имеет ограничений в своем проведении. Позволяет исследовать психомоторный темп, получить предварительные данные о концентрации внимания, его устойчивости, также позволяет выявить наличие вработываемости или истощаемости.
  6. *Таблицы Шульте-Горбова*. Методика позволяет исследовать распределение и переключаемость внимания — те свойства, которые мало исследуются методиками, описанными выше.

### *Исследование памяти*

В современной патопсихологии при исследовании мнестической деятельности традиционно выделяют виды памяти: кратковременную и долговременную, механическую и опосредованную, зрительную, слуховую и т.д. Для исследования каждого вида памяти существуют свои патопсихологические пробы.

1. *Методика «10 слов»*. Данная методика была разработана А.Р. Лурией и предназначена для исследования механического запоминания. Также позволяет исследовать такие характеристики как объем кратковременной памяти, устойчивость мнестической деятельности, долговременную механическую память, получить дополнительные сведения об истощаемости психических процессов, мотивационных компонентах психической деятельности.
2. *Пиктограммы*. Автором методики также является А.Р. Лурия, ее основная цель — исследование опосредованного запоминания, однако кроме этого методика дает большой материал для анализа особенностей мышления обследуемого, исследования аффективно-волевой сферы.
3. *Шкала памяти Векслера*. Методика представляет собой набор различных субтестов, которые позволяют исследовать различные виды памяти — зрительную,

фиксационную, логическую, ассоциативную. Также методика позволяет оценить такие общие характеристики психической деятельности как сохранность ориентировки во времени, месте и собственной личности, а также для исследования активного внимания и аффективно-волевой сферы. Результаты методики позволяют провести экспресс-диагностику интеллекта, вычислив эквивалентный памяти показатель интеллекта.

### *Исследование мышления*

Мышление считается наиболее сложным психическим процессом. В отечественной патопсихологии, для более глубоко исследования различных нарушений, мышление подразделяется на три компонента: 1) операциональная сторона; 2) динамика мыслительной деятельности; 3) мотивационно-личностная сторона мышления. Конечно, описываемое разделение является достаточно условным, с помощью определенных методик можно более прицельно исследовать те или иные особенности мыслительной деятельности обследуемого. Все существующие патопсихологические пробы, направленные на исследование мышления, являются качественными, и поэтому не предполагают какой-либо количественной оценки, не имеют нормативов. Анализ сохранности процесса мышления всегда носит качественный характер. Согласно принципам патопсихологического обследования, для исследования мышления необходимо использование минимум трех методик, при этом желательно комбинированное использование как вербальных, так и невербальных проб. В целом, все многообразие методик на мышление можно разделить с точки зрения тех операций и компонентов мышления, о которых та или иная методика дает наиболее ценную в диагностическом плане информацию.

#### *Методики, изучающие способность к основным логическим операциям*

- Раскрытие значений понятий (методики: определение понятий, словарный субтест теста Векслера).
- Установление связей между понятиями, способность к абстрагированию (методики: сравнение понятий, исключение лишнего (вербальный и невербальный варианты), классификация предметов).
- Способность к построению умозаключений (силлогизмы, простые и сложные аналогии, проблема Эверье).
- Способность к пониманию переносного смысла (объяснение смысла пословиц и метафор, соотнесение метафор и фраз, понимание рассказов с метафорическим смыслом; сравнение пословиц).
- Ассоциативный процесс (называние 60 слов, ассоциативный эксперимент, косвенно — методика «Пиктограммы»).

#### *Методики для исследования отдельных компонентов мышления*

- Операциональная сторона (сравнение понятий; исключение лишнего (вербальный и невербальный варианты); выделение существенных признаков; простые и сложные аналогии, сходство понятий; соотнесение пословиц, метафор и фраз).
- Динамика мыслительной деятельности (ассоциативный эксперимент, называние 60 слов).

- Мотивационно-личностная сторона мышления (раскрытие значения понятий; толкование пословиц, ассоциативный эксперимент, установление последовательности событий).

### *Исследование актуального эмоционального состояния*

В клинической практике, в том числе в наркологической, для исследования актуального эмоционального состояния достаточно часто применяются опросники. Чаще всего исследуется уровень выраженности тревоги и депрессии. Специфика всех ниже рассматриваемых опросников состоит в том, что они изучают эмоциональное состояние обследуемого за последнее время (в основном, за последнюю неделю). Благодаря подобному построению вопросов рассматриваемые методики можно использовать для оценки изменений эмоционального состояния, косвенной оценки эффективности применяемого лечения.

*Опросник ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.* Один из наиболее широко применяемых в отечественной психодиагностике опросников. Данный тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован на русский язык Ю.Л. Ханиным.

Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Естественно, это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги испытуемого, но и определить, находится ли он под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него.

Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Высокая личностная тревожность часто рассматривается как одно из проявлений внутреннего дискомфорта, переживание которого часто связывается с причинами злоупотребления ПАВ.

Опросник включает 20 кратких утверждений, ответить на которые предлагается по 4-балльной шкале. Обработка производится в соответствии с ключом, отдельно вычисляется показатель ситуативной и личностной тревожности. Имеются ориентировочные оценки тревожности, которые можно использовать в качестве нормативов для оценки результата конкретного испытуемого как низко-, средне- и высокотрещового.

Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого. Шкала Спилбергера в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

*Интегративный тест тревожности.* Данная методика была разработана в Лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Бизюк А.П., Иовлев Б.В., 1997).

Интегративный тест тревожности представляет собой экспресс-инструмент для выявления уровня выраженности тревоги как ситуативной переменной и тревожности как личностно-типологической характеристики.

Опросник состоит из двух форм (личностная и ситуативная тревожность), каждая из которых содержит по 15 утверждений. Испытуемому предлагается оценить степень выраженности того или иного состояния по 4-балльной шкале. Обработка результатов производится в соответствии с ключом, полученный результат переводится в станайны.

Данная методика обладает рядом преимуществ перед опросником Спилбергера, которые позволяют с большей эффективностью применять его именно в клинической психодиагностике. Во-первых, при валидации методики были выделены нормативные показатели в зависимости от пола и возраста обследуемого, что позволяет более дифференцировано оценить уровень тревоги и тревожности как у взрослых испытуемых, так и у лиц юношеского возраста.

Во-вторых, методика позволяет изучить структуру преобладающей тревожности (личностной или ситуативной) с помощью пяти дополнительных шкал.

1. Субшкала «Эмоциональный Дискомфорт» (ЭД) отражает наличие эмоциональных расстройств, сниженный эмоциональный фон или неудовлетворенность жизненной ситуацией, эмоциональную напряженность, элементы ажитации.
2. Субшкала «Астенический Компонент Тревожности» (АСТ) отражает наличие усталости, расстройств сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости.
3. Субшкала «Фобический Компонент Тревожности» (ФОБ) отражает ощущение непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности. Испытуемые с пиком по данной шкале не всегда могут сформулировать источник своих тревог и в беседе апеллируют главным образом к феноменологии «хронических» страхов, периодически возрастающих в зависимости от внутреннего состояния или обострения внешней ситуации.
4. Субшкала «Тревожная Оценка Перспективы» (ОП) тесно связана с предыдущей, но здесь отчетливо прослеживается проекция страхов не на текущее положение дел, а в перспективу, общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.
5. Субшкала «Социальные Реакции Защиты» (СЗ) связана с проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную сферу как основной источник тревожных напряжений и неуверенности в себе.

Таким образом, интегративный тест тревожности может эффективно использоваться при оценке эффективности психофармакотерапии и психотерапии, ибо специфика теста позволяет его многократное применение в небольшой батарее из других, близко направленных методик (например, в сочетании с рассмотренным выше опросником Спилбергера-Ханина).

*Шкала депрессии А. Бэка (Beck Depression Inventory).* Шкала разработана американским психиатром А.Т. Беком в 1961 году для измерения выраженности депрессивного синдрома и отдельных его компонентов. В основу опросника автором были взяты реальные жалобы, предъявляемые пациентами, страдающими депрессией.

Высокая чувствительность шкалы к изменениям тяжести депрессии позволила ей найти широкое применение среди клиницистов в оценке динамики депрессивного

состояния и эффекта от проводимого лечения. Кроме шкалы, верифицирующей депрессивные проявления, опросник включает две субшкалы: когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии. Таким образом, опираясь на результаты опросника, можно приблизительно оценить структуру депрессивного состояния, преобладание тех или иных компонентов депрессии.

Опросник включает 21 вопрос, на которые необходимо дать один из четырех предложенных вариантов ответа. Время, затрачиваемое на ответы, зависит от состояния испытуемого, и длится от 20 минут до одного часа. Исследование шкалой Бека, даже после коротких временных интервалов, можно проводить повторно.

Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих. Разработанная авторами методики система оценки результата конкретного испытуемого позволяет выдвинуть гипотезы о происхождении депрессивного состояния — ситуативная депрессивная реакция, депрессивное состояние психогенного или эндогенного генеза. Таким образом, данная методика может применяться в случае наличия коморбидных депрессивных и наркологических заболеваний.

Шкала Бека считается одним из самых надежных и точных инструментов в диагностике депрессии. Однако, поскольку опросник является одним из вариантов самоотчета испытуемого и не имеет шкал достоверности, его результаты могут завышаться при наличии у обследуемого рентных установок на аггравацию или симуляцию.

*Шкала депрессии Зунга (The Zung self-rating depression scale).* Шкала Зунга опубликована 1961 году в Великобритании. Как и в шкале Бека, в основу опросника были взяты жалобы пациентов, страдающих депрессивным расстройством. На русский язык методика была адаптирована в Институте им. В.М. Бехетрева Т.И. Балашовой.

Опросник состоит из 20 утверждений с четырьмя вариантами ответов, результаты исследования формируются в три шкалы: депрессивный аффект, соматические симптомы, депрессивные переживания.

Обработка производится в соответствии с ключом, полученный результат сравнивается с нормативными показателями и позволяет оценить тяжесть депрессивного состояния обследуемого.

Основное отличие от шкалы Бека состоит в том, что большая часть вопросов в методике Зунга направлена на различные соматические проявления депрессивного состояния: нарушения сна, снижение активности, сомато-вегетативные реакции, нарушения работы сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Методика в меньшей степени подвержена изменению результата под влиянием рентных установок испытуемого. Благодаря этому методике можно эффективно использовать для дифференциальной диагностики депрессивных расстройств и субдепрессивных состояний.

*Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90 (R)).* Данный симптоматический опросник относится к многомерным методам, позволяющим одновременно оценить широкий спектр различных невротических и психопатологических симптомов. Сама методика была создана в США 1950-х годах, а на русский язык адаптирована Н.В. Тарабриной в рамках исследования лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии института психологии РАН (Тарабрина Н.В., 2001). В настоящее время SCL-90 активно используется в наркологической, психиатрической и соматической клинике, а также при проведении психотерапии для оценки глубины психических нарушений, изучения психического состояния и терапевтической динамики, в том числе и для обследования больных алкоголизмом и другими формами зависимости.



Опросник содержит 90 пунктов с описанием конкретных нервно-психических или соматических симптомов. Испытуемому предлагается оценить выраженность каждого симптома по 5-балльной шкале (от «совсем нет» до «очень сильно»), в зависимости от того, насколько сильно та или иная жалоба беспокоила его в течение последней недели. Обработка результатов производится в соответствии с ключом, начисляется балл по каждой из 9 основных шкал.

Опросник содержит 9 основных шкал:

1. соматизация (Som);
2. обсессивно-компульсивная симптоматика (O-C);
3. межличностная сенситивность (Int);
4. депрессия (Dep);
5. тревожность (Anx);
6. враждебность (Hos);
7. фобическая тревожность (Phob);
8. паранойяльные тенденции (Par);
9. психотизм (Psy).

При интерпретации результатов также учитываются показатели трех обобщенных шкал второго порядка, так называемых «индексов»:

- *Индекс степени выраженности симптоматики (GSI)*. Отражает текущую глубину расстройства, несет информацию о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса;
- *Индекс общего числа положительных ответов (PST)*. Отражает общее число пунктов, на которые испытуемый дал положительные ответы, интерпретируется вместе с другим индексами;
- *Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI)*. Отражает тип реагирования, связанный с преуменьшением или преувеличением степени дистресса при ответах на вопросы.

В методике имеются нормы, разработанные на нескольких группах: здоровые люди, больные неврозом до и после лечения, что позволяет количественно оценить выраженность тех или иных симптомов у конкретного обследуемого.

### *Исследование личностно-типологических характеристик*

*Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI)*. MMPI является одним из наиболее распространенных во всем мире личностных опросников. Как известно, данная методика была разработана в США в конце 30-х годах XX века в Университете Миннесоты Старком Хатуэйем и Джоном МакКинли. В СССР адаптация методики на русский язык началась в 1960 году. В настоящее время в России наиболее часто используются два варианта данной методики: модификация MMPI Ф.Б. Березина (Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. Б., 1976) и модификация СМИЛ, выполненная Л.Н. Собчик (Собчик Л.Н., 2003). Также существует вариант интерпретации MMPI, разработанный в Институте им. В.М. Бехтерева, авторами которого являются Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова, К.Р. Червинская.

Принципиальное отличие данных модификаций опросника MMPI заключается в том, что СМИЛ не является клинической методикой, т.е. при апробации методики не проводилось исследований на каких-либо клинических группах. Соответственно, основные положения интерпретации СМИЛ не могут быть распространены на людей, страдающих теми или иными психическими заболеваниями, в том числе и различны-

ми аддиктивными патологиями. Поэтому в клинической практике при интерпретации ММРІ рекомендуется пользоваться данными Ф.Б. Березина и разработками Института им. В.М. Бехтерева. Однако при интерпретации результатов необходимо учитывать, что Ф.Б. Березин анализирует только различные варианты отклонения от нормы, т.е. патологическую выраженность тех или иных личностных черт. В случае нормативного профиля (когда все шкалы имеют показатель ниже 70 Т-баллов) интерпретация Ф.Б. Березина не применима, именно в этом случае уместнее обратиться к руководству СМИЛ. В интерпретации шкал ММРІ, предлагаемой Институтом им. В.М. Бехтерева, большое внимание уделяется причинам формирования тех или иных качеств, что позволяет выдвинуть гипотезу о патогенезе тех или иных отклонений в характере.

Так называемый опросник «Минимум» — модификация ММРІ, состоящая из 71 вопроса, не проходит обязательной для всех психологических методик процедуры стандартизации и валидизации, поэтому, несмотря на краткость и удобство применения, его использование в любой клинической психодиагностике, в том числе и в наркологии, не рекомендуется.

Вопросы методики ММРІ отражают картину самочувствия обследуемого, его привычки, особенности поведения, отношение к различным жизненным явлениям и ценностям, нравственную сторону этого отношения, специфику межличностных отношений, направленность интересов, уровень активности и настроения и т.п.

Применение ММРІ может быть особенно информативно, если планируется психотерапевтическая работа с пациентом, так как результаты методики позволяют выявить основные способы устранения высокого внутреннего напряжения, которое и является одной из причин злоупотребления ПАВ. Кроме того, результаты методики позволяют выявить ведущие способы психологической защиты, наличие ригидных паттернов поведения и т.д., это помогает определить психотерапевтические мишени.

При интерпретации ММРІ, как и при работе с любым другим личностным опросником, необходимо помнить о том, что его результат можно считать достоверным только при сопоставлении с данными клинико-психологического метода. Говорить о наличии тех или иных личностных черт, полученных по результатам ММРІ, можно только в том случае, если выявленные черты подтверждаются данными анамнеза (проявлялись в течение жизни испытуемого), беседы и наблюдения за поведением пациента в процессе обследования.

Ограничения применения методики ММРІ в наркологической клинике в основном определяются громоздкостью самого опросника. Поэтому использование данного опросника не рекомендуется при наличии выраженного интеллектуального снижения, например, вследствие серьезных повреждений головного мозга из-за употребления ПАВ, при высокой астенизации и психической истощаемости пациента. И, конечно, применение данной методики, как и любого другого личностного опросника, невозможно до исчезновения клинических проявлений синдрома отмены после окончания употребления ПАВ.

*Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).* Данная методика была разработана в лаборатории клинической психологии Института им. В.М. Бехтерева и предназначена для психологической диагностики типов реагирования на болезнь у больных с различными соматическими, неврологическими заболеваниями, при пограничных нервно-психических расстройствах, также может применяться при различных болезнях зависимости (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 2005). В наркологической практике вопрос исследования отношения больного к собственному заболеванию обладает особой значимостью, поскольку имен-

но среди этой категории больных наиболее часто встречаются различные неадаптивные типы отношения к имеющемуся заболеванию, в частности, отдельной терапевтической задачей является преодоление анозогнозии как ведущего типа отношения к болезни.

Следует отметить определенные ограничения психологической трактовки данных методики ТОБОЛ, полученных в исследовании наркологических пациентов. В ряде случаев развития аддиктивного процесса отношение к ПАВ представляет собой особый психопатологический феномен, который нельзя рассматривать только как проявления психологической защиты.

Теоретико-методологической основой методики ТОБОЛ является концепция отношений В.Н. Мясищева. Тип отношения к болезни диагностируется на основании информации о том, как больной относится к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Данные подсистемы обуславливают структурирование содержания методики по 12 темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений («самочувствие», «настроение» и т. д.). Каждая, в свою очередь, содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений. При работе с методикой больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждения по каждой теме. В таблицах содержится также по одному дополнительному предложению: «Ни одно из утверждений мне не подходит».

Подобная форма опросника лучше раскрывает систему отношений, чем работа с опросником, в котором используются ответы «да» или «нет», так как позволяет выявить наиболее значимые характеристики отношения к болезни.

Обработка методики производится в соответствии с ключом, выявляется преобладающий тип отношения к болезни. Типы отношения к болезни предложены на основе классификации А.Е. Личко и Н.Я. Иванова:

1. сенситивный;
2. тревожный;
3. ипохондрический;
4. меланхолический;
5. апатический;
6. неврастенический;
7. эгоцентрический;
8. паранойяльный;
9. анозогнозический;
10. дисфорический;
11. эргопатический;
12. гармоничный.

Типы отношения к болезни объединены в три блока по двум критериям:

- адаптивность — дезадаптивность, отражающий, как отношение к болезни влияет на адаптацию личности больного;
- интер-, интрапсихическая направленность дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Исходя из рассматриваемых критериев, все типы отношения к болезни можно разделить на три основных блока:

1. Условно-адаптивные типы отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический), минимально нарушающие психическую и социальную адаптацию в связи с заболеванием.
2. Деадаптивные типы реагирования на болезнь с интрапсихической направленностью (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический), приводящие к выраженным нарушениям социальной и психической адаптации вследствие актуализации внутриличностных конфликтов.
3. Деадаптивные типы реагирования на болезнь с интерпсихической направленностью (сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический), при которых нарушения социальной адаптации возможно за счет конфликтов и напряженности в межличностных взаимодействиях.

*Торонтская алекситимическая шкала (TAS).* Изучение алекситимии как недостаточной способности понимания эмоционального состояния имеет большое значение при анализе психологических механизмов в патогенезе различных психопатологий, в том числе и аддикции. Из большого числа имеющихся в настоящее время методов диагностики алекситимии на русский язык адаптирована только Торонтская шкала алекситимии (Ересько Д.Б., 2005).

Опросник состоит из 26 пунктов. Испытуемый должен охарактеризовать собственные особенности по каждому пункту, применяя пять вариантов ответа (от «совершенно согласен» к «совершенно не согласен»).

Обработка производится в соответствии с ключом, итоговый показатель представляет собой сумму баллов по всем пунктам опросника. Итоговая оценка сопоставляется с пороговыми значениями, для выявления алекситимии авторами оригинального варианта методики рекомендованы 74 балла и выше. Такие показатели свидетельствуют о выраженности алекситимического радикала, недостаточной способности испытуемого к саморефлексии и самоанализу, трудности познания собственного внутреннего мира, дифференцирования различных эмоций и чувств.

*Опросник Леонгарда-Шмишека.* Данный опросник позволяет провести экспресс-диагностику выраженности тех или иных черт характера. Опросник Шмишека не очень часто применяется в клинике из-за отсутствия клинических шкал достоверности, его результаты легко поддаются искажению под влиянием тех или иных рентных установок. Однако все же его применение может быть целесообразным при невозможности применения более объемных личностных опросников (например, ММРП), а степень достоверности результатов может быть проверена с помощью клинико-психологического метода.

Теоретической основой методики является классификация акцентуаций характера, предложенная К. Леонгардом. Он выделил 10 типов акцентуированных личностей, которые достаточно произвольно разделены на две группы: акцентуации характера (демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый) и акцентуации темперамента (гипертимический, дистимический, тревожно-боязливый, циклотимический, аффективно-экзальтированный, эмотивный).

Опросник состоит из 88 утверждений, испытуемому требуется отметить, насколько верно каждое утверждение описывает его характер. Обработка производится в соответствии с ключом, по каждой из 10 шкал начисляются сырые баллы.

Количество совпадающих с ключом ответов умножается на значение коэффициента соответствующего типа акцентуации (2,3 или 6). Максимальная сумма баллов, получаемых в результате тестирования — 24. По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов. Однако в современной

клинической психодиагностике принято считать, что сумма баллов в диапазоне от 15 до 18 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 18 баллов черта характера является акцентуированной.

*Методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК).* В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера.

Методика направлена на изучение такого параметра как экстернальность-интернальность — как обобщенной характеристики личности, оказывающей регулирующее влияние на многие аспекты поведения человека. Это позволяет оценить, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом своей деятельности (интернальный тип контроля), а в какой — пассивным объектом внешних обстоятельств (экстернальный тип контроля). Определение зон личной ответственности имеет огромное значение в психокоррекционной работе с наркологическими пациентами.

Опросник включает в себя 44 пункта, содержание которых касается экстернальности-интернальности в межличностных, семейных, производственных отношениях и в отношении к болезни и здоровью. Испытуемый должен ответить на все пункты опросника, используя шестибальную шкалу.

Обработка результатов производится в соответствии с ключом, начисляются баллы по каждой из 7 шкал опросника.

1. Шкала общей интернальности (Ио).
2. Шкала интернальности в области достижений (Ид).
3. Шкала интернальности в области неудач (Ин).
4. Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис).
5. Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип).
6. Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им).
7. Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).

Для каждой из 7 шкал опросника вычисляется «сырая оценка», которая преобразуется в стандартизированную, выраженную в 10-балльной системе оценок-стендов. Результаты исследования представляются в виде «профиля уровня субъективного контроля», позволяющего наглядно представить соотношение оценок различных шкал интернальности у конкретного обследуемого.

*Тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева.* Тест смысложизненных ориентаций является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора Франкла. На русский язык апробация методики проводилась К. Муздыбаевым и в дальнейшем модифицирована Д.А. Леонтьевым (Леонтьев Д.А., 2006). Понимание принципов построения жизненной перспективы имеет важное значение в психотерапевтической работе с наркологическими пациентами.

Методика содержит 20 пар противоположных утверждений, испытуемому требуется выбрать одно из двух утверждений, которое, по его мнению, больше соответствует действительности, и отметить одну из цифр 1, 2, 3 в зависимости от того, насколько он уверен в выборе (или 0, если оба утверждения одинаково верны). Обработка результатов сводится к суммированию числовых значений для всех 20 шкал и переводу суммарного балла в стандартные значения (процентили). В итоге начисляются баллы по пяти шкалам:

1. Цели в жизни. Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

2. Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни. Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить. Этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом.
3. Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией. Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.
4. Локус контроля-Я (Я — хозяин жизни). Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле.
5. Локус контроля-жизнь, или управляемость жизни. При высоких баллах — убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы — фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

*Шкала поиска ощущений (Sensation Seeking Scale) М. Цукермана.* Методика позволяет оценить стремление человека к поиску новых впечатлений, ощущений, переживаний. Потребность в постоянном внешнем источнике ярких и насыщенных переживаний может быть непосредственно связана с пониженным уровнем тревоги как адаптивной психологической функции. Субъективно дефицит тревоги может ощущаться как скука, внутренняя пустота, отсутствие «остроты жизни». Такие черты эмоционального реагирования нередко встречаются при формировании аддикции, а исследование выраженности потребности в острых ощущениях может быть значимо для определения причин употребления ПАВ.

Опросник состоит из 14 утверждений, объединенных в пары. Из каждой пары испытуемый должен выбрать одно, более точно его описывающее. Обработка производится в соответствии с ключом, вычисляется общий итоговый балл, который и свидетельствует о наличии у испытуемого высокой потребности в новых ощущениях.

### 3.4. ПСИХОДИАГНОСТИКА В ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЯМИ

В последнее время актуальным становится вопрос эффективности психотерапевтического лечения больных с зависимостями, особенно если это нехимические зависимости. В свете этого спектр задач психодиагностического исследования может быть дополнен, так, процесс психотерапевтического взаимодействия также может подвергаться исследованию с целью увеличения эффективности изменений.

Психодиагностическое исследование в процессе психотерапии имеет некоторые специфические особенности: основной задачей становится не столько оценка и измерение клинических и психологических переменных с целью дифференциальной диагностики, определения прогноза заболевания, исследования клинической динамики пациента, а исследование клинико-психологических механизмов симптомообразования. В данном случае важно отметить, что аддиктивные симптомы и влечение понимаются как система закономерных механизмов, адаптирующих человека к внешней среде. В этом смысле для врача-психотерапевта может быть важна информация о том, как работает система, обеспечивающая пусть и патологическую, но адаптацию аддиктивной личности. В подобной рода диагностике наибольшее значение имеет гуманистический подход во взаимодействии с пациентом — например, понимание причин влечения как неосознаваемых пациентом личностных и мотивационно-потребностных структур, невротических противоречий и т.д. Психологическая диагностика в процессе психотерапии требует по-настоящему полного принятия и эмпатии со стороны психолога, отказа от стереотипного видения пациента. Из более конкретных аспектов психологического исследования в процессе психотерапии можно отметить необходимость смены фокуса внимания при беседе, наблюдении и сборе анамнеза, эмоциональной поддержке, интерпретации данных экспериментально-психологического обследования и т.д. Фокус внимания смещается с выявления нарушений психического реагирования на описание механизмов реагирования личности (в том числе макросоциальных, например, механизмы семейных отношений, поддерживающие влечение), что приводит к затрагиванию более глубинных структур личности и требует изменения комплекса используемых методов и методик.

Наиболее приоритетными задачами диагностики становится исследование и описание мишеней психотерапии. Выше выделялись основные мишени психотерапевтического воздействия, которые были отнесены к группе индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента. Основными мишенями данной группы являются: недостаточность и дефицитарность защитных и копинг-механизмов; недостаточность исходных, базовых волевых качеств индивида, его побудительная неустойчивость с ориентацией на легко достижимые цели, которые создают стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля; проблемы самооценки; низкая способность к рефлексии и заботе о себе; индивидуально значимые, психотравмирующие переживания в условиях актуальной жизни; плохо сформированное невербальное поведение в выражении собственных эмоциональных состояний, снижение коммуникативной компетентности.

Психологическая диагностика в процессе психотерапии, ставящая целью изучение этих особенностей аддиктивной личности и описания механизмов их формирования, может дать результаты, которые могут использоваться для психокоррекционного воз-

действия (например, повышение уровня рефлексии, коррекция копинг-механизмов, изменение параметров ВКБ).

Например, одной из новых задач психологической диагностики в процессе психотерапии является анализ согласованности представлений в диаде «врач-пациент», что наиболее актуально в психотерапевтическом взаимодействии. В данном случае клинко-психологическое обследование процесса психотерапии проводится по специальной программе. Программа предполагает исследование диады «психотерапевт-пациент» на различных этапах психотерапевтического процесса и предполагает парные исследования врача и пациента набором психодиагностических методик. Пациенту, в частности, предлагается заполнить батарею методов, состоящую из варианта Гиссенского опросника «Я» (который пациент заполняет на себя), опросника «Стратегии совладающего поведения» и специально разработанной анкеты, включающая перечень чувств, который пациент испытывал на текущей психотерапевтической сессии. Психотерапевту предлагается заполнить вариант Гиссенского опросника «ОН» или «ОНА» (в соответствии с полом пациента, который заполняется на пациента, так, как понимает врач-психотерапевт состояние пациента), список копинг-механизмов из опросника «Стратегии совладающего поведения» и вышеуказанную анкету чувств, идентичную анкете чувств пациента. Полученные в результате таких исследований данные в сопоставлении с эмоционально-личностными особенностями пациента позволяют медицинскому психологу принимать участие в анализе адекватности выбора метода и форм проведения психотерапии и формировании индивидуальной психотерапевтической программы.

#### *Задачи по разработке психодиагностических вопросов психотерапии зависимостей*

Разработка методологии психологического исследования в процессе психотерапии находится на начальном этапе и поэтому требует дальнейших более глубоких исследований. Например, вопрос об объективизации мотивации пациента к лечению (что не тождественно внутреннему изменению), — задача исследования мотивации — неоднозначна и неочевидна. Этот вопрос требует пересмотра технологии и ее доработки, например, для ответа на такой вопрос: можно ли сделать психодиагностическое заключение психокоррекционным?

Также одной из очевидных задач является исследование системы семейных отношений (или системы значимых отношений) пациента, что дало бы возможность влиять на всю микро- и макросоциальную среду в процессе лечения. Мало разработаны такие частные вопросы как технологии психодиагностики созависимых, диагностика и анализ механизмов симптомообразования, психодиагностика диадных психотерапевтических отношений.



## ГЛАВА 4. МЕТОДЫ И ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

- 4.1. Особенности применения методов основных направлений психотерапии в лечении болезней зависимости
- 4.2. Специальные психотерапевтические методы, методики и техники, применяющиеся в наркологической практике
- 4.3. Основные формы психотерапии, используемые в наркологической практике

## 4.1. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

Несмотря на множество публикаций по психотерапии зависимостей, С.С. Либих еще в 1969 году обратил внимание на то, что усовершенствуется, развивается главным образом техническая сторона методик, в то время как содержание психотерапевтического воздействия, его клиничко-психологическое соответствие состоянию больного и особенностям личности изучены недостаточно.

Ряд исследователей не без основания констатируют тот факт, что психотерапевтические приемы наркологов чаще всего в существе своем поверхностны и носят характер «душеспасительных бесед и уговоров», тогда как в основу лечения должны быть положены психотерапевтические методики, имеющие теоретические и клинические обоснования.

К сожалению, анализ литературных данных показывает, что в настоящее время психотерапевтические методы лечения зависимостей носят парциальный характер, не учитывающий сложность, целостность и глубину проблемы, ее комплексность. Самое главное, что почти не разрабатывается конкретное содержание психотерапевтической работы с учетом особенностей клинического состояния и динамики личностных особенностей.

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

Большинство современных исследователей в области психологической реадaptации наркологических больных говорят о преимуществах сочетанного либо последовательного проведения психотерапевтических программ, включающих методы трех основных направлений психотерапии: психодинамического, когнитивно-поведенческого и гуманистического, дополняющихся социотерапевтическими и так называемыми «духовно-ориентированными» подходами (Jacobson J.G., 1993), что обосновывается теоретическими взглядами на психотерапию зависимостей. Проанализируем их.

### ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ) ПОДХОД

Динамический подход ориентирован на вскрытие бессознательных личностных структур и расширение диапазона доступных для осознания и анализа интрапсихических конфликтов, ответственных за формирование аддикции. В процессе терапии внимание больного смещается от «периферийных» проблем, концентрирующихся в циклах зависимости, и фокусируется на глубинных переживаниях. Терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития индивида. При этом зна-

чение психодинамического подхода значительно шире его сугубо утилитарного назначения. Без применения ряда психодинамических принципов и понятий невозможно полноценное исследование и корректное описание психотерапевтического процесса в целом.

Существует широко распространенное мнение, что психодинамическая психотерапия малопримемлема для лиц, злоупотребляющих наркотиками; это показало испытание эффективности интерперсональной психодинамической психотерапии в сочетании с поддерживающей метадоновой терапией у 72 индивидов с опиатной зависимостью (Rounsaville et al, 1983). Сравнивалась еженедельная индивидуальная интерперсональная психотерапия с ежемесячной контрольной терапией с редкими контактами. Оба вида терапии длились шесть месяцев. Только 5% клиентов, соответствовавших критериям отбора для исследования, согласились пройти психотерапию и только 38% из них закончили программу интерперсональной терапии. Не было выявлено существенной разницы в результатах между двумя группами, хотя в обеих отмечено значительное улучшение. Woody и соавторы (1995) сообщили результаты сходного рандомизированного испытания поддерживающей эмоциональной психотерапии, в которой общая величина эффекта оказалась незначительной (0,26). Другим исследователям не удалось обнаружить преимущества психодинамической психотерапии при злоупотреблении психоактивными веществами (Crits-Cristoph et al, 1999).

Безусловно, динамические подходы не могут быть предписаны или необходимы для всех пациентов, но они могут быть полезны для большинства из них. Нередко психоаналитически ориентированные терапевты отказываются от всяких попыток работать с аддиктами из-за фрустрации, возникающей в процессе терапии, так как этот процесс характеризуется частыми рецидивами, и иногда интерпретация бессознательной мотивации сама по себе оказывает крайне слабое воздействие на поведение аддикта.

Однако, в ряде работ психоаналитически (психодинамически) ориентированных терапевтов есть весьма обнадеживающие наблюдения в пользу использования данного подхода. Например, С. Даулинг в труде «Психология и лечение зависимого поведения», утверждает, что «наркоманы и алкоголики поддаются психодинамической психотерапии и нуждаются в ней». По его мнению, эффективность психотерапевтического лечения аддиктов определялась тем, что в результате лечения они лучше поняли уязвимые стороны своей психики, а сама психодинамическая работа с аддиктами позволила оптимизировать психотерапевтические техники. Традиционная пассивность, раскрывающие техники, белый экран и строгая интерпретация (подходы, возникшие на основе психоанализа невротических пациентов) не годятся для понимания и трансформации уязвимости аддиктивного больного. Глубокая оценка и понимание проблемы развития людей с химической зависимостью показывают, что таким людям требуется гораздо большая эмоциональная поддержка, структурность, эмпатия и человеческий контакт, чем может предоставить классическое психоаналитическое лечение. Соответственно, терапевтам следует быть готовыми к потребности аддиктивных пациентов в процессе индивидуальной и групповой терапии более активно определять характер самооценки, межличностных отношений, аффективной сферы и дефицита заботы о себе. Необходимо также помнить о потребности таких пациентов в постоянном выявлении, прояснении и преодолении саморазрушающих защит, которые используются для маскировки или отрицания собственной уязвимости. Такой подход делает основной упор на психологическую жизнь, на качество и природу аддиктивных расстройств и сопровождающих их мучительных переживаний, в противоположность более категориальным,

диагностическим подходам или тем, которые делают основной акцент на динамике отдельной психопатологии. В предложенном подходе были определены четыре области уязвимости сферы саморегуляции: область аффектов, самооценка, сфера межличностных отношений и способность позаботиться о себе. Было показано, как дисфункция в этих областях провоцирует и поддерживает химическую зависимость. Для перечисленных выше подходов характерен акцент на активности, поддержке и эмпатии, а также убежденность в том, что активно-поддерживающие методы можно совмещать с экспрессивными подходами при анализе защит и областей психической уязвимости, которые пациент скрывает или маскирует.

В психотерапевтической практике лечения зависимостей в рамках психодинамического подхода наблюдается преобладание того или иного описания причинного механизма расстройства, опирающегося обычно на теоретические воззрения психотерапевта.

3. Фрейд и его последователи описывали структуру личности через три основные инстанции: Id (Оно) включает инстинкты, Super-Ego представляет собой систему интернализованной морали, а в Ego входят в основном рациональные познавательные процессы личности. Id руководствуется принципом удовольствия, Ego — принципом реальности. Ego «ведет войну» против Id, против Super-Ego и внешней реальности. Длительную зависимость ребенка от родителей определяет «Сверх Я», которое выполняет функции самонаблюдения, совести и идеала. В области психоанализа изучение Я началось с раскрытия и описания защитных механизмов (Freud A., 1936), например, интеллектуализация в качестве защитного механизма в подростковом возрасте выступает против собственных инстинктивных влечений личности. Личность, развиваясь, закономерно проходит оральную, анальную, фаллическую, латентную, генитальную стадии. В основе формирования зависимости лежат дефекты (внутриличностные конфликты) в психосексуальном созревании, приобретенные в частности на оральной и/или анальной стадии развития. Человек под действием наркотического вещества регрессирует на более ранние стадии развития, избегая таким образом решения существующих конфликтов.

Ранняя теория Фрейда, связанная с либидинальными зонами и фазами — оральной, анальной и генитальной, — делает акцент на оральной стадии психосексуального развития у аддиктов. Однако в современной психодинамической терапии представлены три основных направления: эго-психология, теория объектных отношений и «Я»-психология.

Современные психоаналитики различают адаптацию как процесс и адаптированность как результат этого процесса. Используя введенные З. Фрейдом понятия «аллопластических» и «аутопластических» изменений, они различают аллопластическую адаптацию (человек изменяет внешний мир в соответствии со своими потребностями) и аутопластическую адаптацию (обеспечивается изменением личности). К этим двум собственно психическим разновидностям адаптации Г. Гартманн добавляет еще один: поиск индивидом такой среды, которая благоприятна для функционирования организма. Хорошо адаптированный человек способен наслаждаться жизнью, у него не нарушены продуктивность и психическое равновесие. Адаптивный процесс регулируется со стороны Я. В этой связи наркотик может рассматриваться как средство, повышающее уровень адаптированности.

В *индивидуальной психологии* (А. Адлер) основное внимание уделяется рассмотрению врожденного комплекса неполноценности и его компенсации. В качестве основной цели для всех людей, которая выстраивает жизненный план, Адлер понимал

достижение превосходства. Все манеры поведения формируются в детстве и несут на себе печать окружения. Человек воспринимает ситуации не такими, какие они есть в действительности, а через призму своих предубеждений, личных интересов, т.е. через схему апперцепции, которая появляется в детстве и обслуживает достижение основной цели жизни, выбранной индивидом. Прототип личности формируется в возрасте 4-5 лет. Преодолеть успешно чувство неполноценности возможно при развитии чувства общности. Индивиды с недостаточно развитым чувством общности составляют группу проблемных детей, преступников, душевнобольных, алкоголиков, наркоманов. Эта группа рассматривается как обладающая «частной логикой», люди не могут справиться со своими проблемами и получать удовольствие от социального общения, потому что в детстве у них сформировался план, в основе которого лежит защитная функция. Этот план согласован и препятствует личностным изменениям, так как представляет единую форму адаптации, которую человек сумел для себя создать.

*Гуманистический психоанализ.* В современной жизни существует базовое противоречие (Эрик Фромм), которое зажимает личность с двух сторон: с одной стороны — почетно любить других, приветствуется альтруизм; с другой стороны, любить себя — это грех, хотя является самым сильным и законным стремлением человека. Если человек способен на продуктивную любовь к себе и другим, то он способен утвердить собственную жизнь, счастье, развиваться и достичь свободы. Центральным понятием в теории Э. Фромма является «отчужденность»: по его мнению, она порождает тревогу, стыд и чувство вины. Быть отчужденным значит быть беспомощным, не владеть собственной жизнью и не влиять на ход событий. Самая глубинная человеческая потребность, по мнению Э. Фромма, это потребность преодолеть свою отчужденность, освободиться из плена одиночества. Один из путей достижения этой цели — всевозможные оргиастические состояния, которые могут принимать форму аутогенного экстаза, иногда с помощью наркотических средств. В современных культурах, которым не свойственны оргии, это приобретает форму алкоголизации и наркотизации. Внешний мир исчезает, а вместе с ним исчезает состояние отчужденности. Однако, если в первом случае решение социально запрограммировано, современные индивиды страдают от чувства вины и угрызений совести. Стараясь избежать отчуждения в забытии опьянения, индивид ощущает одиночество еще сильнее, когда оргиастическое переживание проходит, и он вынужден вновь прибегать к этим средствам все чаще и интенсивнее. Общим для всех форм оргиастического соединения является следующее: 1) оно отличается силой и даже страстностью; 2) оно охватывает всего человека — его душу и тело; 3) оно переходящее и периодически повторяется.

*Теория психосоциального развития.* Эрик Эриксон предположил существование определенных психологических стадий развития «Я», в ходе которых индивид устанавливает основные ориентиры по отношению к себе и своей социальной среде. Личностное развитие в его понимании протекает всю жизнь. Отрицательный или положительный полюс кризиса может быть изменен ходом дальнейшей жизни. Недостатки всех предшествующих стадий развития манифестируются в подростковом возрасте во время кризиса идентификации личности или путаницы ролей (12-18 лет). Развивается новый подход к жизни, подросток может создавать себе мыслительные идеалы: идеальные образы семьи, общества, религий и др. Основная задача — это интегрировать все то, что знает о себе подросток (свои роли) и спроецировать получившийся образ в будущее. Подростки пытаются создавать свою субкультуру, они озабочены тем, что их мнение не совпадает с мнением других людей, в поисках нового чувства преемственности и самоидентичности, которое должно теперь включать половую зрелость, некоторые под-

ростки вновь пытаются решить конфликты прошлых лет, прежде чем создать для себя окончательные идеалы. От самой первой стадии (потребность в доверии себе и другим) подросток ищет людей, которым можно было бы верить, и люди должны доказать, что им можно верить. С другой стороны, он боится быть обманутым и может выражать эту потребность в циничном недоверии. От второй стадии подросток получает чувство «свободно желать». В ситуации выбора подросток будет вести себя вызывающе по отношению к взрослому, чтобы не быть «опозоренным» принуждением в собственных глазах и глазах сверстников. Возраст игры (третья стадия) дает в наследие безграничное воображение того, кем некто мог бы стать. Подросток готов доверять тем сверстникам или тем направляющим (или же вводящим в заблуждение) старшим, которые зададут образцы, иллюзорные границы его устремлений. Если в младшем школьном возрасте формируется желание сделать дело «хорошо», то подросток стремится к выбору профессии, которая приносила бы удовлетворение, не обращая внимания на перспективу карьеры и заработную плату. Если молодой человек может идентифицировать себя с новыми ролями, предполагающими компетентность и творчество, если были положительно разрешены кризисы предшествующей идентичности, то этот период проходит более спокойно, чем у тех, кто не способен найти свое место в жизни. В основе этого лежат предшествующие сильные сомнения в своей этнической, сексуальной или ролевой идентичности, которые соединяются с застарелым чувством безнадежности. Отчуждением этой стадии является спутанность идентичности. Подростки последней группы часто пополняют группу деликвентных подростков.

Механизм формирования будущей зависимости специфичен для каждого базового возрастного кризиса.

1-й год жизни: Доверие — недоверие к миру. Потребность в безопасности и комфорте, присущая этой стадии, не удовлетворенная близкими значимыми людьми в столь раннем возрасте, связана с реализацией ее химическим путем в дальнейшей жизни.

3-й год жизни: Автономия — зависимость. Неудовлетворенная потребность в автономии способствует стойкой фиксации на втором полюсе (зависимость) и формирует самоотношение путем интроецирования уничижительного отношения значимых фигур и проявляется в самоманипулировании с целью угодить другому, подавляя свои потребности. Это является базовой личностной предпосылкой стратегий созависимости и зависимости. Именно здесь, на фазе автономия — зависимость формируется второй пласт и составная часть зависимых состояний — глубинное нарушение самооценки, проявляющееся в ее стойком снижении, крайней хрупкости и неустойчивости. Особо следует упомянуть типичный для состояний зависимости феномен расщепления самооценки на две составляющие: грандиозно-нарциссическую, становящуюся источником эгоцентрически-манипулятивного стиля поведения, и уничижительно-деструктивную, порождающую аутодеструктивные импульсы и невыносимые переживания стыда за сам факт собственного существования. Впрочем, аутоагрессия аддикта, как правило, также является способом манипулирования не только окружением, но и собой.

4-5-й год жизни: Инициатива — вина. Развитие интеллекта и инициативы в этот период связано с экспериментированием ребенка, происходящем через метод проб и ошибок. Терпение значимых взрослых, окружающих ребенка в этот период, и поощрение самостоятельности при разумных ограничениях приводит к благополучному разрешению кризиса.

7-10-й год жизни: Компетентность — неполноценность. Затруднения в адаптации и социализации могут формировать у аддикта хроническое чувство неполноценнос-

ти, ощущение зависимости собственного эмоционального состояния от значимого Другого и внешнего мира. Если родителями, в первую очередь, и другими значимыми людьми, окружающими ребенка, одобряются и признаются результаты труда и усилия, потраченные на них, ребенка поддерживают, тогда возникает ощущение значимости и нужности. Если наоборот, ребенка мало того что не поддерживают, а еще «навешивают» ярлыки (неудачник, нюня, копуша и т.п.), возникает постоянная потребность в систематическом получении позитивной оценки и одобрения своих действий. Это проявляется в хронически нереализованной потребности зависимого субъекта быть совершенным и лучшим, а также в избегании чувства своей несостоятельности, что легко впоследствии достигается при приеме психоактивных веществ и компенсаторном повышении самооценки в состоянии опьянения.

12-16-й год жизни: Осознание и принятие «эго-идентичности». Этот кризис является чрезвычайно значимым в развитии зависимостей и связан с опытом дальнейшей социализации и выходом за пределы привычных микросоциальных групп — семьи и школьного окружения. Подростку предстоит решить две сложнейшие и взаимоисключающие задачи — осознать и принять свою уникальность-идентичность (создать чувство Я с соответствующими границами) и получить подтверждение своего принятия средой сверстников, т.е. обрести еще одно МЫ, помимо уже имеющегося (в благоприятных случаях) семейного МЫ и МЫ формально-школьного уровня. Здесь, в семье разрешение проблемных ситуаций по принципу «обоюдного согласия сторон», доверие, проявление интереса к жизни подростка, поощрение самостоятельности и выстраивание взаимоотношений с подростком в роли «надежный друг и советник» со стороны родителей, способствуют выбору подростком своей роли, имиджа и стиля поведения. Или же межличностное напряжение, присущее подростку из дисфункциональной семьи, чрезвычайно усиливается при его интеграции в группу сверстников. Довольно частым ритуалом принятия в группу является тест на алкоголизацию. Последующие ритуалы приема алкоголя или наркотика в рамках проведения свободного времени зачастую впервые дают подростку опыт переживания психофизиологического комфорта, принятия и безопасности в целом спектре ситуаций напряженного межличностного общения. Однако ценой этой легкости может быть утрата идентичности своего Я, что ведет к состоянию спутанности ролей, распылению и аморфности Я и утрате его четких границ.

18-25-й год жизни: Близость — изоляция. У молодых взрослых этот кризис связан с альтернативами поиска близости, интимности и построением прочного контакта с любимым человеком для создания собственного МЫ, либо с развитием социальной и межличностной изоляции с замыканием на себе самом. Здесь очень часто созависимый субъект выбирает себе супруга по принципу дополнительности — способности эмоционально удовлетворять нереализованные потребности более ранних периодов, и неудивительно, что впоследствии в таких браках все четче проявляет себя дефицит любви, больно ранящий обоих супругов и побуждающий одного из них искать спасения от эмоциональной боли в привычных иллюзиях опьянения, игры или любовных отношений на стороне. Химические зависимости вызывают наиболее яркое изменение сознания. Пищевая зависимость (булимия, анорексия, вкусовая: от кофе, шоколада и т.д.) и субстациональная зависимость (от человека, времени, предметов, явлений) также вызывают определенное эмоциональное состояние, но не столь яркое. Однако, механизмы действительно срабатывают одинаково, разница — какую потребность с помощью зависимости человек удовлетворяет. Психосоциальные кризисы оставляют в личности человека следы в виде замороженных, незавершенных

эмоциональных реакций по отношению к миру и глубоко укоренившихся, часто бессознательных убеждений о себе и способах отношений с миром (системы неосознаваемых интроектов).

Еще один аспект, которому уделяют внимание психоаналитики, — это идентичность. Сложности в формировании собственной идентичности, ее нарушения могут стать дополнительным фактором риска формирования аддикции. Важно отметить, что среди психоаналитически ориентированных исследователей нет единого мнения относительно механизмов и причин формирования аддикции, хотя, в общем, они довольно сходны.

В целом, с точки зрения психоаналитической парадигмы зависимость — это латентный суицид, то есть это попытка покончить с собой, растянутая во времени. Психоактивное вещество используется как средство самоуничтожения. Сам же суицид — это попытка ухода от болезни, психоза или стремление преодолеть внутренние противоречия. Огромное внимание уделяется раннему развитию как основе выбора именно такого способа решения личностных проблем. При этом либо говорят о преобладании влечения к смерти в личности аддикта (неофрейдизм), либо о разрушенном, потерянном или несформированном объекте (школа объектных отношений). Однако в обоих случаях особый акцент делается на развитии индивида на первом году жизни и его фиксации на оральной стадии.

В последнее время вновь актуализировался интерес к рассмотрению психотерапевтических подходов динамического направления психотерапии с позиции т.н. «пограничного» и «нарциссического» расстройств личности. Поскольку указанные взгляды на личностную патологию не вполне «прижились» в психопатологическом мышлении и лексиконе отечественных психотерапевтов и наркологов, следует остановиться на их характеристиках.

Особого освещения требует понятие пограничного расстройства, место которого в современной теории и систематике расстройств личности определяется неоднозначно. Этот термин в психоаналитической диагностике (откуда он заимствуется клиницистами) скорее указывает на особую степень тяжести патологии личности, уровень ее зрелости, нежели на определенный тип патохарактерологических аномалий. Например, характер индивида может относиться к шизоидному, паранойяльному, нарциссическому или другому типу, но при этом у него констатируют пограничный уровень личностной организации. Данный уровень функционирования личности занимает промежуточное положение между «невротическим» и «психотическим», что, соответственно, определяет предрасположенность к тому или иному кругу продуктивной психопатологической симптоматики. Это означает, что пограничная личность — как в конституционально-генетическом аспекте, так и в контексте развития — предопределяет вероятность формирования более серьезных, чем невротические, но не столь грубых, как психозы, нарушений психической деятельности. Согласно психодинамической концепции, наибольшая часть спектра зависимостей от ПАВ относится к группе пограничных психических расстройств (Кернберг О., 1986).

Психодинамическая концепция исходит из положения о наличии такой непосредственной связи между личностью и болезнью и, в частности, — о соответствии их тяжести (глубины поражения психики). При этом тяжесть личностного расстройства устанавливается не столько с позиций психосоциального функционирования индивида, сколько по оценке картины интрапсихических процессов, включая бессознательные явления, в то время как последние принципиально не учитываются при клинико-психопатологической диагностике.



В психиатрические классификации болезней пограничное расстройство вошло в качестве одного из «равноправных» вариантов личностной патологии и представляет собой четко очерченную диагностическую единицу. Согласно критериям МКБ-10, пограничное расстройство личности является подтипом «аффективно-лабильного» типа и внутри данной рубрики ограничивается от импульсивного типа. Если пытаться сопоставить его с традиционно выделяемыми в отечественной наркологии типами характера, то складывается картина «поглощения» этим вновь введенным понятием большей части дистимического, синтонного и неустойчивого типов расстройств, в основе патологической структуры которых имеются аффективный радикал и мотивационная импульсивность. Однако, по данным большинства авторов, рассматривающих проблему пограничного расстройства личности, своеобразие этой диагностической категории определяется не только аффективной лабильностью, но и нарушениями идентичности, а также неустойчивостью модуса интерперсональных взаимодействий, которые, в свою очередь, восходят к явлениям дизонтогенеза. В этом смысле более дифференцированными в плане обозначения типологической самостоятельности объединяемых данным понятием психопатологических проявлений представляются критерии DSM-IV, в которых, не будучи четко обозначенными, все же фигурируют «зрелостные» характеристики личности. В итоге, пограничное личностное расстройство по DSM-IV соотносится, наряду с аффективными психопатиями, еще и с инфантильной личностью («парциальный дизгармонический инфантилизм» по МКБ-9). Подчеркивается, что основным специфическим признаком пограничного расстройства является неустойчивость самоопределения, индивидуализации и самооценки, нестабильность в представлениях о самом себе и в межличностных отношениях, сопровождающаяся лабильностью аффектов и поведенческой импульсивностью.

Определение пограничного личностного расстройства в качестве характеристики преморбиды, как правило, сопряжено с необходимостью проведения тонкой дифференциальной диагностики. Собственно патохарактерологическую и поведенческую стигматизацию этих лиц отличает выраженный полиморфизм, так что в разное время они могут импонировать как паранойяльные или зависимые, гистрионные или диссоциальные, истероформные или другие психопатические индивиды. Более того, при первом рассмотрении они нередко производят впечатление вполне «нормальных» и хорошо адаптированных к реальным условиям; к тому же некоторые из них действительно принадлежат к числу успешных в плане социального и профессионального роста людей. Зачастую соответствующее диагностическое заключение выносится ретроспективно, фактически, в связи с развитием той или иной продуктивной психопатологической симптоматики, предпочтительной для патологии «пограничного круга»: наркологической, аффективной, психосоматической. В постановке диагноза важную роль играет констатация характера реактивных образований у пациента, своеобразием которых при пограничном расстройстве является атипия и уже упомянутый полиморфизм. Если при той или иной акцентуации характера (психопатии) выделяется специфический, относительно узкий спектр реакций, то применительно к пограничной личности таковой практически невозможно установить. Атипичный характер реакций пограничных пациентов отражается, прежде всего, в качестве тревожного аффекта, регистрируемого в структуре психопатологических образований. Согласно мнению ряда авторов, следует различать типично «невротическую» тревогу, имеющую отчетливый «когнитивный элемент» (Taylor G.J., 1986), т.е. относительно «понятное» в контексте болезненных переживаний пациента содержание, от тревоги, свойственной пограничным пациентам. Последняя, как правило, носит флоттирующий, бессодержательный

характер, лишена очевидного личностного смысла (когнитивного элемента) и скорее имеет форму «паники» с преобладанием аффектов взвинченности, взбудораженности, наряду с массивными соматовегетативными проявлениями.

И все же продуктивные расстройства, формирующиеся в рамках патологического развития данного типа, выступают далеко не единственным поводом к тому, чтобы на «пограничного» пациента обратили внимание с точки зрения его аномальности. Еще задолго до формирования наркологических, аффективных, соматизированных, атипичных психогенных и других расстройств (если таковые вообще достигают степени клинической выраженности) в психическом статусе этих лиц отчетливо выступают признаки дезорганизации интрапсихических структур, о которых речь шла выше, у них складывается особенный жизненный стиль. Основная черта последнего — это тенденция решать проблемы внутренней неудовлетворенности, сопряженной с доминированием чувства опустошенности и одиночества, за счет активного привлечения и использования других. Пограничные личности возлагают на определенные фигуры своего окружения слишком большие надежды и неизбежно терпят впоследствии «катастрофические» разочарования; в результате их межличностные отношения протекают бурно и нестабильно, а судьба в целом складывается крайне неровно, со «взлетами и падениями».

Достоверные данные о динамике и исходах пограничного личностного расстройства отсутствуют. Очевидно, что в случаях присоединения психической патологии процессуального характера, в частности, наркологической, последняя в значительной степени будет определять неблагоприятный либо сомнительный прогноз личностного развития индивида. В то же время описаны такие варианты течения, при которых постепенно возобладают компенсаторные процессы, обеспечивающие стабилизацию и «сглаживание» пограничных личностных свойств.

Понятие нарциссического расстройства (нарциссизма), введенное З. Фрейдом (1920), также претерпевало тенденции как к расширительному, так и узкому толкованию его сущности. Большинство современных психоаналитически ориентированных авторов фактически отождествляют данный тип с пограничным расстройством, выделяя «нарциссический» вариант последнего (Kohut H., 1977; Rosenfeld H., 1978). Действительно, оба эти расстройства отличает незрелая, инфантильная личностная структура с серьезными проблемами самооценки и самоидентификации в целом. Однако нарциссическая личность имеет ряд особенностей как внутри-, так и межличностного функционирования, эмоциональной сферы и реактивности, определяющих ее квалификационную самостоятельность. Будучи сопоставимой в отношении признаков незрелости, дизгармонического инфантилизма, нарциссическую личность отличает от пограничной значительно более стабильная картина представлений о себе самом и о значимых окружающих лицах. Кроме того, преобладающее число исследователей сходится в мнении о том, что, в отличие от пограничного типа, нарциссическое личностное расстройство широко варьирует по степени выраженности. Таким образом, существует присущий большинству известных типов личностной патологии континуум, на одном конце которого регистрируется так называемый «нормальный» нарциссизм или, пользуясь традиционной клинической терминологией, — нарциссическая акцентуация характера, а на другом — тяжелый, «злокачественный» вариант этой психопатии (Кернберг О., 1996).

Тем не менее, основной параметр, определяющий специфику нарциссической личности, подобно пограничной, относится к сфере самоопределения (идентификации) и заключается в доминировании чувства собственной значимости, избранности,

достигающего степени «патологически грандиозного Я». При этом данная особенность на поверхностном уровне рассмотрения может быть незаметна и выявляется лишь в процессе тщательного диагностического обследования. Обращает внимание чрезвычайная частота разговоров о себе при взаимодействии с другими людьми, чрезмерная потребность в любви и восхищении окружающих. При этом весьма важной чертой их натуры является диссонанс между завышенной самооценкой и в целом «раздутым» образом самого себя, с одной стороны, и скрытым за таким фасадом, но периодически настойчиво овладевающим нарциссическую личность чувством неполноценности, — с другой. Для поддержания, «консервации» своей исключительности и преодоления наступающего неудовлетворения собой нарциссическим личностям в огромной степени требуется одобрение других. У них значительно снижена способность устанавливать эмпатические отношения, а их сугубо индивидуальная, «автономная» эмоциональная жизнь крайне бедна. Наиболее характерным атрибутом их отношения к окружающим является зависть, ощущение подлинной, теплой привязанности им не знакомо. Они могут превозносить и «уважать» только тех, кто действует в угоду их нарциссическим потребностям; других, от которых нечего ждать, они попросту игнорируют либо презирают. Нередко они выступают в качестве эксплуататоров, паразитирующих на ком-либо из близких, используя «маску» обаятельности и заинтересованности, за которой, однако, отчетливо проглядывается холодность и жестокость. В более выраженных случаях декомпенсация гипертрофированных комплексов «всемогущества» и зависти сопровождается деструктивным стремлением обесценивать, разрушать все то, что достигнуто индивидом с помощью окружающих или получено от них. Периодически такие тенденции выступают в структуре острых эксплозивно окрашенных паранойяльных реакций с диффузной подозрительностью и плохо контролируемой агрессивной потребностью унижать, наказывать кого-либо за кажущийся «недостаток» признания и уважения («нарциссическая ярость»). В периоды стабилизации состояния на первый план обычно выступают описанные выше субсиндромальные проявления негативной аффективности со стойким чувством скуки, ангедонии либо немотивированного раздражения.

Прогноз нарциссического развития столь же неопределенный, как и для пограничной личности. Однако в данных случаях представляется более реальной, нежели при крайне неравномерном характере динамики пограничной личности, возможность оценить глубину личностных aberrаций, которая и будет являться косвенным предиктором исхода. Также очевидно, что нарциссический личностный «дефект» осложняется и углубляется при развитии продуктивной процессуальной симптоматики, например, в динамике алкоголизма или наркоманий.

*Теория объектных отношений* утверждает, что влечения появляются в контексте отношений внутри диады «ребенок-мать». Британская школа теории объектных отношений утверждает, что для полного психоаналитического понимания личности необходимы и теория дефицита, и теория конфликта. Исследования М. Малера способствовали пониманию патогенеза пограничных состояний, при которых психологический дефицит становится причиной определенной модели поведения. В эту группу входят пациенты с аддиктивными формами поведения.

Разработанная модель семейной психотерапии с позиции объектных отношений уделяет огромное внимание детству. С точки зрения адептов этой ветви психодинамической психотерапии, обстановка в семье и стиль семейных отношений могут стать определяющими при формировании зависимости. Анализ стилей воспитания, проточности границ семьи, коммуникации в семье, семейных ролей позволяют сделать

предположения о факторах риска развития нервно-психических заболеваний, зависимостей и т.п. Также отмечается цикличность процессов в семье, формирование «порочных кругов», когда дети, выросшие в семье с неблагоприятными условиями, сами создают такую же семью. Исследования, сделанные в рамках этого подхода, позволяют понять, почему в семьях зависимых дети часто сами начинают злоупотреблять психоактивными веществами. При формировании наркомании большое значение имеют личностные особенности человека. Одна из индивидуальных характеристик, имеющая большое значение по отношению к приему наркотиков, — это поиск ощущений или потребность в различных, новых, сложных ощущениях и переживаниях и способность подвергаться физическому и социальному риску ради поиска этих ощущений. Существует четыре разных аспекта поиска ощущений: поиск возбуждения приключений, потребность в новом опыте, растормаживание и скука восприятия. Поиск ощущений является одним из источников различия в восприятии наркотика разными людьми, также он отражает высокую степень чувствительности человека к приятным эффектам наркотиков.

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

Одним из существенных факторов, определяющих изменения личности в условиях образования устойчивого пристрастия, является также действие защитных психологических механизмов. В норме такие защитные механизмы служат снижению напряженности, которая возникает при наличии внутриличностного конфликта, когда индивид находится перед выбором, удовлетворить свою потребность или следовать общепринятым нормам.

Поскольку общество и окружение индивида в той или иной мере может осуждать пристрастное отношение (по крайней мере, неблагоприятные его последствия) аддикта, у которого сформировалось потребностное отношение к объекту пристрастия, то у последнего срабатывают защитные механизмы, например, такие как отрицание, вытеснение, проекция, рационализация и др. Аддикт прекрасно понимает, что он вступает в конфликт с обществом, поэтому он пытается скрыть свое поведение, что приводит к развитию лживости, изворотливости. Одновременно происходит повышение тревожности, психологической напряженности, связанной с ожиданием своего разоблачения. Таким образом, наблюдаются нарушения в морально-этической сфере личности.

К механизмам защиты, в случаях с ПАВ, относятся, например, пронаркотические установки, взгляды, представления и в известной степени активная пропаганда их среди окружающих самим аддиктом; вера в пользу ПАВ как средства, «помогающего при болезни», снимающего «усталость» и т.д., убежденность (недифференцируемая и непоясняемая) в том, что в некоторых ситуациях «не употребить нельзя»; круг таких ситуаций постепенно расширяется, пока не охватит практически все сферы жизнедеятельности; объяснение своего поведения не своим стремлением к ПАВ, а внешними факторами («неудобно было отказаться», «должен был» и т. д.).

На последней стадии развития зависимости происходит вытеснение из психики всего, что не связано с предметом пристрастия. Оправдания своим действиям аддикт уже не ищет. Деятельность, которая могла бы оправдывать его поведение, подменяется у аддикта хвастовством, болтовней о своих мифических достоинствах, критикой окружающих. Нарушение механизмов оценки поведенческих актов в результате уси-

ления защитных реакций ведет к дезадаптации, росту фрустрированности, порождает у индивида неуверенность в себе, неустойчивость, неудовлетворенность результатами деятельности независимо от их объективного содержания, способствует снижению самооценки индивида.

Таким образом, развитие психической зависимости от какого-либо объекта, происходящее при условии длительного и интенсивного эйфоризирующего воздействия этого объекта на психику человека, сопровождается следующими изменениями свойств личности: деформацией потребностно-мотивационной структуры личности (возникновением доминирующей потребности в объекте пристрастия и сужением круга интересов) и, как следствие, потерей контроля над собственным поведением, включением механизмов защиты аддиктивного поведения (отрицания, рационализации, проекции, вытеснения); деградацией высших чувств (долга, ответственности, альтруизма, нравственных чувств и др.); снижением самооценки; возникновением аффективной лабильности.

Что касается *Я-психологии, разработанной Кохутом*, — там пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Я. В ситуации аддиктивного поведения акцент делается на неспособности родителей аддикта выполнять свои родительские функции, в частности поддерживать потребность детей в идеализации своих родителей, а также на родительские неудачи в попытке поддержать самоуважение ребенка, впоследствии уходящего в аддикцию.

Существуют также и другие точки зрения психодинамически ориентированных авторов на аддиктивное поведение. По мнению Л. Вермсера (1987) аддиктивное поведение синонимично понятию тяжелой компульсивности, которая включена в самую сущность невротического процесса. Поэтому, опираясь на связь между аддиктивным поведением и невротическим процессом, в ходе лечения зависимых пациентов можно использовать принципы терапии неврозов (Wurmser, 1982). Также Вермсер подчеркивает, что Супер-Эго становится для аддиктивной личности суровым учителем, поэтому карающее Супер-Эго аддикта должно привлекать внимание психотерапевта не меньше, чем карающее Супер-Эго тяжелого невротического пациента. Основой аддиктивных расстройств Л. Вермсер называет «дефект аффективной защиты».

Э. Ханзян отмечает, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и нарушение способности к самозащите (Khantzian, Halliday and McAuliffe, 1993).

Некоторыми психоаналитиками (Blatt, Bergmann, Sugarman, Kleber, 1984) было проведено углубленное исследование зависимого поведения, что привело к определению ряда факторов, его вызывающих: потребность в контейнировании агрессии, страстное желание удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой, желание ослабить депрессивное состояние. Аддикты ведут непрерывную борьбу с чувством стыда и вины, ощущением своей никчемности с повышенной самокритичностью.

В свою очередь, Г. Кристал предположил, что аффекты подвержены нормальному прогрессивному развитию, однако сами приводят к замедлению развития или травматической регрессии. Вследствие этого определенные индивидуумы не способны дифференцировать свои чувства (к примеру, не могут отличить тревогу от депрессии), склонны к соматизации аффекта и не могут выражать свои чувства словами. В отношении последнего Кристал позаимствовал термин алекситимия, введенный Сифнеосом и Немией при работе с психосоматическими пациентами. Кристал обозначил этим

термином специфическую проблему, которая проявлялась у аддиктивных пациентов при попытке осознать и выразить свои чувства.

Разрабатывая данную проблему, Wiedeg и Kaplan (1969) называют вещества, вызывающие зависимость, «корректорами» или «протезами», так как они помогают аддиктам компенсировать дефицитарность защиты от сильных эмоциональных переживаний.

Что касается, в частности, пищевой аддикции, то место и роль данной проблемы среди всего многообразия аддиктивного поведения не однозначны и мало изучены. Пищевая аддикция относится к тем формам поведения, которые внешне не находятся в противоречии с правовыми, морально-этическими и культуральными нормами, но вместе с тем нарушают целостность личности, задерживают развитие, делают его односторонним и серьезно осложняют межличностные взаимоотношения.

По мнению Г. Фрайбергера (1999), питание у пациентов с ожирением, возникшим в результате нарушения созревания на оральной стадии развития, служит защитой от чувства утраты. При этом невозможность преодоления утраты объекта заменяется поиском эрзац-объекта, обязанности которого исполняет пища, в одинаковой степени успокаивающая и удовлетворяющая пациента. Пищевая аддикция постепенно приводит к развитию алиментарно-конституционального ожирения, которое относится к психосоматозам.

В генезе психосоматического симптомообразования интересной представляется модель П. Куттера (1997), который описывает нарушение коммуникации больного со своим телом. По этой гипотезе пациент с ожирением не воспринимает вовремя сигналы своего тела или недостаточно любит его. В первом случае определяющую роль играет слишком доминирующая мать, которая мешает ребенку овладеть своим телом и подавляет его инициативу; во втором — имеет место дефицит любви и внимания со стороны матери, поэтому ребенок чувствует себя нелюбимым, более того — он не способен сам любить себя и свое тело (Калина Н.Ф., Тимошук И.Г. 1997).

С точки зрения психодинамических психотерапевтов, терапевтические отношения вызывают у пациентов и терапевтов сильные эмоции и реакции, характерные для этих людей. Когда эти реакции наблюдаются у пациента, они называются переносом, когда у терапевта — контрпереносом. В изначальном, более строгом определении, реакциями «переноса-контрпереноса» называются эмоции и способы реагирования, которые происходят от ранних, нерешенных конфликтов в отношениях «ребенок-родитель». В более общем смысле понятие «перенос» используется шире — для обозначения более или менее жестких паттернов реагирования на широкий спектр отношений и ситуаций; подобным же образом, понятие «контрперенос» относится к тем особенностям и паттернам реагирования, которые определенные пациенты и терапевтические ситуации вызывают у терапевта. В то время, когда Фрейд впервые представил эту концепцию, существовала тенденция рассматривать реакции переноса и контрпереноса как потенциальные барьеры для лечения. Однако если взглянуть на них по-иному, становится ясным, что оба феномена дают серьезные, если не основные, сведения о том, что представляют собой психологические дилеммы пациента, а также о том, над чем следует работать, какие типичные реакции следует модифицировать или изменить.

За исключением некоторых заслуживающих внимания ранних попыток (Freud, 1905; Glover, 1932) лишь в последние двадцать лет психоаналитики применяют мощную и полезную концепцию переноса и контрпереноса, а также психодинамическую теорию в целом, к пониманию аддикции и природы страданий людей с различными зависимостями. Главным образом, к этому подтолкнули рост случаев наркотической

зависимости и то, что наркотики стали неотъемлемой частью жизни общества. Это предоставило практикам, получившим психоаналитическую подготовку, печальную возможность исследовать и лечить большое количество алкоголиков и наркоманов в самых разных ситуациях. Появившиеся в последнее время психодинамические отчеты о клинической работе с аддиктивными больными подчеркивают наличие у них серьезных проблем в развитии и структурный дефицит, что приводит к неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, а также адаптивно изменять и контролировать свое поведение (Wieder&Kaplan, 1969; Krystal&Raskin, 1970; Milkman&Frosch, 1973; Wurmser, 1974; Khantzian, 1974, 1978).

Совсем недавно эти современные психодинамические открытия были применены в систематической индивидуальной и групповой терапии с людьми, страдающими химической зависимостью. Было показано (Luborsky, Woody, Holeand, Velleco, 1977), что индивидуальные психотерапевтические отношения, а также развивающиеся переносы могут помочь терапевту и пациенту понять значение наркотической зависимости. Авторы разработали индивидуальный психодинамический психотерапевтический подход, используя руководство по лечению опийных больных, что позволило сфокусироваться на «ядерных темах конфликтных отношений» («core conflictual relationship themes» — CCRT) и на том, как эти темы тесно связаны с появлением и поддержанием наркотической зависимости. Таким же образом, но расширив цель исследований, Хан-зян, Хэллидей и Мак'Олифф (Khantzian, Halliday and McAuliffe, 1990) в Кембриджском госпитале, Массачусетс (США), разработали модифицированный динамический групповой терапевтический подход к лечению кокаиновой зависимости. Подобный подход позволяет обнаруживать уязвимость функций саморегуляции, включая проблемы в аффективной сфере, в отношениях с людьми, в самооценке и проявлении заботы о себе. Групповой опыт дает возможность понять, каким образом уязвимость каждой из этих сфер и соответствующие защиты предрасполагают индивида к химической зависимости и рецидивам в ходе лечения. Пытаясь скрыть или компенсировать свою уязвимость, аддиктивные пациенты в то же время выдают себя характерными защитами и манерой поведения. Эти реакции отыгрываются с групповым лидером (лидерами) и другими членами группы, при этом появляется возможность распознать такие самопоражающие (self-defeating) паттерны у себя и у других и затем прервать бесконечную череду их повторения или модифицировать их, развивая более зрелые, менее стереотипные реакции, не требующие использования наркотиков и соответствующего стиля поведения.

Таким образом, каждая из ныне доступных нам систем психоаналитической концептуализации представляет свое видение и способы решения проблемы. Но они не являются взаимоисключающими, поэтому для наиболее эффективной и глубокой проработки проблемы более релевантным представляется синтез различных направлений и в отношении поиска причин внутреннего конфликта, и в отношении терапевтических техник, используемых для коррекции аддикции.

## КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА ПСИХОТЕРАПИИ

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

Эффективность вмешательств когнитивно-поведенческой психотерапия (КПП), основанных на обучении навыкам взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, а также с зависимостью от психоактивных веществ, доказана во многих клинических испытаниях. Подобные исследования предоставили эмпирические доказательства эффективности КПП при психических расстройствах у детей и подростков, в том числе при депрессии, тревожных расстройствах, злоупотреблении психоактивными веществами и зависимости от них. В связи с акцентом на обучении навыкам справляться со стрессом (копинга) и постоянной отработкой этих навыков на практических занятиях, КПП оказалась эффективным методом лечения, снижающим употребление психоактивных веществ и предупреждающим рецидивы (Marlatt&Gordon, 1985). Было показано, что процесс научения играет важную роль в развитии расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Из этого следует, что процесс научения может также помочь людям уменьшить употребление психоактивных веществ и соблюдать воздержание. КПП совместима с другими методами лечения, включая программы АА «12 шагов», психотерапию, семейные вмешательства, фармакотерапию и программы заместительной терапии (Beck, Wright, Newman&Liese, 1993).

Основные цели КПП состоят в помощи пациентам осознавать, избегать и преодолевать. То есть осознавать ситуации, в которых они чаще всего употребляют психоактивные вещества, избегать таких ситуаций, когда это необходимо, и преодолевать более эффективно ряд проблем и проблемных форм поведения, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами. Некоторые особенности индивидуальной КПП делают ее особенно перспективной в качестве метода лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Хотя групповые методы лечения подобных расстройств могут иметь свои преимущества, в частности, моделирование взаимоотношений со сверстниками и создание новых систем поддержки, они также имеют ряд недостатков. Индивидуальный метод лечения дает широкие возможности сосредоточить внимание на конкретных проблемах и особенностях пациентов, не позволяя оставлять их за рамками группового процесса. Индивидуальный подход также позволяет терапевту приспосабливать вмешательства, в соответствии с готовностью пациента к изменениям, к их целям и к их сильным и слабым сторонам при освоении конкретных навыков. КПП требует тщательного изучения форм поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, этому процессу уделяется большое внимание во время индивидуальных сессий.

КПП представляет собой кратковременный, относительно сжатый метод, включающий структурированную деятельность и адаптивные ожидания. Во время индивидуальной КПП пациент может без опасений выражать свои мысли и менять их, формировать самоэффективность и устанавливать соответствующие границы в рамках терапевтических взаимоотношений. Ожидания при этом состоят в том, что каждая из этих задач будет отрабатываться с членами семьи, сверстниками, сотрудниками и другими людьми из окружения пациента.

В процессе лечения пациентов обучают ставить цели по изменению поведения и эффективно использовать новые навыки копинга. Пациенты учатся применять эти навыки в конкретных ситуациях для того, чтобы уменьшить или прекратить употребление психоактивных веществ. Подход к обучению навыкам основан на теории стресса и копинга (Lazarus&Folkman, 1985) и теории социального научения (Bandura, 1989). Эти теории рассматривают аддиктивное поведение как дезадаптивный подход к преодолению стресса. Стрессоры, такие как проблемы в семье и на работе, предъявляют ситуационные требования к индивиду, а взаимодействие между индивидом и



этими требованиями приводит к стрессу. Таким образом, стресс рассматривается, как нарушение равновесия между требованиями окружения и возможностями индивида. Копинг представляет собой усилия индивида соответствовать этим требованиям и восстановить равновесие между индивидом и окружением. При отсутствии адекватных навыков копинга для соответствия требованиям могут использоваться психоактивные вещества как способ восстановления равновесия. Ключевым принципом всех сессий этого метода лечения, основанного на обучении навыкам, является уменьшение внутреннего и внешнего давления, заставляющего пациента употреблять психоактивные вещества (например, негативная Я-концепция, давление со стороны сверстников) и одновременно повышение контроля со стороны пациента (например, навыки преодоления влечения, навыки отказа). Идея модели социального научения состоит в том, что пациент может брать на себя ответственность за освоение новых форм поведения и может научиться лучше преодолевать собственные недостатки, обусловленные наследственностью или социальным научением. В этой модели навыки копинга усваиваются для того, чтобы уменьшить или устранить недостатки, возникшие в детском и подростковом возрасте.

В процессе формирования наркомании важную роль играет подкрепление научения. Паттерн поведения наркомана не является аномальным, хотя он явно причиняет себе вред. Здесь работает схема с неподходящим способом подкрепления наркотическим веществом. Именно эффектом подкрепления объясняется, например, более частое внутривенное употребление героина, чем курение опиума, которое менее опасно, более приятно, но не так мгновенно действует. Подкрепление формирует целые паттерны поведения, необходимые для получения наркотика. При этом даже долго поддерживаемое социальное поведение может быть прервано. К тому же действия, ведущие к успеху, легче повторяются вследствие субъективного переживания успеха, чем действия, ведущие к неуспеху. Награда мотивирует действие к повторению, наказание — к отказу. Данный механизм поведения формируется в онтогенезе во многом в результате современной системы обучения и воспитания. Наркотик помогает боязливым освободиться от страха и неуверенности. Это позитивное воздействие повышает потребность в наркотиках, стремление к их повторному приему, в то же время оно приводит к отказу от фрустрированных неудачных социальных действий.

С позиций социального научения уход от реального решения проблем, когда реальный результат подменяется эмоциональным состоянием, приводит к жизненной некомпетентности, дезадаптации и десоциализации. В процессе социализации происходит приобретение и усвоение норм, ценностей, качеств, позволяющих человеку функционировать в обществе в качестве полноправного члена. Характер социализации определяется внутренними факторами, к которым относится мотивация, сфера самосознания, способность личности к целенаправленной деятельности. С другой стороны, характер и уровень социализации определяется внешними культурно-средовыми факторами.

Классическая теория «социального научения» Альфреда Бандуры предполагает, что между стимулом и реакцией находится личность, способная к наблюдению, выбору, установлению собственных стандартов поведения, самоподкреплению, т.е. к саморегуляции. Действие алкоголя приводит к тому, что устраняется оценочное влияние «внутреннего фильтра», ограничивается поисковая активность, и тем самым ограничивается влияние личности на поведение и деятельность. Поведение приобретает характер импульсивного, а поведенческие реакции упрощаются по принципу «стимул-реакция». Таким образом, мы видим, что в процессе взаимного опосредования, используя сис-

темные механизмы (биологической, психологической, социальной) регуляции поведения, алкоголизация или наркотизация способствует формированию патологической системы поведения, характеризующейся жесткостью, устойчивостью, постоянством воспроизведения.

Когнитивная терапия была создана для того, чтобы снизить выраженность негативных аффективных состояний и дезадаптивного поведения, бросая вызов убеждениям пациента и изменяя их, как и качество переработки информации. После опубликования работы «Когнитивная терапия злоупотребления психоактивными веществами» (Beck et al., 1993) применение этого метода для лечения расстройств, вызванных употреблением ПАВ, резко возросло. В этой работе Beck и его сотрудники применили основные положения когнитивной терапии к лечению аддиктивного поведения. Признавая большую роль убеждений в формировании дезадаптивного поведения, когнитивная терапия направлена на конкретные ожидания и убеждения пациента, а именно, связанные с ПАВ убеждения и автоматические мысли, которые способствуют развитию патологического влечения.

В процессе когнитивно-бихевиоральной терапии психотерапевт с клиентом работают вместе. Хотя это лечение расстройств, вызванных употреблением ПАВ, рассматриваются много различных тем. Каждая сессия направлена на усваивание новых навыков, которые помогут адекватно поступать в различных жизненных ситуациях. Владение новыми навыками — это непрерывные открытия: будут выявляться те сферы, в которых нужно приложить усилия для того, чтобы получить больше навыков поддержания трезвости. Каждая терапевтическая сессия продолжается от 45 минут до 1 часа. Количество таких сессий определяется индивидуально, но обычно находится в пределах 12-18 занятий. Поддерживающая терапия обычно осуществляется в течение года, но может длиться и дольше.

Традиционно в рамках когнитивно-поведенческого направления рассматриваются методы, основанные на *условно-рефлекторных принципах*, а также *суггестивное воздействие*, которые до сих пор не утрачивают своего практического значения. Арсенал их «остроумных» технических приемов будет неуклонно пополняться. Однако психотерапия в собственном смысле слова присутствует в них лишь в той мере, в какой они формируют хотя бы временные позитивные изменения на когнитивно-поведенческом уровне и могут рассматриваться как вспомогательные методы психотерапии.

## ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

*Гуманистические концепции* характеризуют личность как «человека-в-процессе», открытого новому опыту, в ситуации «здесь и сейчас», стремящегося к саморазвитию внутренних побуждений и способности принимать решения (К. Роджерс). Если сообщение (то, что человек выражает), опыт (то, что происходит в его поле опыта) и осознание (то, что человек замечает) соответствуют друг другу, то говорят о высокой конгруэнтности. Каждый опыт неконгруэнтности между самостью (концепцией Я) и реальностью ведет к возрастающей уязвимости личности, что приводит к усилению внутренних защит, отрезающих опыт и создающих новые поводы для неконгруэнтности. Человек возвращается к здоровью, возвращая себе подавленные или отрицавшиеся части себя, и открывая внутренний «локус контроля».

Личность, по мнению А. Маслоу, сама создает иерархию потребностей и способна к усилию, необходимому для перехода на уровень метамотивации. Он определяет

невроты и психологическую неприспособленность как «болезни лишенности», т.е. основной механизм развития болезни — это неудовлетворение базовых потребностей, что приводит к фрустрации и препятствует самоактуализации. Принципы и ценности человека отчаявшегося и человека психологически здорового различаются в восприятии (интерпретации) физического, социального и собственного психологического мира, организация которого непосредственно связана с индивидуальной системой ценностей. Депривированной (базально неудовлетворенной) личности мир представляется полным опасностью.

Самоактуализированных людей А. Маслоу определяет как здоровых, способных к восприятию фактов (в отличие от склонности к восприятию мира через призму устоявшихся мнений или представлений); их притягивает неструктурированность и еще не открытые истины; они открыты для опыта и склонны к риску; у них отсутствует чувство вины и стыда (способность принимать себя и не огорчаться по поводу своих недостатков). Здоровый человек испытывает дискомфорт только тогда, когда видит, что реальный ход вещей отклоняется от возможного, достижимого. Основные характеристики здорового человека — это спонтанность, простота, естественность; служение в противоположность эгоцентрическим тенденциям; отстраненность, потребность в уединении; автономность, независимость от культуры и среды, воля и активность; способность радоваться жизни; целостная (интегрированная) система ценностей. «Удовлетворение стремления к развитию делает человека здоровым», — пишет А. Маслоу. У самоактуализированной личности взаимоотношения с реальностью детерминируются изнутри.

Практическим воплощением гуманистического подхода в психотерапии зависимостей является *гештальт-психотерапия*, предложенная Ф. Перлзом.

Гештальт-психотерапия появилась в середине XX века, когда возникло движение гуманистической психологии и психотерапии, обращенных к личности человека, его индивидуальности. Гештальт-психотерапия основывается на принципах гештальт-психологии, которая исходит из целостности поведения, восприятия и эмоциональной сферы (от немецкого слова «гештальт» — целостный образ, завершенная форма, нечто большее, чем сумма частей). Психотерапия этого направления воздействует двумя путями: во-первых, пытается освободить пациента от болезненных эмоциональных переживаний, не получивших ранее своего завершения и поэтому возвращающихся вновь и вновь и, во-вторых, помочь пациенту проявить силу и развить свои нераскрытые или нереализованные потенциальные возможности.

Гештальт-психотерапия описывает психологические механизмы нарушения контактов. Всякое проявление целостного «Я» есть сообщение личности о себе. Первоначально среда формирует механизмы контакта, которые потом используются личностью при взаимодействии с окружением. Взаимодействуя со средой, организм образует «контактную границу», на которой происходит удовлетворение потребностей. Получив удовлетворение, потребность «уходит» в фон, уступая место другой потребности. У людей с зависимым поведением нарушается процесс «контакт-ухода», одна доминирующая потребность выступает как фигура. Образуется ригидный паттерн поведения, утрачивается контакт с реальностью. В психологическом портрете зависимого человека можно выделить следующие основные качества: ощущение своей неадекватности при взаимодействии с социумом, склонность к самолюбованию, самооправданию, нарушение взаимоотношений с противоположным полом, при этом выраженная потребность в признании, в любящем отношении, поклонении. И самое главное: лица с зависимостью не отвечают и не бе-

рут на себя ответственность за свои действия, чувства и импульсы, став взрослыми людьми.

Гештальт-психотерапия строится по принципу завершения предлагаемых пациенту незаконченных утверждений («Когда я говорю это, я чувствую, что...») и незавершенных эмоционально напряженных переживаний. Так, психотерапевт может предложить пациенту, чтобы он обратился к другому члену группы как к своему отцу и высказал, что он чувствует сейчас, когда вновь и вновь переживает нанесенную ему отцом в детстве обиду. Другое часто используемое в гештальт-психотерапии понятие «фигура и фон». Оно применяется, когда, например, какое-то болезненное переживание, занимающее центральное место в сознании, переводится с помощью специальных психотерапевтических приемов на периферию сознания. Большое значение в гештальт-психотерапии имеют вопросы взаимоотношений людей друг с другом. При этом подчеркивается, что каждый человек должен стремиться не зависеть от других и не ставить других в зависимость от себя. Основатель этого направления психотерапии F. Perls (1893-1970) сформулировал то, что он называл «молитвой гештальт-психотерапии»: «Я делаю свое дело, а ты делаешь свое дело. Я в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям. А ты в этом мире не для того, чтобы соответствовать моим. Ты — это ты, и я — это я. Если мы случайно обнаружим друг друга — прекрасно. Если нет, ничего не поделаешь».

Гештальт-психотерапевтами всегда подчеркиваются особая важность теоретического осмысления процесса терапии и опасность увлечения эффектными методами, техникой или психотерапевтическими «трюками». Она успешно применяется как для лечения больных алкоголизмом и наркоманиями, так и для психотерапевтической работы со значимыми лицами из окружения больного (супругами, детьми, родителями).

Главный принцип гештальт-психотерапии — важность находиться в настоящем, «здесь и теперь». Больные алкоголизмом, как и многие другие пациенты, предпочитают вместо этого находиться в будущем или прошлом. И это рождает целый ряд проблем в их эмоциональной жизни. Так, больные постоянно находятся в ожидании неудач и неприятностей, что углубляет у них чувства неполноценности и одиночества, вызывающие также ответ на физиологическом уровне (меняется ритм дыхания, сердечной деятельности). Таким образом больные эмоционально переживают события, которые еще не случились и, возможно, никогда не случатся. То же касается прошлого: обращаясь к прошлому, больные испытывают печаль, грусть, чувство вины.

Поэтому одна из основных задач психотерапии — научить больных алкоголизмом жить в настоящем, переживать то, что происходит с ними сейчас (а не вчера, раньше или завтра).

Второе важное положение — работа с самосознанием. Человек может видеть, слышать, ощущать запахи, вкусовые раздражители, испытывать ощущения, идущие от всех систем и органов тела. А больные алкоголизмом как бы лишены чувств, они не чувствуют, слушают, но не слышат. В то же время ощущения запахов и вкусовых раздражителей вообще у людей, зависимых от ПАВ, имеют не слишком большое значение. Таким образом, единственная значимая и действенная система анализаторов наших больных — зрительная. Это необходимо учитывать в психотерапии — писать на доске, показывать схемы, слайды, фильмы. Задача психотерапии — вернуть больному возможность чувствовать, слышать, ощущать мир во всей его полноте. Эта задача достаточно сложна. Работая в этом направлении, мы постоянно сталкиваемся с тем, что больной говорит о чувствах, но в действительности не может чувствовать и переживать.

Таким образом, цель психотерапии — добиться не отсутствия боли и болезненных переживаний, а принятия пациентом самого себя, интеграции всех частей «Я» пациента в единое целое («Я» безответственное и «Я» сверхответственное, «Я» — отвергаемый ребенок, «Я» — зрелая личность, «Я» — чувствующее, что..., отвергаемые части «Я»). Если пациент испытывал в прошлом боль, ему не надо стремиться приглушить эту боль. Нужно принять то, что было, почувствовать боль, встретиться с ней лицом к лицу. Необходимо принять прошлое и сделать новый выбор.

Следует остановиться также на некоторых наиболее распространенных проблемах, возникающих в процессе психотерапии больных алкоголизмом.

Одна из них — тревожность, напряжение, возникающие при переходе пациента из состояния, в котором он был, в то состояние, в котором он хотел бы быть. Когда пациент осознает, что сам себя пугает, он принимает на себя ответственность за свою психическую жизнь и уже может что-то сделать с собой, выработать какую-то новую альтернативу.

В гештальт-психотерапии защитные механизмы рассматриваются как препятствия личностному росту, которые больной использует, чтобы выжить в окружающем мире и предохранить себя от изменений. Стиль взаимоотношений пациента с людьми обязательно воспроизводится при психотерапевтическом контакте. Важнейшими типами нарушений взаимоотношений с окружающими и самосознания (препятствий личностному росту) считаются ретрофлексия, дефлексия, конфлюэнция, проекция, интроекция. Ретрофлексия — направление всех чувств на себя, агрессия по отношению к себе. Это скрыто от окружающих и человек существует как бы за фасадом.

В гештальттерапии работа с такой стратегией заключается в том, что больного учат не направлять агрессию на себя, а выводить ее наружу, выплескивать чувства. Вместо того, чтобы ощущать «Ты меня злишь тем, что отвергаешь меня», больному предлагают сказать: «Я отвергаю тебя» и спрашивают: «Что Вы чувствуете сейчас?» Другая техника состоит в специальной работе с различными «фасадами» больного: устанавливается контакт с разными частями «Я», с разными чувствами пациента.

Дефлексия — отрицание, отторжение каких-либо чувств, переживаний, впечатлений. От больных алкоголизмом и наркоманией часто приходится слышать: «Я ничего не чувствую» или «Мое тело умерло, я не чувствую». Чтобы начать чувствовать, наркоманы нуждаются в наркотике, а больные алкоголизмом, чтобы ощутить себя комфортно, должны сделать что-то экстраординарное, рискованное. В связи с этим в процессе психотерапии необходимо постоянно задавать вопрос: «Что Вы чувствуете сейчас?» Для обучения больного чувствованию, а не говорению о чувствах используются специальные упражнения (работа с «внутренним ребенком», проекция чувств на неодушевленный предмет, работа с болезненным «Я» — переживанием).

Конфлюэнция (слияние) — полное слияние с другим человеком или объектом, потеря границы между ними и как следствие — потеря самого себя и полная зависимость от этого человека или объекта. Больной зависит от алкоголя или наркотика. Он зависит также от своего пьющего окружения. Зависимость существует также в семье больного. В процессе терапии часто выявляется конфлюэнция с болезненным «Я» больного. («Как же я буду жить, если не буду печальным, больным... Что же от меня тогда останется?..»)

Проекция — обвинение обстоятельств и других людей, перенесение чувств с себя на что-то вне себя. Работа с проекцией состоит в том, что больного просят говорить от первого лица, например, вместо того, чтобы говорить: «Все делают...» говорить: «Я делаю», вместо: «Ты заставляешь меня чувствовать...», говорить: «Я чувствую...»

Интроекция — усвоение, присвоение принятого окружающими. Обычно это усвоение происходит без достаточного собственного анализа или критики. Больные, выросшие в семьях, где не принято было проявлять чувства, усваивают стереотипы: «Мужчины не плачут», «Стыдно показаться печальным», и это также способствует вытеснению эмоциональных переживаний из самосознания больного алкоголизмом.

Можно условно выделить два типа больных. Первый тип — люди, основными защитными стратегиями которых являются интроекция и ретрофлексия. Для них характерно как бы чрезмерное чувство, которое является болезненным, и алкоголь помогает снизить болезненность переживаний. Второй тип — пациенты с преобладанием проекции и дефлексии. Здесь проблемой является дефицит чувств и переживаний, и алкоголь помогает начать чувствовать, сделать ощущение жизни более острым, а общение с людьми — более насыщенным. Часто можно наблюдать, как в семье больного алкоголизмом один из супругов относится к первому типу, а другой — ко второму. В самой же семье отчетливо прослеживается конфлюэнция, которая может рассматриваться в качестве причины созависимости.

Конфлюэнция с алкоголем и алкогольным окружением в процессе психотерапии должна постепенно заменяться конфлюэнцией с членами группы, настроенными на трезвую жизнь, с членами терапевтического сообщества или группы Анонимных Алкоголиков.

Постепенно в процессе психотерапии и поддержания трезвости можно переходить к решению более сложных проблем. Если на первых этапах в центре психотерапевтической работы стоит «Я» больного («Кто я и как мне быть счастливым?»), то в дальнейшем можно переходить к работе с проблемами взаимоотношений с другими людьми и, наконец, на заключительных этапах — к духовным проблемам.

Таким образом, содержанием психотерапии при алкоголизме является совсем не то, что в понимании классической медицины всегда должно занимать основное место в лечении (выработка установки на лечение, преодоление анозогнозии, формирование установки на трезвость). Вероятно, все эти задачи надо рассматривать как первый этап работы с больным. Однако, к сожалению, этим, как правило, и заканчивается психотерапия в отечественной наркологии. Необходимым этапом психотерапии и должна быть работа с личностными проблемами больного, с его защитными стратегиями. В этом плане гештальт-психотерапия представляет несомненный интерес.

*Транзактный анализ* (Э. Берн) рассматривает зависимость от алкоголя и наркотиков как вариант Игры (Алкоголик), в которую человек может играть всю жизнь. Он не боится потерять здоровье, так как это как раз то, чего он нередко и добивается, следуя своему сценарному предписанию: «Убей себя». У наркоманов и алкоголиков, по мнению Э. Берна, отчетливо проявляется материнское влияние. Таким людям необходимо приказание прекратить прием наркотиков, что равносильно распоряжению покинуть мать и жить по-своему, т.е. зависимость от наркотических веществ, по сути, является другой стороной зависимости от матери. Усвоенный зависимый способ поведения (семейный сценарий), скорее всего, будет проявляться и в дальнейшей семейной жизни этого человека.

С точки зрения особенностей больных, отрицающих у себя заболевание, не чувствующих аномальности в своей форме алкоголизации или приема наркотиков (отсутствие правильного отражения болезни в переживаниях больного), условно можно разделить на четыре категории.

А. Больные, которые ничего не знают об алкогольной или наркоманической зависимости как о болезни. Весь их жизненный путь, опыт, микросреда не сформировали понятие об алкогольной зависимости и не допускают трезвеннический образ жизни.

Б. Больные, у которых наличие алкогольной и наркоманической доминанты, резко выраженного влечения к алкоголю и наркотику, значимых переживаний (стыд, позор быть алкоголиком, наркоманом или, наоборот, несмотря на болезнь, еще хорошая репутация на социальном уровне и т.п.) поддерживает отсутствие адекватного отражения болезни в переживаниях больного по механизму психологической защиты.

В. Больные, которые отличаются от предшествующей группы тем, что обладают склонностью к образованию сверхценных идей и вязким, тугоподвижным мышлением.

Г. Деградированные больные, у которых психотерапия затруднена, но возможна.

Такое понимание природы неадекватного отражения болезни в переживаниях больного дает возможность разрабатывать психотерапевтическую тактику достижения адекватного осознания болезни.

Одним из распространенных видов гуманистической психотерапии, используемых в терапии зависимостей, является *экзистенциальная психотерапия*. Как следует из названия, данная терапия возникла на базе идей куда более известного соответствующего философского направления — экзистенциализма.

Сторонники экзистенциальной психотерапии утверждают, что обретение смысла существования доступно каждому нормальному человеку, независимо от пола, возраста, интеллекта, характера, окружающей среды, религиозных и идеологических убеждений. При этом экзистенциалисты подчеркивают, что научить этому нельзя, так как смысл существования всегда индивидуален и каждый человек должен сам его найти или понять и не уходить от ответственности за осмысление своей жизни перед собой и перед другими в любых жизненных обстоятельствах.

Что же позволяет человеку самостоятельно найти свой жизненный смысл? Экзистенциалисты считают, что таким путеводителем является совесть, которую В. Франкл называет органом смысла, а способность самостоятельно находить этот смысл — самотрансценденцией человека (в отличие от самоактуализации в гуманистической психотерапии).

По мнению экзистенциалистов, человек может найти смысл своего существования, только выйдя за пределы своего личного «Я», переключая внимание с внутренних переживаний собственной персоны на реальную действительность, на активное сотрудничество, на практическую помощь другим. Чем больше человек выходит из пассивного переживания своих проблем наружу (на активную полезную деятельность, помощь другим), тем более полноценным и психологически здоровым он становится.

Именно экзистенциальный вакуум (ощущение пустоты и бессмысленности жизни) не позволяет индивиду достойно выстоять перед жизненными катаклизмами.

Даже в объективно комфортных жизненных условиях люди, не нашедшие смысла своего существования вне самокопаний и гипертрофированного восприятия внутриличностных проблем, становятся более подверженными алкогольным и наркотическим зависимостям. В. Франкл утверждает, что 90% алкоголиков и 100% наркоманов стали таковыми из-за не найденного ими или утраченного смысла жизни. Эти зависимости возникают из-за необходимости заполнить этот вакуум иллюзией удовлетворения и самодостаточности. То есть, не получив реального удовлетворения, человек заменяет его иллюзорным, за счет химического воздействия на свою нервную систему. А проблемы так и остаются нерешенными и продолжение иллюзии удовлетворения

требует продолжения алкогольного или наркотического воздействия. Образуется почерный замкнутый круг.

Но даже если человек, не нашедший смысла жизни вне собственной персоны, не становится наркоманом, то он уходит в неврозы бездеятельных внутриличностных переживаний и в поиск каких-то временных удовольствий, избавляющих от гнетущего чувства бессмысленности своего существования. При этом происходит парадоксальный процесс — рефлексия, концентрация внимания на собственной персоне в поисках счастья (или по крайней мере ухода от несчастья) уводит от возможности обретения этого счастья все дальше и дальше.

*Логотерапия В. Франкла* основывается именно на этой гипотезе. Конкретные методы логотерапии являются дерефлексией (то есть противодействием рефлексии как бесполезному самокопанию) и парадоксальной интенцией (парадоксальным намерением) и др. В этом подходе внимание обращается к проблеме смысла жизни, которая особенно обострена в подростковом возрасте. Молодые люди демонстрируют свою взрослость тем, что ставят под сомнение смысл жизни. Подростку нужно найти смысл жизни, найти, а не взять. «Смысл должен быть найден, он не может быть создан», — пишет В. Франкл. На основе данных наблюдения за узниками концлагерей он сделал вывод, что наибольшие шансы выжить были у тех, кто направлен в будущее. Человек без «внутреннего стержня» легче попадает в зависимость. Состояние опьянения — это состояние условного удовлетворения, так как истинная радость не может быть самоцелью. Как отмечает Г. Олпорт, несмотря на свои страдания, наркоман все равно возвращается к наркотикам: так он «решает» все свои проблемы. Эти люди — жертвы установки «магического мышления»: с точки зрения человека субъективная реальность абсолютна и безусловна, она важнее, чем реальность внешняя. К наркотику приводит фрустрация, одиночество, отчуждение. Наркоман нуждается в том, чтобы чувствовать себя всемогущим, его зависимость — это образ жизни. Только изменение мировоззрения способно избавить его от зависимости.

## О ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ

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

Описаны модели психотерапии в наркологии, основанные на синтезе психодрамы, социального тренинга и глубинной психотерапии (Bender I.E., Hastdorf A.H., 1953). Подтверждена эффективность соединения индивидуальной, семейной, коммуникативно-корректирующей и групповой психотерапии в сочетании с терапией средой (Hahlweg K., 1982). Указывается на необходимость интеграции семейной и суппортивной психотерапии, обучающих методов, тренинга умений, управления семейно-обусловленными стрессами и специфических когнитивно-поведенческих стратегий (Goldstein M.J., 1987; Falloon I.R., 1992). Обоснована целесообразность интеграции методов личностно-ориентированной психотерапии с поведенческими техниками (Федоров А.П., 1992) и гештальт-терапией (Александров А.А., 1992).

Однако в интеграции психотерапевтических подходов всегда узнаваема одна из трех генеральных линий — психодинамическая, поведенческая или гуманистическая.



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

Проведенная дискуссия о перспективах интегративной психотерапии, результаты которой опубликованы в Российском психотерапевтическом журнале (№ 1-2, 2012), убедительнѣ показала, с одной стороны, прикладную потребность в создании интегративных психотерапевтических систем, а с другой — принципиальную ее невозможность, если понимать ее как единственную модель. Компромиссом в этом направлении может явиться «интегративная» переработка психотерапевтических методов в рамках основных направлений психотерапии, созданных на сходных теоретических подходах, другим очевидным подходом является создание психотерапевтической модели клинической психотерапии.

Одним из вариантов, представляющимся нам наиболее предпочтительным с учетом современных тенденций психотерапии к интеграции, является использование в качестве объединяющей концепции отечественной теории отношений В.М. Мясищева (1974, 2003), а также результатов ее практического воплощения в концепцию патогенетической психотерапии (Мясищев В.Н., 1960), а затем в ее высшую форму — личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию по Б.Д. Карвасарскому, В.А. Ташлыкову, Г.Л. Исуриной (Карвасарский Б.Д., 2002).

Заслуга В.Н. Мясищева заключается в том, что он произвел основательную «ревизию» психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», Мясищев был наиболее последовательным и кардинальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического) конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на мифологии, заменив их анализом реальных жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются Мясищевым не по содержанию, как у Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений. Из психоанализа были заимствованы и такие понятия как «психологические механизмы защиты», «инсайт», «эмоциональное отреагирование» («катарсис») и др. Согласно В.Н. Мясищеву, источником переживаний человека, условиями его выносливости являются отношения человека. Отношения, лежащие в основе реакции и переживания, не являются врожденными, конституциональными, а обусловлены историей жизни человека, которая, в свою очередь, обусловлена историей его общества. Тем самым биологизму концепций, поставивших во главу угла влечения и инстинкты, противопоставляется биопсихосоциальное и социально-историческое понимание. Психоанализ и индивидуальная психология признавали роль социального фактора, но рассматривали его лишь негативно, как узду влечений, причем на понимании их лежала печать биологизма, так как социальность и связанная с ней мораль рассматривались как «врожденное чувство общности» (Адлер) или как сублимат сексуального влечения в общественных условиях. За внешним многообрази-

ем патологических факторов З. Фрейд и А. Адлер пытались найти единую систему, которую, однако, переоценили. В.Н. Мясищев признает правильным положение о том, что сами переживания должны быть объяснены более глубокими движущими силами. Но З. Фрейд и А. Адлер недостаточно оценили их различное значение для нормальной и патологической психической жизни человека в соотношении с другими факторами. Например, патогенная роль сексуального влечения определяется наличием этических моментов, отсутствие которых исключает возможность патогенного конфликта. В приведенной В.Н. Мясищевым истории болезни показано, что основным источником заболевания у пациентки, которой изменил муж, явился не сексуальный конфликт, а сложные переживания, связанные с тонкими чувствами личного достоинства, возмущением и обидой на измену близкого человека.

Применительно к лечению патологии зависимостей концепция В.Н. Мясищева и проистекающая из нее личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Б.Д. Карвасарскому, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкову имеет ряд преимуществ. Во-первых, эта лечебная система со специфическим стилем контакта с пациентом, позволяющим в полной мере реализовать необходимые в работе с аддиктами эмпатию, эмоциональную поддержку совместно с использованием конфронтации. Во-вторых, базовая концептуализация данного метода предполагает наличие социальных, а также нравственно-этических предпосылок, использование которых в лечебном процессе помогает пациенту и терапевту максимально подробно рассмотреть и реконструировать нарушенную систему отношений, в которой предмет аддикции занимает ведущее место. Тем более, что в современном мире болезнь зависимости тесно завязана на социальные институты, являющиеся основообразующими в обществе. Наконец, отношение к данному методу как метатеории психотерапевтического процесса позволяет интегрировать в процесс психотерапии методики, техники из других направлений, а также задействовать различные лечебные факторы (например, экзистенциальный, который, по наблюдениям многих авторов, играет важную роль в психогенезе аддиктивной патологии).

Таким образом, методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гуманистической (клиент-центрированной и духовно-ориентированной) психотерапии в рамках клинической модели психотерапии, развивающейся на основе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по Б.Д. Карвасарскому, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкову взаимно дополняют друг друга, делая клиническую психотерапию больных алкоголизмом и зависимостями от других ПАВ перспективной по многим параметрам.

## 4.2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, МЕТОДИКИ И ТЕХНИКИ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В психотерапевтической наркологической практике, как, впрочем, и в психотерапии других групп расстройств, наблюдаются две разнонаправленные тенденции. Первая предполагает поиск и разработку отдельных «единственно эффективных» (по убежденности автора метода и его последователей) психотерапевтических методов, вторая — напротив, направлена на поиск способов совмещения, комплексирования и интеграции различных психотерапевтических процедур и техник. Интеграция психотерапевтических инструментов обусловлена стремлением охватить все возможные задачи лечения и реабилитации пациентов, страдающих зависимостями в рамках единой психотерапевтической программы. Сложность в оценке результатов этих творческих тенденций определяется тем, что создание психотерапевтических инструментов в наркологии осуществляется в значительной мере не специалистами в области психотерапии (учеными и практиками), а специалистами в области наркологии — врачами психиатрами-наркологами, а также психологами, специалистами по социальной работе, работающими в области наркологии. Такое положение дел в значительной мере было обусловлено тем, что в нашей стране наркология в течение двух десятилетий по организационным причинам существовала вне общего психиатрического поля (наркология была отдельной специальностью, а психотерапия входила в куст «психиатрических» специальностей, предполагающих дополнительную переподготовку после получения психиатрической специальности). Это привело к тому, что разработки по психотерапии в течение ряда лет не затрагивали наркологические контингенты больных. В самой же наркологии, особенно при постановке на государственном уровне задач реабилитации, начался процесс создания упрощенной «наркологической психотерапии» и упрощенной «наркологической медицинской психологии». В результате для решения задач насущной наркологической практики начали создаваться специальные психотерапевтические инструменты без учета теории и практики современной психотерапии. Причинами такого «упрощения» стали особенности профессионального обучения, при которых врач психиатр-нарколог фактически являлся психотерапевтом, а психологу для работы в наркологическом учреждении достаточно было получить простое повышение квалификации (для работы в психиатрическом и психотерапевтическом учреждении психологи проходят переподготовку по клинической психологии).

Результатами такого процесса явилось появление, наряду с качественными психотерапевтическими методами, различных методик, имеющих сходство с психотерапевтическими, теоретические и практические основания которых вызывают сомнение.

Повсеместно в отечественной наркологической практике, государственных и частных учреждениях распространены психотерапевтические приемы, которым приписываются чудодейственные качества, позволяющие «раз и навсегда» или на долгий срок избавиться от зависимости («лазерное кодирование», «подшивка», «витавит», «транскраниальное кодирование», «точечное программирование» и др.). Другой стороной применения психотерапии в наркологии является психотерапевтическое опосредование реальных или мифических процедур детоксикации, «отмывки» или «очистки» орга-

низма, которым в конечном итоге приписывается реальное терапевтическое действие. Используя веру пациентов с зависимостями и их родственников в возможность быстрого исцеления, некоторые специалисты используют реальные психотерапевтические методики со значительным расширением показаний к их применению (например: единичные сессии классического гипнотического внушения, процедуры эриксоновского гипноза, технические приемы НЛП, техники трансактоного анализа, психодрамы, гештальт-психотерапии и пр.). Отдельные «комплексные программы» лечения или реабилитации зачастую сводятся к механистическому набору психотехнических процедур, якобы «раз и навсегда» избавляющих человека от его зависимости.

Однако, наряду с сомнительным «психотерапевтическим творчеством» в наркологии существует ряд методов, подходов и методик, надежно зарекомендовавших себя, реально содержащих в себе изменяющий личность психотерапевтический потенциал.

В связи с этим задачей настоящего издания является описание психотерапевтических методов и методик, применение которых в наркологической практике предполагается обоснованным. Эта глава содержит описание отдельных методов, методик и составляющих их техник, опробованных в условиях клинической практики и адаптированных к работе с зависимыми пациентами.

## 1. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

### Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ по А.Л. Каткову и В.В. Титовой

Стратегическая полимодальная психотерапия зависимых от психоактивных веществ (СПП) представляет собой самостоятельный психотерапевтический метод.

Научная разработка метода, исследование границ эффективности его применения проводились в период с 2001 по 2010 гг. в рамках отдельного проекта по разработке научно-практического направления интегративной и эклектической психотерапии (основные исполнители — кафедра психотерапии, психиатрии-наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Республики Казахстан, руководитель — профессор А.Л. Катков; кафедра психотерапии, медицинской психологии с курсом сексологии и сексопатологии Российской Академии последипломного образования, руководитель — профессор В.В. Макаров; соисполнитель — к.м.н. В. В. Титова, доцент кафедры психотерапии, психосоматики Государственной Педиатрической Медицинской Академии г. Санкт-Петербурга.

#### *Показания и формы реализации*

Основная группа пациентов, в отношении которых используется метод — зависимые от ПАВ (алкоголь, наркотики, токсические вещества), а также лица, входящие в группу повышенного риска по данному профилю.

Метод может быть реализован как в индивидуальном, так и групповом формате на всех этапах оказания наркологической помощи: профилактической и первичной наркологической помощи, амбулаторной и стационарной реабилитации, противоречивой и поддерживающей терапии.

СПП может выступать в качестве единственного метода лечения (например, в программах амбулаторного лечения, противоресивной и поддерживающей терапии зависимых от ПАВ), а также — в комплексе с другими технологиями лечения и реабилитации зависимых от ПАВ, совместимыми по своим принципиальным позициям.

Противопоказаниями, помимо общих противопоказаний к психотерапии, в данном случае являются: состояние алкогольного опьянения, тяжелые формы абстиненции, выраженная декомпенсация психопатоподобных и психопатических проявлений, выраженная интеллектуальная недостаточность, категорический отказ пациента от участия в соответствующей реабилитационной или терапевтической программе.

СПП в отношении зависимых лиц на первом этапе наркологической помощи может ограничиваться 1-3-мя встречами, длительностью от 1-го до 2,5-й часов; на втором этапе еженедельных встреч продолжительностью не менее 1-го часа; на третьем этапе проводится ежедневно по 3-4 часа от 2-х до 4-х месяцев; на четвертом этапе — по 2-3 часа, от 3-х до 1-го раза в неделю.

### *Концептуальные характеристики и особенности метода*

В качестве концептуальных характеристик метода выделяются типичные *характеристики психологической и поведенческой сферы* пациентов с зависимостями, которые препятствуют терапевтическим изменениям.

К ним относятся неустойчивая мотивация, реакции сопротивления лечению, деструктивные психологические защиты, неустойчивое настроение с повышенной агрессивностью, импульсивностью, плохая концентрация внимания, повышенная утомляемость, особенно на первом этапе вхождения в терапевтическую программу, общая ригидность психических процессов, особенно выраженная у лиц с предшествующей интенсивной и длительной интоксикацией (например, у больных полинаркоманией со стажем наркопотребления от 5 лет и выше).

Кроме того, выделяются *особенности личности* аддиктов, их предрасположенность к «предметному» и демонстративному способу презентации проблемных сфер жизнедеятельности, жажда быстрых результатов с характеристиками «чуда», а также склонность к подражательному поведению, особенно на первых этапах пребывания в терапевтической программе.

Отмечаются проблемы соотношения психотерапевтических технологий СПП с другими развивающимися практиками (в том случае, терапия проводится комплексно, например, в рамках программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ).

Методология построения СПП предполагает наличие мишеней и формирование универсальных и специальных задач, разработку макротехнологического, метатехнологического и структурно-технологического содержания метода. Такой подход позволяет, во-первых, в максимальной степени минимизировать вышеприведенные сложности, а во-вторых, адекватно утилизировать особенности терапевтической динамики в лечении зависимых от ПАВ.

### *Научное обоснование*

Метод имеет серьезное научное обоснование. Методологическая, методическая и технологическая специфика СПП обосновывается целью метода, которая определяет-

ся как форсированное развитие свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ и агрессивному влиянию среды.

В ходе реализации 10-летнего исследовательского проекта, включающего масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-психологические исследования, были сформулированы функциональные требования к системе универсальных факторов, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ. Это 1) идентификационные характеристики личности пациента, прошедшего лечение, 2) технологические характеристики СПП осуществляющих воздействие с учетом определения индивидуальных мишеней профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия, а также 3) социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, с использованием каналов СМИ.

При этом в СПП личностная идентификация рассматривается с позиции этапов и кризисов личностного развития Э. Эриксона (1959), а также теории локус контроля Д. Роттера (1947), при которой особое значение придается развитию внутреннего локуса контроля, концепции уровней потребностей А. Маслоу (1954), определяющих индивидуальную адаптацию, а также представление о деструктивном и конструктивном способах реализации потребностного цикла, предложенных Ю.В. Валентиком (1998).

Следующее ключевое положение рассматриваемого метода — возможность форсированного развития высоких уровней устойчивости в ограниченные временные периоды — обосновывается моделью двухуровневой развивающей коммуникации, разработанной в ходе реализации специального исследовательского проекта (осознанной и не осознанной).

В СПП психотерапевт использует особые стратегии профессионального поведения, к которым относятся:

1. «я-техника» (специальная процедура, позволяющая профессионалу находиться в ресурсном состоянии),
2. постоянное вербальное (прямое и косвенное) и невербальное подкрепление безопасности пациента;
3. постоянное вербальное и невербальное подкрепление креативной активности пациента;
4. формирование и подкрепление стыковочных сценариев желаемых терапевтических изменений (под термином «стыковочный сценарий» в данном случае подразумевается специальная программа конструктивных изменений вовлеченного в терапию субъекта, привязываемая к определенной последовательности через структурированные технические процедуры);
5. формирование и подкрепление перспективного сценария продолжающихся конструктивных изменений (в данном случае речь идет о тех же механизмах оформления соответствующего стыковочного сценария, привязываемого к значимым компонентам конструктивного жизненного сценария);
6. постоянное отслеживание и оценка характеристик базисной адаптационной стратегии внесознательных инстанций (внешние параметры, характеризующие базисную активность внесознательных инстанций, должны находиться в зоне постоянного внимания терапевта; при этом особое значение имеет момент);
7. отслеживание и фиксация ключевых невербальных сигналов пациента.

Основные характеристики глубинного и структурно-психологического уровней представлены в схемах 1, 2.

Схема 1.

**Основные характеристики универсального, глубинного уровня развивающей коммуникации**

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обеспечение высокой скорости и качества усвоения субъектом актуальной информации.</li> <li>2. Обеспечение оптимальных условий для основного и наиболее востребованного эффекта — достижения значительных, устойчивых и продолжающихся изменений в ограниченные временные периоды.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Идентификация вовлеченного субъекта с ресурсным статусом терапевта и ассимиляция открытой (мобилизованной на изменения) метапозиции.</li> <li>2. Перевод защитно-конфронтационной базисной стратегии адаптации в синергетическую.</li> <li>3. Актуализация и форсированное развитие феномена множественной гиперпластики.</li> <li>4. Обеспечение гиперпротекции структурированных технических действий.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Макротехнологии первого уровня (связанные с процессом подготовки специалистов развивающего профиля и уровнями их компетенции в сфере использования метатехнологических подходов).</li> <li>2. Макротехнологии второго уровня (связанные с оформлением этапов развивающей коммуникации).</li> <li>3. Конструктивистские метатехнологии, актуализирующие глубинный уровень развивающей коммуникации.</li> <li>4. Диагностические метатехнологии, оценивающие уровни активности внесознательных инстанций.</li> </ol>	<p><b>Теория</b> — функциональная концепция психологического здоровья — устойчивости к агрессивному влиянию среды; модель двухуровневой развивающей коммуникации; макротехнологические и метатехнологические подходы, используемые в развивающих практиках.</p> <p><b>Практика</b> — углубленное личностное самопознание и диагностика уровня психологического здоровья; практика личностного роста, личной терапии с достижением высоких уровней психологического здоровья и устойчивого ресурсного состояния; формирование конструктивистских и диагностических метатехнологических навыков; специальная интервизия, супервизия.</p>

На схеме 1 показаны универсальные механизмы, за счет которых обеспечиваются оптимальные условия для оформления главного и наиболее востребованного эффекта развивающей коммуникации, а также продемонстрированы основные макро- и метатехнологические подходы, которые актуализируют глубинный, универсальный уровень развивающей коммуникации, которые при соответствующих условиях (изменении стандартных требований и программы подготовки специалистов развивающего профиля) могут быть транслированы в основные развивающие практики — консультативные, тренинговые, воспитательные, образовательные.

На схеме 2 показаны механизмы, за счет которых решаются универсальные и специальные задачи структурно-технологического коммуникативного уровня. Вместе с тем следует иметь в виду, что такого рода механизмы и структурированные технологии особенно эффективны в условиях актуализации и гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации, что, по-видимому, и объясняет различный эффект от использования стандартных технологических подходов. Т.е. наша

Схема 2.

**Основные характеристики структурно-технологического уровня развивающей коммуникации**

Цели	Механизмы	Технологические подходы	Содержание профессиональной подготовки
1. Эффективное продвижение по универсальным целям формирования высокого уровня устойчивости к агрессивному влиянию среды (в частности — эффективное продвижение от дефицитарно-дезадаптивного полюса к нормативно-адаптивному). 2. Эффективное решение проблемных ситуаций и задач, специфических для каждой развивающей практики — психотерапии, консультирования, тренинговой, воспитания, образования.	1. Качественное усвоение имеющейся и генерация новой информации, способствующей достижению высоких уровней устойчивости субъекта в агрессивной среде. 2. Утилизация неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов). 3. Форсированное развитие конструктивных навыков за счет адекватной: — коррекции эмоционального опыта; — расширения когнитивного репертуара; — модификации поведения.	1. Структурированные техники и модальности психотерапии, консультирование. 2. Специальные тренинговые технологии. 3. Профилактически ориентированные воспитательные и образовательные технологии.	<i>Теория</i> — классическая психологическая теория; теоретические курсы соответствующих дисциплин (психотерапии, консультирования, педагогики). <i>Практика</i> — практические курсы по усвоению соответствующих умений и навыков в сфере реализации специфических структурно-технологических блоков; тематическая интервизорская и супервизорская практика.

интерпретация постоянно отмечаемого различия в эффективности стандартных структурированных технологий, как и сопоставимой эффективности при использовании абсолютно разных технологических подходов — что весьма часто приводится как аргумент в пользу «ненаучности» и «необъективности» гуманитарных подходов — заключается в том, что такого рода факты обусловлены, в первую очередь, разным уровнем метатехнологической подготовленности специалистов-практиков и, соответственно, различной степенью мобилизации гиперпластической активности глубинного уровня развивающей коммуникации.

Схема 2, кроме того, иллюстрирует возможности эффективного сочетания стратегической полимодальной психотерапии с другими развивающими практиками (консультативными, тренинговыми), используемыми в комплексных, высокоструктурированных программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ. В данном случае специфическое технологическое содержание развивающих практик будет эффективно подкрепляться универсальным, глубинным уровнем коммуникации, обеспечивающим гиперпластику и высокую скорость терапевтических изменений.



### *Макротехнологическое оформление СПП*

Основные стратегические блоки, используемые как макротехнологические инструменты, к которым кроме стратегических принципов относятся и 1) лонгитудинальные, 2) кросс-секционные и 3) когерентные стратегии — они являются особо значимыми компонентами рассматриваемого метода (в связи с чем в названии данного метода и был включен такой термин как «стратегическая» полимодальная психотерапия). Данные стратегические блоки направлены, прежде всего, на эффективное достижение главной цели — формирование высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ у резидентов программ МСР, устойчивости к первичному вовлечению в химическую зависимость у лиц, входящих в группу повышенного риска. Кроме того, обозначенные стратегические компоненты обеспечивают соответствие используемых технологических подходов особенностям состояния, избирательной активности, специфическим характеристикам терапевтической динамики, отмечающимся у зависимых от ПАВ, которые следует учитывать в процессе комплексного реабилитационного воздействия.

1. Лонгитудинальные стратегии, охватывающие весь терапевтический цикл и формирующие его организационную структуру, основываются на аргументированных представлениях о последовательных этапах наркологической помощи, приоритетных для каждого этапа мишенях психотерапевтического воздействия, универсальных и специальных задачах, решаемых методом стратегической полимодальной психотерапии на каждом дифференцируемом этапе наркологической помощи, а также — на идентифицированных алгоритмах по формированию высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Так, из общего перечня мишеней, включающего: мотивационную сферу; патологическое влечение к приему ПАВ; патологический личностный статус (который в нашем случае рассматривается в большей степени как дефицитарный — в смысле низкого уровня развития свойств психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии); деформированный семейный статус; дефицитарная или деформированная социализация, а также опосредованных мишеней, где психотерапии отводится вспомогательная роль: патологический соматический статус (без признаков тяжелой абстиненции); патологический психический статус с такими типичными проявлениями как депрессивный, тревожно-депрессивный, неврозоподобный, диссомнический, психовегетативный и другие синдромы — на каждом дифференцированном этапе наркологической помощи приоритетными являются следующие.

На этапе первично-профилактической помощи — дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска.

На этапе первичной наркологической помощи — мотивационная сфера, дефицитарная или деформированная социализация, деформированный семейный статус.

На этапе амбулаторной и стационарной реабилитации — полный комплекс обозначенных непосредственных и опосредованных психотерапевтических мишеней.

На этапе противоресивной и поддерживающей терапии — мотивационная сфера, дефицитарный ресурсный статус, деформированный семейный статус, дефицитарная социализация.

2. Кросс-секционные стратегии, формирующие общую структуру и последовательность этапов проведения психотерапевтической сессии, основываются на: классической схеме этапов оформления психотерапевтической коммуникации (Д. Франк); ключевых механизмах изменений в процессе психотерапии (К. Гравэ); пятиуровневой

модели инсайта и универсальном алгоритме актуализации механизмов множественной гиперпластики, идентифицированных нами в ходе разработки теории двухуровневой развивающей коммуникации; специальных технологиях совмещения базисных модальностей (мотивационная, когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная, групповая психотерапия).

3. Когерентные стратегии, формирующие адекватное взаимодействие и взаимное потенцирование главного терапевтического компонента — стратегической полимодальной психотерапии — и других развивающих практик, используемых в комплексной программе медико-социальной реабилитации, основаны на идеологии двухуровневой развивающей коммуникации и модели пятиуровневого инсайта.

Научно-обоснованная теория двухуровневой развивающей коммуникации наглядно демонстрирует возможность сочетания технологических подходов, реализуемых в общем формате консультативных, тренинговых, образовательных, социальных и других развивающих и помогающих практик, с универсальными механизмами глубинного уровня развивающей коммуникации, обеспечивающими гиперпротекцию соответствующих технических действий. В данном случае представляются важными моменты соответствующей метатехнологической подготовленности специалистов из смежных с профессиональной психотерапией областей — консультативной психологии, социально-психологической и психолого-педагогической практики, а также непротиворечивость основных идеологических и технологических установок. Последнее достигается за счет проработки всеми специалистами, принимающими участие в терапевтическом процессе, основных положений концепции психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии и агрессивному влиянию среды; главных положений стратегической полимодальной психотерапии, касающихся универсальных и специальных задач; основных технологических подходов, используемых в общей терапевтической программе. Таким образом вырабатывается общая профессиональная позиция, разделяемая и реализуемая всеми специалистами-участниками терапевтического процесса.

Модель 5-уровневого инсайта можно рассматривать как основной способ формирования терапевтической проблематики для таких развивающих технологий, как тренинговые, консультативные. Так, отдельные характеристики устойчивого ресурсного состояния — идентифицированные свойства психологической устойчивости — осознанные в качестве таковых в ходе продвижения пациентов по соответствующим уровням инсайта, могут и должны эффективно прорабатываться в общем формате выше-названных развивающих практик. Существенным отличием в пользу более высокой заинтересованности и мотивации на достижение приемлемого результата здесь будет полное осознание участниками важности и необходимости форсированного развития каждого свойства и навыка, обеспечивающего свой собственный, уникальный вклад в достижение главной цели терапевтической программы.

### *Методика стратегической полимодальной психотерапии на этапах наркологической (аддиктологической) помощи*

Как уже было сказано, основными модальностями, из которых складывается технический репертуар стратегической полимодальной психотерапии, являются следующие: мотивационная, когнитивная, поведенческая, проблемно-ориентированная и групповая психотерапия. Модальности, которые представлены в меньшей степени (используются лишь отдельные компоненты и техники соответствующих методов), это:

ресурсно-ориентированная, эмоционально-образная, эмотивно-рациональная, телесно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, арт-терапия, мифодизайн, психодрама, психосинтез, транзактный анализ.

Основной способ технологического оформления полимодального подхода, как нами отмечалось в предыдущем разделе, состоит в техническом «обогащении» альтернативных (адаптивных) копингов взаимодействия с проблемной ситуацией, сконструированных участниками терапевтического процесса в условиях непрерывной, пошаговой стимуляции креативно-пластических ресурсов. Таким образом, при соответствующем макротехнологическом и метатехнологическом оформлении терапевтического процесса, решение актуальной проблемы, заявленной инициативным пациентом, каждый раз будет поводиться за счет уникального терапевтического проекта, соответствующего ресурсным возможностям пациента.

Менее экологичные способы технологического оформления «встроенных» терапевтических сессий заключаются в том, что такого рода проект формируется ведущим группы, исходя из особенностей актуального запроса. Однако и в этом случае следует обсудить приемлемость данного терапевтического решения с инициативным пациентом и группой. А также — в использовании стандартных технологий стратегической полимодальной психотерапии, примеры которых описываются в следующих разделах:

На *этапе первично-профилактической аддиктологической помощи* основными психотерапевтическими мишенями являются дефицитарный личностный статус и мотивационная сфера лиц, находящихся в зоне повышенного риска по аддиктологическому профилю. Основной проблемной сферой здесь чаще всего является неосознаваемый ресурсный запрос и поисковое поведение субъекта, направленное в сторону добывания и употребления патологических адаптогенов сверхбыстрого действия, к которым относятся психоактивные вещества и деструктивные психотехнологии. Таким образом, на фасаде зримых проявлений у данной группы лиц могут быть: употребление ПАВ без признаков зависимости; чрезмерное увлечение компьютерными и другими азартными играми (также без признаков тяжелой зависимости); сверхнормативное — по несколько часов в день — увеличение компьютерного времени; первые контакты с сектантами и экстремистами. При обследовании данной группы с помощью компьютерной программы по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ и другие социальные эпидемии, выявляется средний или выраженный дефицит по параметрам основных психологических свойств, представляющих данный феномен. Что, собственно, и является показанием к проведению СПП, для чего при работе с подростками младше 14 лет и детьми следует получить письменное согласие родителей, оформленное в соответствии с действующим законодательством.

Главной задачей СПП на данном этапе является снижение рисков и редукция первых признаков поискового поведения в сторону патологических адаптогенов быстрого действия.

Методика проведения СПП с клиентами, у которых имеются высокие риски вовлечения в зависимость, имеет свои особенности, связанные, в основном, с тем, что существенная часть охватываемого контингента представлена детьми старшего школьного возраста и подростками, то есть лицами с незрелой психикой. Отсюда — необходимость интенсивной терапевтической работы по двум направлениям: универсальному (актуализация потенциала и свойств психологического здоровья-устойчивости) и актуальному (формирование устойчивой мотивации на отказ от зависимого поведения; проработка и закрепление альтернативных жизненных сценариев; реше-

ние актуальных проблем, связанных с реализацией последних). Имеет значение и то, что у таких клиентов, как правило, отсутствуют очевидно вредные последствия зависимости (например, в виде признаков психического, соматического неблагополучия, тяжелых проблем в школе, семье, социального аута и др.). Данное обстоятельство, с одной стороны, существенно осложняет процесс психотерапии в силу неосознанности, «непережитости» контраргументов того, почему все же не стоит употреблять психоактивные вещества или продолжать сверхинтенсивную работу с компьютером, которая оборачивается существенными потерями здоровья и социальными потерями. В тоже время можно отметить и позитивный момент — несформированность или неполную сформированность биологического механизма патологического влечения — основного рычага, возвращающего клиента к привычному способу патологической адаптации. В связи со всем сказанным, основная идея стратегической полимодальной психотерапии, проводимой с данным контингентом, заключается в «достраивании» и актуализации тех личностных свойств, которые способствуют осознанному выбору в критической ситуации; разворачивают панораму и «проживание» неизбежных вредных последствий в случае продолжения практики зависимого поведения; драматическом проживании конфликта, терапевтической конфронтации между позитивным сценарием и его ценностями — с одной стороны, и сценарием развития компьютерной зависимости — с другой стороны, с последующей дезактуализацией и удалением деструктивного сценария из осознаваемых и неосознаваемых горизонтов психики клиента. Попутно, как уже говорилось, должны быть решены проблемы формирования конструктивных копингов и ресурсной метапозиции в сфере взаимодействия с основными агентами со-бытия.

Основные этапы и технологические блоки СПП, проводимой с профильными клиентами, следующие.

На *первом этапе* устанавливается доверительный контакт, формируются терапевтические отношения. За счет использования метатехнологий стратегической полимодальной психотерапии актуализируется глубинный уровень терапевтической коммуникации, формируется «пространство психотерапии» с полным набором гиперпластических характеристик клиента.

На *втором этапе* проводится диссоциация личностных статусов клиента, актуализируется и подкрепляется «сильное Я» клиента, ориентированное на достижение долгосрочных результатов и на сущностное решение проблем. С этой целью используют такие структурированные техники полимодальной психотерапии, как «матрешка» — ролевое разыгрывание сценария видеоклипа с последовательно меняющимися образами клиента: 1) родители хотят видеть меня..., 2) учителя хотят видеть меня..., 3) друзья хотят видеть меня..., 4) компьютер хочет видеть меня... (здесь возможна эксплуатация образа клиента в виде приставки к компьютеру, т.е. зависимого, управляемого человека), 5) а на самом деле я... (здесь важно сформировать образ самодостаточного устремленного в будущее человека, знающего, чего он хочет в жизни, и умеющего достигать своих целей; образ должен быть достаточно ярким, рельефным, запоминающимся). В ходе реализации данной техники клиент последовательно выступает в роли режиссера, суфлера, дублера, основного актера. Таким образом, с разных позиций формируется образ себя — ресурсного, который существенно отличается от навязанных сценарных ролей и может противостоять формированию зависимости. Продолжением данной техники может быть разыгрывание диалога между сильным ресурсным Я клиента и его слабым зависимым Я с моментами терапевтической конфронтации, с выяснением сфер компетенции, ответственности и подчинения. Однако такого

рода конфронтация полезна только при готовности клиента к развороту события в этом направлении. При отсутствии признаков заинтересованности лучше переходить к следующему этапу.

На *третьем этапе* формируется (актуализируется) конструктивный жизненный сценарий. С этой целью клиенту предлагается выстроить линию собственной жизни от прошлого (здесь клиенту предлагается вспомнить свои детские мечты и представления о будущем) к будущему, выстроить картину этого будущего — кто он, чего достиг, кто рядом с ним, в каких он отношениях с этим окружением, что чувствует, кого хочет поблагодарить за достигнутый результат. При выстраивании этой композиции важно не торопить клиента, дать ему возможность прочувствовать свою будущую роль, оценить ее преимущества, сформировать внутреннюю мотивацию к достижению планируемого статуса. Далее рекомендуется несколько раз пропутешествовать вдоль линии жизни и неспешно, в темпе, который удобен клиенту, рассказать о тех событиях, которые, по его мнению, будут продвигать его к желаемому результату. Терапевт должен ненавязчиво сопровождать клиента в этом «путешествии», помогать преодолевать возможные заминки, вроде «я же не знаю, что со мной может случиться...» и т.д., фразами: «сейчас это неважно, ты только попробуй и посмотри что получится...», «давай пофантазируем, хуже от этого не будет, это так замечательно — фантазировать о своем будущем, когда у тебя много времени впереди...». При этом у клиента снижается стартовый порог нерешительности, ответственности, с одновременным повышением мотивации к достижению результата. Таким образом, в ходе прохождения линии жизни формируется позитивный сценарий с выстраиванием реальных событий и повышением мотивации к реализации данного сценария. Упражнение заканчивается тем, что клиенту предлагается подумать о препятствиях, которые могут помешать реализации этого сценария. Например, употребление ПАВ, чрезмерное увлечение компьютерными играми и др., все более увеличивающийся отрыв от реальной жизни, трудности общения со сверстниками, неверие в себя, низкая самооценка и пр. Клиент должен сам сформулировать эти препятствия, а терапевт — подчеркнуть важность решений, которые могут быть приняты клиентом здесь и сейчас в отношении этих возможных препятствий, и конкретно — в отношении рискованного поведения. Как правило, при обсуждении данной темы у клиента появляются дополнительные вопросы о возможных последствиях химической или психологической зависимости. Или же терапевт может ненавязчиво предложить обсудить эти вопросы в игровой интересной форме. В этом случае с клиентом разыгрываются две вспомогательные техники: «Лестница потерь» с демонстрацией всех возможных последствий вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, а также «Два магазина» с иллюстрацией того очевидного факта, что на самом деле за рискованное поведение чем дальше, тем больше приходится платить, и не только деньгами. В тоже время — в «другом магазине», где можно приобрести реальные жизненные ценности, стоимость таких приобретений, особенно вначале, может показаться высокой (в смысле времени, необходимым для реального общения, учебы, взаимодействия со сверстниками, спорта и др.). Но в последующем это затраченное время вернет клиенту много больше — успех, реализацию значимых жизненных планов, достижение того места в жизни, о котором мечтал. То есть в первом «магазине» ведется нечестная «торговля» во вред клиенту, а во втором — честная, на пользу клиенту.

На *четвертом этапе* клиенту предлагается прорепетировать, прочувствовать те последствия, к которым могут приводить его решения в отношении отказа от зависимого поведения или, наоборот, потворствования формирующейся зависимости. С этой целью проводится техника «Витязь на распутье». Клиенту предлагается обозначить два

возможных маршрута — сценария отказа от зависимого поведения, а также — сценария потворствования формирующемуся влечению. Желательно (в случае, если клиент праворукий — правша), чтобы линия первого сценария была направлена вправо, в светлую часть комнаты, а вторая линия — влево — в темную часть комнаты. Терапевт стимулирует данное построение невербальными подсказками. Далее с помощью стульев размечаются временные вехи соответствующих сценариев — 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. Клиенту объясняют сюжет сказочной картины «Витязь на распутье», обозначают камень (стул), где имеется надпись «Пойдешь налево — найдешь..., пойдешь направо — найдешь...». При этом скрыто эксплуатируется сценарий того, что поход налево (так часто бывает и в сказках, и в жизни) оборачивается серьезными неприятностями, и чаще всего древние витязи погибали именно на этом направлении. Но в данном случае клиенту ничего не угрожает, — в этом путешествии он может хорошо и отчетливо прочувствовать разницу своего собственного физического, эмоционального состояния при прохождении этих временных сценариев. Далее клиенту, в той очередности и в том темпе, которые представляются ему приемлемыми, предлагают двигаться в избранном направлении, оставаясь в тех временных вехах, которые были обозначены ранее — 0,5 года, 1 год, 3 года, 5 лет. При этом клиенту предлагают усаживаться на стул, если он хочет — закрыть глаза и проанализировать свои ощущения, проговорив это вслух. После каждой такой остановки путешествие возобновляется, пока клиент не достигнет конечной точки — 5 лет. После чего необходимо вернуться в исходную точку и продолжить путешествие в другом направлении. Обычно разница в фиксируемом по обозначенным временным вехам состоянии нарастает по мере продвижения к конечной точке, в которой она достигает максимума. В случае, если все предыдущие этапы технологии стратегической полимодальной психотерапии были реализованы правильно, то существенно более комфортное состояние фиксируется клиентом в конечной точке сценария отказа от зависимого поведения. Этот момент используется для укрепления последнего сценария и повышения мотивации на принятие решения в его пользу, что и предлагается сделать клиенту в завершение данного технического блока.

На *пятом этапе* клиенту предлагается вернуться на «линию жизни», сконструированную на третьем этапе, — в пиковую точку, когда исполнились все его планы в отношении профессиональной карьеры, личной жизни и другого. Нелишним здесь будет еще одно прохождение вдоль линии жизни и проговаривание основных событий, планируемых в будущем. В то же время здесь обозначаются и те препятствия, которые необходимо преодолеть (эти участки можно обозначить стульями). При выстраивании этих «пунктов» терапевт спрашивает клиента о том, как можно было бы решить эти проблемы наилучшим образом, отсылая, тем самым, решение проблемы в будущее (при этом снимается груз ответственности и пороговое напряжение). Попутно выясняется стойкость решения в отношении зависимого поведения, принятого на предыдущем этапе. При достижении пиковой точки и актуализации ресурсных ощущений, свойственных человеку, достигнувшему серьезных успехов, клиенту предлагается посмотреть на пройденный путь и вспомнить, как он решил все те проблемы, которые были обозначены соответствующими вехами (тем самым отсылая решение обозначенных проблем в прошлое). Находясь в ресурсном состоянии, клиент обычно с легкостью проговаривает варианты решения всего того, что ранее представлялось как проблемы и сложности, «а сейчас ничего этого будто и нет». Такие формулировки указывают на то, что сценарий преодоления имеющихся сложностей уже полностью усвоен, и последние из разряда «проблем» перешли в разряд «обычных жизненных обстоятельств», которые можно решать, не откладывая на потом.

На *шестом этапе* клиенту предлагают в этом обновленном поле настоящей и будущей жизни (при этом может эксплуатироваться вся площадь кабинета или тренингового зала, где проходит сеанс психотерапии) выстроить всех значимых агентов, с которыми ему приходится общаться в настоящем и придется устанавливать отношения в будущем, — я сам, родные, друзья, соученики, сослуживцы, другие, весь мир вообще. Далее реализуется техника «Ресурсные поля». Ее суть сводится к тому, что клиенту наглядно демонстрируют, а потом он и сам проигрывает варианты коммуникации и установления отношений с каждым из поименованных агентов. При этом основной урок заключается в том, что человек, как и весь мир, не плох или хорош, — он поворачивается к тебе той стороной, которую ты сам актуализируешь своими действиями и сигналами — агрессивными, конфронтационными или, наоборот, доброжелательными, направленными на установление сотрудничества и равных, спокойных отношений. В ходе кругового общения со всеми основными персонажами клиент учится новым способам коммуникации и тут же получает обратную связь — позитивное подкрепление от задействованных участников. В завершение данного технического блока терапевт обращает внимание клиента на то, что все поле настоящей и будущей жизни клиента может выглядеть как одно большое ресурсное поле, где можно чувствовать себя как в большом доме — хорошо и спокойно. При этом важно помнить о главном секрете — как сделать так, чтобы развернуть мир и его обитателей своей светлой стороной.

На *седьмом этапе* клиенту предлагается вернуться в точку настоящего, чтобы еще раз оценить произошедшие с ним изменения и пережить конфронтацию между прежним способом движения по жизни и теми знаниями и умениями, которые он приобрел в ходе терапевтической сессии (или 2-3-х сессий). С этой целью используется техника «Ресурсный разворот». В ее первой части клиенту предлагается не «пятиться» по линии жизни, глядя все время в то место, где раньше его привлекал эффект алкоголя или наркотиков, или светил компьютерный экран и его тянуло в ту сторону. При этом за спиной клиента выстраивают препятствия из стульев, на которые он постоянно натыкается (психотерапевт следит за тем, чтобы клиент не получил травму). Постоянно усиливается чувство дискомфорта и даже агрессии клиента, не желающего рисковать и получать ушибы. На пике неприятных переживаний клиента драматическим образом разворачивают лицом в будущее (желательно, чтобы в перспективе было светлое окно), и при позитивном подкреплении терапевта и других участников процесса клиент теперь уже с легкостью и комфортом двигается по линии жизни, недоумевая, почему же этого не случилось раньше. При этом терапевт усиливает конфронтацию и отрицание прошлого, опасного способа передвижения, постоянно сопоставляя его с зависимым поведением. Формулы подкрепления следующие: «Но теперь это в прошлом... все, что мешало, уже ушло и растворилось без следа... теперь ясно и понятно, как двигаться дальше». В завершение данной техники клиенту предлагают в спокойном режиме расписать все необходимые мероприятия, способствующие его успеху на этом пути, на ближайшие месяцы. А также определить время, которое он в течение каждого дня будет затрачивать на важные дела, которые двигают его по жизни в нужном направлении.

Удовлетворительным результатом стратегической полимодальной психотерапии на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи будет стойкий отказ клиента от рискованных форм поведения, сопровождающийся объективно фиксируемым развитием свойств психологической устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Следует отметить, что наиболее выигрышным в смысле общего результата вариантом является сочетание стратегической полимодальной психотерапии с тренингом

родительско-детских отношений (если речь идет о ребенке или подростке) или семейной психотерапии.

Основными задачами *этапа первичной наркологической помощи* является уменьшение вреда, связанного с употреблением ПАВ, а также мотивация зависимых лиц на прохождение полноценного амбулаторного или стационарного лечения.

В качестве основной психотерапевтической мишени, таким образом, выступает мотивационная сфера злоупотребляющих или зависимых лиц. В качестве вспомогательных мишеней — дефицитарная или деформированная социализация, деформированный социальный статус. Соответственно, основными проблемными сферами здесь являются отсутствие осознания факта вовлечения в патологическую зависимость, отсутствие или неустойчивая мотивация на получение профессиональной помощи, дефицит реальных сценариев освобождения от зависимости, поиск вариантов «чудесного» исцеления. Кроме того, обычно отмечаются конфликты в семье и ближайшем социальном окружении.

Основные сложности психотерапевтической работы на данном этапе связаны с тем контингентом лиц, которые находятся на стадии «плато» (т.е. без признаков каких-либо ощутимых потерь в социальном статусе, физическом здоровье), уверены в том, что могут контролировать прием алкоголя либо наркотика, и что привычное психоактивное вещество только лишь помогает справиться с разного рода сложностями обыденной жизни. Такие лица обращаются к специалисту лишь под давлением родных и близких, в основном для того, чтобы избавиться от тягостного дискомфорта, связанного с постоянным «прессингом». Т.е. из двух зол выбирается меньшее — формальная беседа со специалистом.

В связи со всем сказанным психотерапевтическая работа с этими и другими, менее сложными и оппозиционно настроенными клиентами, в технологиях СПП строится в несколько этапов, каждый из которых является шагом по формированию устойчивой мотивации к получению профессиональной помощи. Попутно выстраиваются и адекватные сценарии построения такого рода помощи.

*На первом этапе* главной задачей является переформирование изначальной акцентированно-конфронтационной метапозиции клиента в сотрудничающую (связанную с актуализацией синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций). С этой целью используется технология разрыва шаблона, основанная, в первую очередь, на том ключевом обстоятельстве, что клиент, перегруженный конфронтационными шаблонами — стереотипными ожиданиями «прокурорской» позиции специалиста в отношении фактов чрезмерного употребления ПАВ; неконструктивными защитами — собственной агрессивной («адвокатской») позицией, занимаемой в этом вопросе; явной или скрытой стигматизацией проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, которая, чаще неосознанно, делегируется специалисту наркологического профиля — при первом контакте с психотерапевтом видит, слышит и чувствует нечто совершенно противоположное. Наиболее существенными факторами, разворачивающими клиента в нужную, конструктивную сторону, являются невербальные сигналы, демонстрирующие уважение к позиции и высказываниям клиента; спокойный, деликатный интерес к его личности; акцентированный интерес к некоторым тезисам его речи при полном отсутствии каких-либо оценочных суждений или невербальных сигналов того же плана; постоянное подкрепление безопасности и полной конфиденциальности того, что происходит. Допустимы короткие нейтральные реплики в отношении того, что чрезмерное употребление ПАВ можно воспринимать, например, как переедание или увлечение



компьютерными играми (т.е. как существенно менее стигматизированные формы поведения).

Позитивными сигналами, свидетельствующими об успешности такого первого контакта, будут видимый сброс напряжения, изменение эмоционального фона — от скрытой или явной агрессии к относительному спокойствию и интересу к происходящему, а также неявно демонстрируемое желание к продолжению контакта.

Гораздо более существенным признаком изменения конфронтационной метапозиции на сотрудничающую и установления отношений доверия с психотерапевтом может служить спонтанное признание клиентом того факта, что и он сам «в глубине души» обеспокоен тем обстоятельством, что отнюдь не всегда, как это утверждалось в начале беседы, ему удастся контролировать прием алкоголя или наркотиков, и «первые звонки», свидетельствующие о тревожной ситуации, «уже прозвучали». Такого рода признание можно расценивать как призыв о помощи.

После появления соответствующих сигналов (но не ранее) можно переходить к следующему этапу терапии.

*На втором этапе* главной задачей является переформирование реальной (!) проблемной ситуации, с которой со всей очевидностью сталкивается клиент — непрекращающегося давления со стороны родных и близких — в гораздо более комфортную для него ситуацию, когда и внешнее, и внутреннее давление (этот момент нужно проговаривать лишь при наличии соответствующего доверительного признания клиента на предыдущей стадии контакта) существенно уменьшается, и вместо этого появляются реальные обнадеживающие перспективы. Т.е. основной тезис, с которым клиент обратился на прием: «Из двух зол — меньшее» должен быть трансформирован в другой тезис: «Из двух благ — большее». При этом в качестве основных негативных и позитивных стимулов продвижения клиента в данном направлении следует использовать абсолютно реальные факты «прессинга» со стороны значимых лиц и только что возникшие отношения доверия между клиентом и терапевтом.

Пользуясь тем, что клиент к этому моменту должен находиться в пластическом состоянии, проводится ресурсная техника диссоциации и выведения клиента за рамки проблемы: терапевт, который до этого проявлял акцентированный интерес к взаимоотношениям клиента с его близкими, предлагает вернуться к этому вопросу, помещая лист бумаги (на котором далее вычерчивается проблемная схема отношений) в левом нижнем от клиента поле прошлого опыта. При расчерчивании схемы и соответствующих комментариях все глагольные формы употребляются в прошедшем времени. Внимание клиента акцентируется на позиции родных и близких, т.е. проблема злоупотребления или зависимости комментируется терапевтом от их лица, но не от своего собственного.

В ходе обсуждения терапевт, за счет использования невербальных сигналов, с одной стороны все более углубляет диссоциацию клиента с проблемной ситуацией, отправляя ее в поле прошлого. А с другой — присоединяет клиента к себе-ресурсному, пребывающему в настоящем и разворачивающемуся в будущее. Таким образом достигается актуализация креативно-пластических ресурсов клиента.

Далее последовательно реализуются три технических блока СПП: «лестница потерь», «лестница приобретений», проводимые с актуализацией активного воображения по Дж. Каутела, «Витязь на распутье», в тех вариантах, которые наиболее уместны в конкретной ситуации. При этом желательно, чтобы «лестницу потерь», неизбежных при продолжении употребления ПАВ, от лица своих родных и близких воспроизвел сам клиент — это будут его ответы на вопросы психотерапевта: «Как

Вы думаете, почему родные и близкие продолжают беспокоиться за Вас?», «Чему именно они являлись свидетелями, наблюдая за теми, кто продолжал бесконтрольно употреблять алкоголь или наркотики?» и другие вопросы. При этом клиенту, находящемуся в диссоциированном полюсе безопасности, достаточно легко воспроизвести и систематизировать все ступени неизбежных моральных, социальных, физиологических, материальных потерь, включая и потерю жизни. Существенная разница здесь будет заключаться в том, что ранее все эти аргументы клиент воспринимал (правильнее сказать — не воспринимал), пребывая в конфонтационной, защитной метапозиции, т.е. в таком состоянии, когда информация в лучшем случае игнорируется, а в худшем — вызывает раздражение, агрессию и обратную импульсивную реакцию. В терапевтической ситуации клиент, обычно без какого-либо сопротивления, вычерчивает лестницу потерь и путешествует по ней в технике активного воображения по Дж. Каутела. Таким образом формируется одно из направлений движения клиента в следующем техническом блоке — «Витязь на распутье» — неявно отправляемое в прошлое.

После необходимой паузы психотерапевт акцентированным жестом переворачивает расчерченную схему на чистую сторону (символ предложения начать все с чистого листа), перемещается в левый от клиента угол, закрывая поле прошлого. Разворачивая (с использованием приемов направленного жеста, взгляда и др.) клиента в поле будущего, терапевт предлагает воспроизвести ситуацию, когда «овцы» (т.е. опасющиеся за его здоровье и жизнь близкие и значимые для него люди) — сыты, а «волк» (т.е. он сам, агрессивно отбивающийся от их опеки) остается, как минимум, целым и как максимум — с большой пользой для себя приобретает новые навыки совладания с кризисными ситуациями. При соответствующем позитивном подкреплении (работа жестами, голосом, определенными эмоциональными реакциями) нужные альтернативы обычно находятся. А «лестница приобретений», проживаемая в технике активного воображения, формируется достаточно быстро.

После следующей паузы (в ходе чего психотерапевт может перевоплотиться в «живые весы», как бы взвешивая на ладонях один и другой сценарии: позитивным сигналом здесь будет присоединение клиента к этому действию) клиенту предлагается еще раз, теперь уже с позиции человека, стоящего на распутье, оценить преимущества и издержки каждого направления. При этом, как и на предыдущих этапах, никакого давления или попыток ускорить процесс принятия решения со стороны психотерапевта быть не должно. Напротив, в случае возникновения какой-либо заминки со стороны клиента терапевт должен подтвердить лишь то, что это, во-первых, еще только оценка возможных альтернатив. Решение может быть принято в то время, когда клиент к этому готов. Перспективы — и одна, и другая — прояснились, и этого достаточно. Когда у него возникнет потребность — можно будет вернуться к этому вопросу (таким образом еще раз подтверждается безопасность клиента и закладывается сценарий актуализации потребности к продолжению терапевтической работы). Часто это единственное, чего можно добиться на первой встрече.

Если сессия завершается вторым этапом полимодальной мотивационной психотерапии, то вероятность следующей встречи будет колебаться в пределах 60%. Что, в целом, можно оценить как положительный результат. В случае же, если клиент высказывает твердое или осторожное намерение следовать теперь новым путем, можно переходить на следующий этап терапевтической сессии.

*На третьем этапе* основной используемой технологией СПП является мотивационное информирование с одновременным выстраиванием адекватного сценария осво-

бождения от зависимости. Стержневая линия данной технологии — обнадеживающая правда, которую следует донести до клиента таким образом, чтобы усилить, а не расшатать имеющуюся у него к этому моменту конструктивную мотивацию. Правда состоит в том, что дистанция между решением и реальным освобождением от зависимости может быть достаточно длинной и потребует от клиента немалых усилий. В то же время эта дистанция состоит из конкретных шагов, с ясными и понятными целями каждого шага. И силы клиента с каждым преодоленным участком будут только увеличиваться. Но, кроме того, следует иметь в виду, что основные препятствия на этом пути — это, в первую очередь: страх общественного остракизма («узнают, что я — алкоголик или наркоман, и мне уже не подняться»), страх постановки на учет в наркологическое учреждение («от этого уже не отмыться»), страх поражения в правах («не примут или выгонят с работы, лишат водительских или родительских прав» и т.д.); неприемлемость условий оказания профильной помощи, узкий ассортимент и низкое качество услуг. Еще одним препятствием у лиц с большим стажем употребления ПАВ и безуспешными попытками лечения в прошлом является перегруженность «пораженческими» сценариями («все бесполезно — я пробовал, я знаю»).

С учетом всего сказанного клиенту предлагают, во-первых, мысленно (с использованием уже апробированной технологии активного воображения) перенестись на тот рубеж, где он чувствует себя полностью здоровым и освобожденным от зависимости. На этом рубеже, с ненавязчивыми подсказками-вопросами психотерапевта, выстраиваются точные характеристики состояния, когда действительно можно будет иметь возможность контролировать свое поведение и без помех добиваться самых главных жизненных целей. Далее клиента просят мысленно измерить расстояние от точки настоящего до этого намеченного рубежа, и условно обозначить его в пространстве помещения, где проводится терапевтическая сессия. Продвижение по выстроенной таким образом дистанции будет осуществляться за счет совместного обсуждения конкретных шагов, которые клиенту представляются важными. Терапевт при этом обращает внимание клиента на то, что с начала движения в соответствии с намеченными этапами ситуация меняется — вместо общего фронта проблем, выстроенных перед клиентом в поперечную линию или нагроможденных друг на друга, теперь в каждый момент времени он решает только лишь конкретную и вполне «подъемную» для него задачу, постоянно прибавляя уверенности в собственных силах.

Специально следует обсудить вопросы обеспечения безопасности, доступности и высокого качества профессиональной помощи, предоставляемой клиенту на разных этапах данного пути. В числе прочего желательно обсудить возможности улучшения семейной ситуации, например, за счет проведения квалифицированной семейной психотерапии, а также поэтапного решения социальных проблем. В завершение данного обсуждения клиенту предлагается вновь мысленно измерить дистанцию до искомого конечного результата и сопоставить ее с первоначальным вариантом. Обычно эта новая дистанция оказывается существенно короче. Психотерапевт обращает внимание клиента на данный примечательный факт и предлагает интерпретировать его. Итоговый вариант такой интерпретации часто заключается в том, что с прояснением всего того, что в реальности происходит с клиентом, появлении продуманных, понятно распланированных шагов по решению проблем в сфере потребления алкоголя, наркотиков и других значимых проблем, и особенно с началом движения по этой дистанции — время уже работает на клиента, а не против него, искомый результат приближается, а не отдаляется.

Позитивным сигналом по закреплению третьего этапа и терапевтической сессии в целом является просьба клиента о следующей встрече по обсуждению конкретных вариантов участия в терапевтических программах.

Хорошим результатом считается достижение 70% показателя вероятности следующей встречи.

Следует иметь в виду, что для прохождения всех трех этапов СПП может понадобиться не одна, а несколько терапевтических сессий.

Другим способом измерения промежуточных индикаторов эффективности СПП, проводимой на этапе первичной наркологической помощи, является определение динамики стадий изменения поведения по модели Д. Прохазки и К. ДиКлементе с помощью специального опросника URICA.

На *этапе амбулаторной и стационарной реабилитации* в работе с таким наиболее часто встречающимся запросом как постоянное или эпизодическое влечение к ПАВ, используются:

1. техники с акцентом на поведенческий компонент, предусматривающие: идентификацию триггеров, запускающих или актуализирующих патологическое влечение (центральных, периферических, специальных, ассоциативных и др.); поиск и нахождение — в режиме креативного штурма и деятельной поддержки всех участников терапевтического процесса, действующих в модели группового терапевта — так называемой копинговой пары, эффективно блокирующей идентифицированный механизм запуска патологического влечения. Это могут быть копинговые мысли, действия, эмоции, способы отвлечения и другие формы активности, однозначно помогающие в заявленной кризисной ситуации. Найденные формы блокирующей активности проходят проверку в технологиях активного воображения, затем в репетициях действием. Последнее может носить характер фрагмента психодрамы или ролевой игры, когда между участниками распределяются символические функции-роли: триггера, активных копингов, командира. Важно, чтобы инициативный пациент побывал во всех функциональных ролях, но главное — в роли командира, который является, безусловно, главной фигурой и умеет нейтрализовать любую опасность. В этом статусе инициативный пациент и завершает встроенную сессию. Главная терапевтическая идея здесь понятна — актуализирующееся патологическое влечение не может быть оставлено без блокирующей пары — этот жесткий копинг иницируется, подкрепляется и укореняется всеми возможными средствами;

2. техники с акцентом на нейрофизиологический компонент — это способы «скорой помощи», когда необходимо очень быстро и эффективно подавить поднимающуюся волну актуализированного влечения за счет реализации следующего четкого алгоритма — самомассажа биологически активной точки Хэ-гу (4-5 минут, с двух сторон); одновременное глубокое диафрагмальное — так называемое «брюшное» — дыхание (15-20 глубоких вдохов и выдохов); глубокий массаж лица — 3-4 минуты горячим влажным полотенцем. Инициативному пациенту и всей группе объясняют нейрофизиологические механизмы ультрабыстрого подавления патологического влечения (которые в действительности имеют место), притом что одновременно действуют и момент отвлечения, и собственно нейрофизиологический механизм, обеспечивающий экстренный выброс эндогенных нейроромонов, эффективно «снимающих» кризисное состояние и продолжающих свое действие несколько часов. Этого времени обычно хватает, чтобы пережить волну кризиса в относительно комфортном состоянии. Техника демонстрируется на том из участников группы, который отмечает у себя признаки влечения или испытывает какое-либо недомогание — например, головные боли и

др. При правильно проводимом техническом действии, подготовленном и встроенном стыковочном сценарии, признаки актуализированного влечения, болевые или любые другие неприятные ощущения будут редуцированы, а пациент будет находиться в акцентированно спокойном и слегка сонливом состоянии. Завершается техническое действие формированием сценария будущего, выстраиваемого в том духе, что освоенное средство «скорой помощи» действует таким образом, что и без активного применения будет блокировать импульсы патологического влечения. Что, собственно, является клиническим фактом — патологические импульсы после проведения такой техники отмечаются существенно реже;

3. техники с акцентом на эффект «наводнения» — используются с целью актуализации и позитивного подкрепления активной личностной позиции пациента в отношении имеющихся признаков патологического влечения и их эффективной редукции в режиме «наводнения» — т.е. предельно возможного обострения конфликта. В этом случае вокруг инициативного пациента формируются две группы, одна из которых символизирует влечение к ПАВ, а другая — стремление пациента к освобождению от зависимости. Группы получают инструкции в отношении того, что нужно говорить или даже кричать пациенту, «растаскиваемому» в противоположные стороны достаточно энергичными усилиями противодействующих сторон (это важный момент идентификации борющихся мотивов). Пациент таких инструкций не получает, в связи с чем уровень его фрустрации нарастает. Реализация техники начинается в акцентированно напряженной обстановке, с нарастающим ажиотажем и шумовыми эффектами. Инициативный пациент при этом испытывает серьезный телесный и психологический дискомфорт. Наконец на пике напряжения он получает жесткую инструкцию включиться самому, «если он не хочет, чтобы его разорвали». В конечном итоге именно активные усилия пациента и обеспечивает «победу» сопротивляющейся влечению стороны, перетягивающей и рассеивающей участников другой группы, символизирующей патологическое влечение. При этом пациент, испытывая интенсивные чувства физического и психологического облегчения, получает важный урок того, что именно его активная позиция и усилия по «перетаскиванию» себя на «светлую» сторону способны подавить и рассеять поднимающуюся волну патологического влечения. Однако при этом важно иметь «сторонников» в виде актуальных и сильных мотивов по сохранению трезвости, освобождению от зависимости;

4. техника с опорой на диссоциацию и конфронтацию — в данном случае акцент делается на: формирование навыка диссоциации патологического влечения от нормативной стержня личности, т.е. самого пациента; презентации образа патологического влечения во внешнем пространстве (эту роль может исполнять кто-либо из участников группы); обострение конфликта в режиме диалога, в ходе чего у пациента формируется выигрышная стратегия преодоления. Однако основной терапевтический фактор в данном случае связан с тем, что конфликт из внутреннего переходит в статус внешнего — т.е. между пациентом и патологическим влечением выстраивается некая дистанция, охраняющая и помогающая ему реализовать эффективные защитные действия;

5. техники с опорой на когнитивный компонент и реформирование деструктивной интерпретации синдрома патологического влечения к ПАВ на конструктивную — в данном случае имеет значение полноценная проработка с пациентами истинной картины того, что происходит в организме человека при обострении патологического влечения. При этом в максимально наглядной форме излагаются основные тезисы нейрофизиологического механизма актуализации синдрома влечения в том контексте, что сам по себе синдром патологического влечения — это дефицит определенных ней-

рогормонов, которые долгое время замещались психоактивным веществом и перестали вырабатываться в нормальном режиме. Восстановление этого нормального режима происходит волнообразно. В период максимального спада уровня естественных нейроромонов мозг посылает усиленный сигнал для стимуляции его «производства» и активизации соответствующих структур нейроэндокринной системы организма. Этот сигнал и воспринимается как обострение влечения, хотя на самом деле — это мощный стимул к восстановлению нормативной функции центральной нервной системы. Все, что нужно делать в этом случае — правильно понимать, что происходит, и «переправлять» этот сигнал по прямому адресу — глубинным структурам нейрогуморальной системы. Лучше это делать с использованием активного воображения (здесь должна быть проработана определенная последовательность визуального ряда, которая может быть подкреплена соответствующим ролевым действием). Результатом будет значительно более быстрое восстановление нормативного уровня нейроромонов, необходимого для комфортного состояния пациента.

Таким образом, деструктивная и опасная для пациента интерпретация имеющихся у него признаков патологического влечения трансформируется в конструктивную, существенно более безопасную и направленную на восстановление самоорганизующих функций;

6. техники с опорой на арт-терапевтический катарсис — в данном случае основной терапевтический фактор связан с возможностью полноценного воспроизведения и отреагирования всего комплекса препятствий, связанных с «тягой» к алкоголю или наркотику в арт-терапевтическом контексте. Обычно это рисунок, но могут использоваться и другие формы — скульптура, живая скульптура, рассказ и др. Важным здесь представляется то обстоятельство, что пациенты, при правильной организации арт-терапевтической сессии, находятся в состоянии креативного транса, т.е. в режиме максимальной гиперпластики. И то, что творчество — это есть диссоциация творца с предметом творения и возможность какой угодно трансформации этого предмета (в данном случае — фантома патологического влечения). Таким образом, пациенты, во-первых, эффективно освобождаются от травмирующих переживаний, связанных с комплексом патологического влечения, а во-вторых — трансформируют этот комплекс в нужном для себя направлении;

7. техники с опорой на активное воображение и ресурсно-ориентированную психотерапию — в данном случае внимание пациента обращается на то обстоятельство, что если феномен влечения есть то, что он ощущает в каком-то сегменте внутреннего пространства (при этом устанавливаются характеристики и координаты этого сегмента), то от этого тягостного чувства можно освободиться, путешествуя в другой, отдаленный от этого первого места сегмент внутреннего пространства. Далее, с использованием технологии активного воображения и ресурсных воспоминаний, выстраивают «безопасное место», где пациент чувствует себя абсолютно комфортно. Формируется маршрут — алгоритм актуализации ресурсного статуса пациента — путешествие к «безопасному месту». Обсуждаются возможности использования этих новых навыков для профилактики стрессовых ситуаций, которые, в свою очередь, могут являться механизмами запуска патологического влечения;

8. техники с акцентом на телесно-ориентированную терапию — в данном случае основной механизм терапевтического воздействия заключается в «привязывании» признаков патологического влечения к определенному телесному сегменту (в данном сегменте обычно концентрируются болевые или иные неприятные ощущения, признаки мышечного напряжения). И далее, за счет интенсивной работы с этим телесным

сегментом, редуцируются признаки патологического влечения. Важным здесь представляется возможность формирования кинестетического трансa, и далее, в условиях терапевтической гиперпластики — формирования программы редукции синдрома патологического влечения за счет интенсивного воздействия на идентифицированный телесный сегмент. При необходимости такой алгоритм может воспроизводиться самостоятельно;

9. техники с акцентом на диссоциацию нормативного и патологического личностных статусов — основной терапевтический смысл данного подхода заключается в том, что патологическое влечение в данном случае используется как стимул для конструктивного личностного развития пациента, актуализации общего терапевтического алгоритма программы МСР.

Начальный акцент данной технологии делается на выяснении главного вопроса — кто на самом деле испытывает влечение к алкоголю или наркотику — тот внутренний «сожитель» пациента, который привел его к наркотику и не хочет отпускать, или же та набирающая силу личность, которая хочет научиться управлять своим поведением и вернуть свободу. Полярные характеристики этих личностных статусов идентифицируются с наиболее возможной точностью и с помощью креативной групповой поддержки. Далее, определяются стратегии, с помощью которых каждый из поименованных личностных статусов стремится достигнуть своих целей. В частности, устанавливается, что базисная стратегия патологического личностного статуса как раз и заключается в актуализации синдрома патологического влечения и формировании протестных реакций в отношении терапевтического режима и др. В то же время базисной стратегией растущего нормативного личностного статуса является скорость терапевтических изменений в избранном направлении. При достижении определенной скорости «посылаемые» волны тяги к алкоголю или наркотику просто не догоняют и не находят пациента, стремительнодвигающегося к своей цели. Причем на этом пути он и приобретает свое основное качество — устойчивость к любым атакам и повторному вовлечению в химическую и любую другую зависимость. Все вышеприведенные тезисы могут быть проиллюстрированы ролевой игрой или соответствующим психодраматическим фрагментом.

Основным результатом данного технического действия является актуализация и усиление нормативного личностного статуса, стратегии по адекватному достижению главной цели; редукция синдрома патологического влечения;

10. техники, основанные на прямом контакте с внесознательными инстанциями — реализация данного технического блока требует специального навыка и большого опыта работы у специалиста-психотерапевта; в групповых форматах использование данной технологии в контексте СПП не рекомендуется; в индивидуальном формате техника прямого контакта с внесознательными инстанциями используется лишь в критических ситуациях, когда предшествующие технологические попытки были unsuccessfulы, и пациент в силу этого обстоятельства готов прервать терапевтический контракт. Имеет значение и определенная готовность пациента к тому, например, что «Сила более могущественная, чем мы, поможет вернуть контроль над своим состоянием и поведением» (далеко не все зависимые лица привержены к такого рода тезисам).

Терапевтическая процедура в случае наличия всех вышеобозначенных условий проводится в четыре этапа:

- идентификация и диссоциация суперресурсных инстанций и установление контакта с ними;

- подтверждение намерений об освобождении клиента от тягостного для него влечения к употреблению алкоголя или наркотика;
- реализация специальной процедуры освобождения с достижением критической редукции синдрома патологического влечения к ПАВ;
- выстраивание адекватного сценария со-участия суперресурсных инстанций в формировании удовлетворительного физического и психического состояния пациента в ближайшем будущем.

Сама по себе техническая процедура оформляется в соответствии с личным мифом пациента и разработанным стыковочным сценарием.

Формируемый сценарий будущего должен включать тезис о том, что суперресурсные инстанции оказывают помощь и поддержку тому, кто сам разворачивается навстречу своей новой судьбе.

Все вышеприведенные в настоящем разделе технические подходы, реализуемые в работе с осознаваемыми и неосознаваемыми проблемами, иллюстрируют возможность эффективного использования гиперпластического потенциала универсального (глубинного) уровня развивающей коммуникации, а также возможность адекватной диссоциации, презентации и трансформации актуального содержания терапевтических мишеней, последующей ассоциации полученных ресурсных конструкций в обновленный статус клиента. Т.е. подтверждается тот факт, что макротехнологическое и метатехнологическое содержание стратегической полимодальной психотерапии отнюдь не являются какими-то отвлеченными абстракциями. Напротив, эти «большие» технологии всегда присутствуют в конкретной терапевтической сессии, обеспечивая гиперпротекцию структурированных технических действий.

### *Данные об эффективности*

В специальном фрагменте комплексного исследовательского проекта было проведено изучение сравнительной эффективности традиционных психотерапевтических подходов и разработанной инновационной (с использованием модели двухуровневой развивающей коммуникации) технологии стратегической полимодальной групповой психотерапии, встроенной в стандартную программу медико-социальной реабилитации наиболее тяжелого контингента зависимых от ПАВ — больных героиновой наркоманией. В частности, было установлено, что показатели динамики полноценного формирования свойств психологического здоровья-устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, существенно более высокие в экспериментальной группе (в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе), обнаруживали отчетливую и устойчивую положительную корреляцию с длительностью и качеством ремиссии. Так, отсутствие ремиссии в экспериментальной группе наблюдалось в 1,7 раза реже, чем в контрольной. А частота выхода в устойчивую ремиссию (более 12 месяцев) отмечалась в 4,1 раза чаще (30,12% выхода в устойчивую ремиссию против 7,32%). Также для экспериментальной группы были характерны существенно более высокие показатели положительной социальной динамики и качества жизни (Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2003; Титова В.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005).

### *Заключение*

Приведенные данные раскрывают наиболее существенные характеристики метода стратегической полимодальной психотерапии (полное описание стандартного инстру-



ментария структурированных технологий СПП в ограниченном формате главы настоящего руководства — крайне затруднительно).

Более высокая эффективность настоящего метода в сравнении с традиционными подходами, доказанная в корректных экспериментах и в работе с наиболее проблемными (с точки зрения тяжести клинических признаков зависимости) группами, не вызывает сомнений.

Однако еще более важной нам представляется оценка метода профессиональными терапевтами, использующими технологии СПП в своей практике. Согласно такой оценке, наиболее сложным и в то же время привлекательным аспектом СПП представляется возможность сочетания продуманных и очевидно эффективных универсальных методов, а также множественного арсенала структурированных техник (которые необходимо знать и владеть ими в совершенстве). В этом случае происходит качественный сдвиг, связанный с возможностью формирования уникальных терапевтических проектов, отвечающих сущностным потребностям и особенностям каждого пациента.

С нашей точки зрения, именно по этому пути и будет развиваться современная профессиональная психотерапия.

### Специальные подходы когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении зависимостей по А.Н. Еричеву

Отличительными особенностями когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) являются эффективность в условиях наркологической практики, структурированность, воспроизводимость (реализовывать базовые навыки может врач различной специализации, психолог, медсестра, прошедшие обучение). Для улучшения воспроизводимости используются печатные материалы, один блок которых может быть ориентирован на врачей, а другой на пациентов. Например, в ходе разработки комплексной программы лечения алкогольной зависимости «Точка Трезвости» (Дудко Т.Н., Белокрылов И.В., Еричев А.Н., 2011) были созданы и внедрены в клиническую практику три вида рабочих тетрадей: для врачей, для пациентов, для родственников пациентов. Все рабочие тетради согласованы между собой, материалы для пациентов и их родственников выполнены в стиле библиотерапии (читая материал, разбитый по занятиям, пациент закрепляет и прорабатывает информацию, полученную во время очных психотерапевтических сессий, а также имеет возможность двигаться в более быстром темпе, изучая теорию и отрабатывая задания на практике, материал для врачей пошагово описывает, как можно проводить каждое из занятий программы, варианты домашних заданий для пациентов).

Для улучшения помощи пациентам, страдающим зависимостью от никотина, создано методическое пособие для врачей (ориентированное в большей степени на специалистов не психотерапевтического профиля), пошагово описывающее базовые навыки когнитивно-поведенческой психотерапии, необходимые для работы с курильщиками.

Работе с избыточным весом посвящено методическое пособие: «Когнитивно-поведенческая психотерапия избыточной массы тела» (Еричев А.Н., Бобровский А.В., Федоров А.П., 2011).

Структура психотерапевтических программ при работе с химическими и нехимическими зависимостями имеет свои общие черты и отличия. В данной работе мы

остановимся на основных техниках, которые могут быть использованы при работе с большинством аддиктов.

Характерной особенностью когнитивно-поведенческой психотерапии является также максимальная близость ее с медицинской моделью психотерапии вообще. Это в частности связано с тем обстоятельством, что КПП не противопоставляет себя психофармакотерапии. КПП и биологические методы лечения могут использоваться в структуре комплексного подхода, дополняя и усиливая друг друга. Более того, в содержании такой психотерапевтической программы заложена работа по поддержанию медикаментозного комплайенса.

При проведении КПП могут использоваться и поведенческие техники, задачами которых является непосредственное изменение поведения.

Когнитивная психотерапия как самостоятельное направление психотерапии сложилась в рамках психоанализа и была в значительной степени реакцией, направленной на возвращение сознанию большей роли, чем ему придавалось в классическом психоанализе (роль эпифеномена, следующего за бессознательной мотивацией). Когнитивная психотерапия выступила с утверждением, что «в сознании человек находит ключ к пониманию и разрешению своих психологических проблем и эмоциональных расстройств» (Бек А., 1993). В начале своего возникновения когнитивная психотерапия была представлена двумя основными направлениями: рационально-эмоциональной психотерапией А. Эллиса (1962) и когнитивной психотерапией А. Бека (1976), которые и до настоящего времени остаются наиболее популярными ветвями когнитивной психотерапии. Когнитивная психотерапия предполагает взаимное сотрудничество психотерапевта и пациента при отношении между ними, приближающимися к партнерским. Пациент и психотерапевт должны в самом начале достичь соглашения в отношении цели психотерапии (центральной проблемы, подлежащей коррекции), средств ее достижения, возможной продолжительности лечения. Чтобы психотерапия была успешной, пациент должен, в общем, принять базисное положение когнитивной психотерапии о зависимости эмоций и поведения от мышления: «Если мы хотим изменять чувства и поведение, надо изменять вызвавшие их идеи».

Центральным понятием КПП является понятие схемы, через которую человек воспринимает и интерпретирует окружающий мир. Схема — промежуточная переменная, которая предопределяет воздействие окружения на индивида. Иными словами, не событие само по себе, а значения, которыми через призму схемы наделяет человек окружающие объекты и явления, его установки и ожидания относительно них и определяют, прежде всего, его поведение (Федоров А.П., 2002).

Наиболее простой и прямой путь воздействия на зависимое поведение — воздействие на неадекватные когниции (мысли, установки, ожидания).

Необходимость прямого воздействия на когнитивную сферу понятна, например, в случае с человеком, страдающим алкогольной зависимостью. Несмотря на то, что объективно много факторов говорит о необходимости прекратить употребление алкоголя (утрата количественного контроля за выпитым, тяжелое похмелье, развитие осложнений со стороны телесной сферы, проблемы на работе, сложности в семье и т.д.), человек думает, что он может самостоятельно научиться контролировать прием алкоголя, а поэтому «чуть-чуть не повредит». В результате такой позиции индивидуума у него неоднократно происходят срывы при параллельном прогрессировании зависимости. Следует подчеркнуть, что у такого человека мысли (когниции) могут фактически стать программой самореализующихся пророчеств, направленных на поддержание стереотипа употребления алкоголя. В этом случае мотивация к отказу от алкоголя носит по-

верхностный, формальный характер, а поиск врача и выбор методов лечения ложится на супругу, так как сам больной уверен, что «лечение мне не поможет, все наркологи шарлатаны». Он принимает в лечении пассивное участие, не прикладывает собственных усилий, а зачастую и саботирует приход на консультации, после чего — «срывается», считая виноватым врача и жену, так как они заставили «несчастливого» лечиться. Следствием такой ситуации является рост убежденности пациента в том, что предлагаемое ему лечение не помогает.

Сказанное делает понятным, почему именно при проведении КПП предполагается принятие пациентом гипотезы о влиянии мыслей на поведение. Только после принятия этой гипотезы возможно начало работы с пациентом.

КПП имеет целью изменять прежде всего эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей. Возможность таких изменений основана на связи мыслей и эмоций. С точки зрения КПП мысли (убеждения) являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние и поведение. Иными словами, в конкретной ситуации эмоция человека зависит от того, как именно он интерпретирует определенное событие. Не внешние события и люди, а наши мысли по поводу этих событий и этих лиц вызывают различные (в том числе и негативные) чувства. С этой точки зрения воздействие на мысли является более коротким путем достижения изменения эмоций и, благодаря формированию новых когнитивных установок, трансформации поведения.

Когниции (когнитивные установки) могут быть разных уровней. Самый поверхностный из них — уровень автоматических мыслей, затем идет уровень промежуточных убеждений и, наконец, глубинных убеждений, которые, как следует из названия, составляют когнитивный фундамент.

Для улучшения наглядности установки иногда изображают в виде перевернутой пирамиды, основание которой — это поверхностные установки (автоматические мысли), их может быть достаточно много, вершина — глубинные установки (глубинные убеждения), они единичны, а между автоматическими мыслями и глубинными убеждениями находятся промежуточные установки (промежуточные убеждения). Остановимся на установках разных уровней подробнее.

Автоматические мысли — это поток мышления, который существует параллельно с более осознаваемым индивидом потоком мыслей (Beck A., 1993). Автоматические мысли возникают спонтанно и не основаны на рефлексии (размышлении, обдумывании). Люди чаще осознают эмоции, вызванные автоматическими мыслями, а не их содержание. В силу этого автоматические мысли обычно воспринимаются без их трезвой оценки. Например, человек, находящийся на мосту, может думать, что он вот-вот упадет и, в результате таких мыслей, вызывать автоматизированные тревожные переживания, хотя для падения с моста нет никаких объективных предпосылок. Именно поэтому в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии пациента учат выявлять собственные автоматические мысли, подбирать более рациональную альтернативу и, таким образом, корректировать эмоции и поведение человека.

Автоматические мысли формируются под влиянием промежуточных и глубинных убеждений (установок).

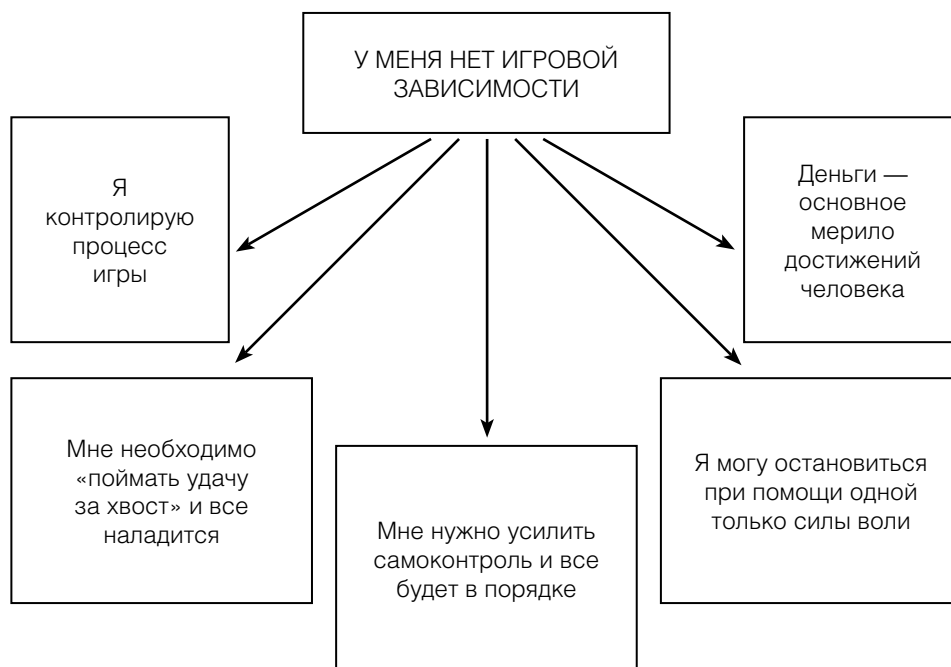
Глубинные убеждения (установки) — это фундаментальный уровень убеждений, сформированный, как правило, в детском возрасте. На формирование глубинных установок значительное влияние оказывают особенности внутрисемейных взаимоотношений. Глубинные убеждения труднее корректировать, чем установки поверхностного уровня, но подобная работа может быть необходимой для формирования ремиссии у пациента, страдающего аддикцией.

Промежуточные убеждения (установки) занимают срединное положение между глубинными и поверхностными убеждениями. При этом они формируются на основе глубинных убеждений и чаще формулируются как «правила», жизненные принципы.

Достаточно часто различного рода убеждения (установки) оказываются неадаптивными, что в литературе отражено как понятие «неадаптивной когниции». Термин «неадаптивная когниция» применяется к любой мысли, вызывающей неадекватные или болезненные эмоции, затрудняющей решение какой-либо проблемы, приводящей к неадаптивному поведению. Неадаптивные когниции, как правило, носят характер «автоматических мыслей», они возникают без какого-либо предварительного рассуждения, рефлексивно, и для пациента всегда имеют характер вполне обоснованных, не подвергаемых сомнению убеждений. Они произвольны, не привлекают его внимания, хотя и направляют его поступки. Примером неадаптивных мыслей является, например, ситуация, когда пациент, страдающий зависимостью от никотина со стажем курения 15 лет и выкуривавший до начала лечения 35 сигарет в день, после месяца воздержания начинает думать о том, что «сделаю три затяжки и брошу». С логической точки зрения понятно, что «три затяжки» не обойдется, так как он испытывает влечение к курению, но до конца его не осознает.

Возникновение неадаптивных установок связано с прошлым пациента, когда он, будучи ребенком, не имел еще навыка проводить критический анализ своих переживаний на когнитивном уровне и не имел возможности опровергнуть их на поведенческом уровне, поскольку был ограничен и не сталкивался с ситуациями, которые могли бы их опровергнуть, или получал определенные подкрепления от социального окружения (Федоров А.П., 2002).

Когнитивная карта взаимосвязи между установками разных уровней, приводящей к проблемам в эмоциональной и/или поведенческой сфере, графически представлена ниже (на примере пациента, страдающего игровой зависимостью).





Подобные задания ежедневны, они выполняются регулярно, а не от случая к случаю!

В модели КПП отношения врача и пациента близки к партнерской позиции и напоминают взаимоотношения репетитора и ученика, изучающего иностранный язык, или тренера и спортсмена. Если пациент рассчитывает только на терапевтическую работу во время психотерапевтических сессий — это неперспективно, он не сможет добиться хороших результатов в борьбе с зависимостью. В таком случае врач уточняет у пациента, как тот представляет себе процесс борьбы с зависимостью, результатом которой должны явиться позитивные изменения. Таким образом, происходит столкновение установок зависимого человека с реальностью.

Характерное отличие КПП зависимостей от лечения других заболеваний заключается в том, что ситуацией (активирующим событием) не обязательно является какое-либо внешнее явление! Активирующим событием может быть появление тяги, желания употребить наркотическое вещество или возобновить свою игровую активность.

В процессе психотерапии пациент учится выявлять неадаптивные автоматические мысли и убеждения, критически их расценивать и находить более рациональный ответ.

Используя альтернативное расценивание, человек расширяет свой мыслительный «репертуар», что позволяет бороться с ригидными дисфункциональными мыслями. Из всего «репертуара» оценок ситуации он учится использовать наиболее адекватные контексту. Это позитивно сказывается на эмоциях (негативные эмоции быстрее преодолеваются) и поведении (человек не только отказывается от объекта зависимости, но и планомерно улучшает свою жизнь). Для лучшего понимания отдельных техник КПП необходимо остановиться на транстеоретической модели изменений, предложенной Ди Клементе и Прохаска.

### *Стадии изменения*

Работая с зависимыми, врач часто сам может испытывать негативные эмоции, связанные с «сопротивлением» пациента, его нежеланием измениться. Знание транстеоретической модели изменений поможет терапевту более эффективно использовать психотерапевтические интервенции в структуре модели когнитивно-поведенческой психотерапии и формировать реалистичные ожидания результатов их применения. Рассматривая уровень или стадию мотивации личности, удобно использовать модель стадий изменения.

#### *1. Отсутствие намерения («не готов»)*

На этом этапе пациенты не готовы даже рассмотреть возможность изменения в обозримом будущем (в ближайшие 6 месяцев), что, возможно, обусловлено незнанием негативных последствий их поведения. В случае химических и нехимических зависимостей пациенты зачастую воспринимают свое расстройство как привычку (часто даже не отрицательную), а не как проблему саму по себе. Пациенты на этой стадии не заинтересованы в общении со специалистами, изучении литературы, обсуждении или обдумывании изменений своего поведения и часто характеризуются как сопротивляющиеся или немотивированные к изменению.

#### *2. Формирование намерения («думаю об этом»)*

На этой стадии пациент готов воспринимать больше информации о возможной перемене своего поведения и больше заинтересован в этой теме в целом (задумывается

о том, что он может изменить в ближайшие 6 месяцев). Он больше знает о всех доводах «за» изменения, но он также остро воспринимает все доводы «против». Пациенты могут надолго задержаться на этой стадии, так как их тормозят противоречия, обусловленные неоднозначным балансом между приобретениями и потерями от изменений. Еще одним тормозящим фактором является страх, что изменения не получится осуществить — страх неудачи. Врач может быть настроен более оптимистично и искренне не понимать остановку пациента в процессе изменений.

### *3. Подготовка («готовлюсь измениться»)*

Эту стадию характеризует принятие пациентом решения измениться и намерение предпринять активные действия в ближайшее время (в течение месяца). В течение этого периода пациент будет разрабатывать план действий (например, продумывать план по отказу от объекта зависимости, изучать возможности психотерапевтической и лекарственной помощи, выбирать время для начала отказа). И врачу, и пациенту важно помнить, что хороший подготовительный период повышает шансы на успех.

### *4. Действия («на старт, внимание, марш!»)*

На этом этапе пациент предпринимает специфические и открытые изменения в собственном стиле жизни. Наиболее распространенной ошибкой пациента и терапевта в процессе изменения является перескакивание на действия до того, как пациент к ним готов. Пациент действительно готов, так как находится на стадии, когда он учится воплощать теоретические знания на практике ежедневно и решать проблемы, которые возникают при попытках следования новому плану.

### *5. Поддержание достигнутого состояния («удержаться там»)*

Это стадия, на которой пациент работает над тем, чтобы предупредить рецидив, и она может быть самым трудным этапом терапии (воздержание от объекта зависимости в течение 6 месяцев и более). У пациента много соблазнов вернуться к прежнему состоянию (до начала лечения), и в то же время он становится более уверенным в том, что может продолжать изменяться.

### *6. Рецидив*

Рецидив — это возврат к регулярному аддиктивному поведению после периода воздержания. Рецидиву обычно предшествует срыв — единичное или эпизодическое использование объекта зависимости, что более подробно описано в разделе «Профилактика рецидивов».

Учет стадий изменения позволяет более осознанно применять психотерапевтические и лечебные интервенции и планировать программу лечения. Важные выводы:

1. Психотерапевтическая интервенция будет эффективной, если она соответствует стадии изменения пациента. Например, попытка рассказать о возможном плане лечения на стадии 1 («отсутствие намерения») будет приводить к возникновению раздражения как у врача, так и у пациента.
2. Большинство зависимых (с помощью своих врачей-консультантов) должны пройти все этапы или, как минимум, большинство из них, на пути к жизни без объекта зависимости; поэтому каждый из этапов в процессе совместной работы может рассматриваться в качестве «успеха». Если психотерапевт помог пациенту в результате консультации немного продвинуться вперед по стадиям изменений — это уже хороший результат.

3. Пациенты могут возвращаться на более раннюю стадию изменений. Чем быстрее врач это обнаружит, тем эффективнее будут предпринятые меры.

Ниже приведена таблица соответствия интервенций врача стадии изменений и ожидаемого результата вмешательства.

Таблица 9.

**Соответствие психотерапевтической интервенции стадиям изменения и ожидаемого результата**

Стадия изменений	Основные характеристики	Интервенции	Ожидаемый результат
Отсутствие намерения («не готов»).	Не планируют менять аддиктивное поведение в течение ближайших 6 месяцев.	Прямой совет.	Незамедлительное продвижение к формированию намерения маловероятно, но возможно.
Формирование намерения («думаю об этом»).	Задумывается о том, что может начать отказываться от объекта зависимости в ближайшие 6 месяцев.	Прямой совет. Мотивационное интервью (короткая интервенция).	Переход на стадию подготовки, повышение мотивации.
Подготовка («готовлюсь измениться»).	Рассчитывает предпринять активные действия в ближайший месяц.	Мотивационное интервью с последующей разработкой плана лечения.	Формируется план лечения, определяется дата отказа от объекта зависимости, при необходимости назначаются лекарственные препараты.
Действия («на старт, внимание, марш!»).	Предпринимает активные изменения в своем стиле жизни в настоящий момент — прекратилось зависимое поведение.	Преодоление абстинентных проявлений, профилактика рецидива; Контроль эффективности и переносимости лекарственной терапии.	Формирование хорошего контакта с врачом, регулярные действия по изменению образа жизни, адекватное отношение к объему и длительности лечения. Распознавание и борьба с желанием вернуть объект зависимости.
Поддержание достигнутого состояния («удержаться там»).	Воздерживается от аддиктивного поведения в течение 6 месяцев и более.	Профилактика рецидива.	Улучшение навыков коррекции эмоционального состояния.
Рецидив.	Полный возврат к зависимому поведению (не единичный срыв, а регулярное употребление или игра).	Мотивационное интервью, анализ рецидива.	Часть пациентов возвращается к лечению, часть переходит на стадии «отсутствия намерения» и «формирования намерения».

Далее описаны конкретные техники, используемые на разных этапах терапии. Терапевтическое и доказательное обоснование техник когнитивно-поведенческой психоте-



рапии приведено в книге «Клиническое руководство по психическим расстройствам» под редакцией Дэвида Барлоу (2008) и «Клиническая психология» под редакцией М. Перре и У. Бауманна (2007).

### *Прямой совет*

Прямой совет — наиболее простой, но достаточно эффективный психотерапевтический навык, применять его имеет смысл в условиях значительного дефицита времени. Чаще всего прямой совет применяется и наиболее оправдан, если вы являетесь лечащим врачом данного пациента и выявили заболевания, которые могут быть связаны с курением, употреблением алкоголя, перееданием и т.п. Данной техникой может пользоваться не только психотерапевт, но и врач другого профиля. Так как наибольшее распространение техника прямого совета получила для работы с курящими пациентами, то описание ее построим на примере работы с зависимостью от никотина.

Исследования показали, что просто прямой совет врача может явиться для пациента значительным стимулом на пути отказа от курения. Однако статистика говорит о том, что большинство курильщиков не получало таких советов, даже проходя многократное лечение от заболеваний, вызванных никотиновой зависимостью! В отчете по итогам проведения Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в Российской Федерации, опубликованного в 2009 году, сообщается, что менее трети курильщиков (31,8%), побывавших на приеме у медицинского работника в течение последних 12 месяцев до опроса, сообщили о том, что медицинский работник посоветовал им бросить курить.

Врач и пациент обычно встречаются в той точке времени и пространства, когда игнорировать свою болезнь уже сложно. Именно в этот момент больной наиболее подвержен влиянию врача. Потратив немного времени на отработку навыка «прямых советов» и несколько минут при работе с больным в повседневной практике, Вы спасете не одну человеческую жизнь! Для этого необходимо следующее:

1. Предоставить пациенту прямую четкую обратную связь, в ходе которой необходимо описать взаимосвязь текущего заболевания с курением. Например: «Этот бронхит явился непосредственным результатом Вашего курения».
2. Выразить свою обеспокоенность: «Меня, как Вашего лечащего доктора, беспокоит Ваше курение».
3. Конкретизировать свой повод для беспокойства, по возможности приведя данные статистики и рассказать, как развивается заболевание, если человек продолжает курить.
4. Подчеркнуть, что отказ от курения может быть только личным решением пациента.
5. Выразить поддержку и описать, в чем вы можете помочь (предоставить информацию по отказу от табака, ответить на вопросы), если это интересует пациента.

Пример: «По данным лабораторных и инструментальных исследований у Вас облитерирующий эндартериит, это заболевание напрямую связано с курением. Как Ваш врач, я обеспокоен тем, сколько Вы курите, и как это может повлиять на Ваше здоровье. Курение является основным устранимым фактором риска для развития калечащих жизнь осложнений, приводящих, в том числе, к ампутациям конечностей. По статистике, если человек продолжает курить, то вероятность успешного лечения минимальна и болезнь начинает прогрессировать. Предлагаю Вам подумать об отказе от курения. Кроме Вас, это решение никто не сможет принять. Если Вам нужна информация по

тому, как отказаться от никотина, я готов Вам помочь. Что Вы думаете по этому поводу? Какие Ваши последующие шаги?»

По завершении беседы, если пациент выразил заинтересованность в отказе от курения, рекомендуется выдать пациенту рабочую тетрадь, назначить дату следующего визита. При достаточной мотивации пациента рекомендуется встречу завершить выработкой плана лечения и назначением лекарственной терапии.

В случае, если пациент настроен негативно, воспринимает «в штыки» отказ от курения, стоит подчеркнуть, что решать только ему и выразить поддержку. «В мои цели входит помощь Вам, а не давление на Вас. Уважаю Вашу точку зрения, просто поделился своей обеспокоенностью Вашим состоянием, так как при отказе от курения результаты лечения могли бы быть намного лучше. Если Вы все-таки надумаете отказаться от никотина, Вы можете обратиться ко мне или к другому специалисту».

### *Короткая интервенция*

Короткая интервенция является следующим шагом после прямого совета. Если прямой совет обычно занимает 3 минуты, то короткая интервенция рассчитана на 10-15 минут времени. В отличие от прямого совета, данная техника подразумевает не только (и не столько) донесение до пациента информации, но и проясняет видение ситуации «изнутри» и корректирует ее. Данная техника не директивна и ориентирована на активное взаимодействие с пациентом.

В нашей культуре сложился стереотип необходимости «запугивания» пациента врачом. В ряде случаев такая директивная тактика, основанная на актуализации страха за соматическое состояние, дает неплохие результаты, но имеет ряд недостатков. При директивном подходе врач очень часто начинает наталкиваться на сопротивление пациента, что приводит к появлению чувства раздражения, восприятию терапевтом своей работы как ненужной пациенту. За рубежом в результате исследований наиболее эффективными признаны недирективные техники, основанные на партнерской исследовательской позиции, помогающие актуализировать имеющиеся мотивы на лечение пациента и усиливающие противоречия между желанием сохранить привычный образ жизни (продолжать контакт с объектом зависимости) и желанием добиваться личных целей (здоровье, хороший внешний вид, позитивный пример для детей и т.д.).

Цель при короткой интервенции: повлиять на мотивацию пациента и прицельно восполнить информационный дефицит. Для этого терапевту необходимо учитывать следующее:

#### *1. Получите разрешение:*

«Хотели бы Вы поговорить о Вашем курении (переедании, азартной игре, приеме алкоголя)?». «Как Вы отнесетесь к обсуждению ... сейчас?».

#### *2. Используйте проясняющие вопросы:*

«Что Вы думаете о Вашем ... (объект зависимости)?». «Были ли у Вас проблемы, связанные с ...?». «Вызывало ли у Вас когда-либо беспокойство то, сколько Вы употребляете алкоголя (играете в компьютерные игры, выкуриваете сигарет и т.п.)?». «Что Ваши близкие люди думают о Вашей игре (приеме алкоголя, курении ...)?».

В дополнение можно провести тесты (например, тест Фагерстрема при курении, тест Кимберли-Янга при интернет-аддикции, метод ретроспективной оценки употребления алкоголя Timeline Follow Back (TLFB) при алкогольной зависимости). Использо-

вание диагностических тестов позволяет врачу уточнить имеющиеся представления о заболевании, а пациенту — объективизировать картину страдания.

*3. Интересуйтесь, что пациент знает или хотел бы знать.*

«Хотите ли вы узнать о взаимосвязи курения и возникновения бронхита у Вас?». «Что Вы знаете о влиянии курения на беременность?». «Как Вы относитесь к лекарственной помощи для отказа от курения?»

*4. Предоставляйте информацию в нейтральной форме (без осуждения):*

«Результаты исследований говорят о ...». «Чаще всего при продолжении курения болезнь прогрессирует и это приводит к...». «Использование лекарственной помощи позволяет отказаться от никотина большему проценту курильщиков, полностью самостоятельно бороться гораздо труднее — справляются сами только 5% курящих, так как зависимость от никотина очень сильная». «Мировой опыт показывает, что курение при беременности приводит к...».

вместо

«Каждый раз, когда Вы курите в присутствии своих детей, Вы подвергаете их риску...».

*5. Интересуйтесь выводами пациента.*

«Что это значит для Вас? Как я могу Вам помочь?»

*6. Предложите наметить дальнейшие шаги:*

Разработайте постоянный план лечения, включающий выполнение домашних заданий, прием лекарственной терапии и посещения клиники. «Если Вы готовы бороться с зависимостью, предлагаю следующую встречу назначить на... Вот буклет для самостоятельной работы, предлагаю начать выполнение заданий с ..., во время следующего приема мы обсудим результаты. С сегодняшнего дня рекомендую начать лекарственную терапию».

При проведении короткого вмешательства следует учитывать также приводимые ниже «подсказки».

1. Соблюдайте принцип нейтральности:

«Исследования показали...»,

«Наилучший эффект был получен от...»,

«Опыт нашей клиники показывает...».

2. Старайтесь избегать предложений, начинающихся с «Я» или «ВЫ».

3. Используйте условные слова вместо конкретных: «может быть», «более вероятно», «считается» вместо «Вам следует», «должен».

*Профилактика рецидивов в когнитивно-поведенческой психотерапии.*

Как химические, так и нехимические зависимости являются хроническими рецидивирующими заболеваниями. Соответственно, для хронических заболеваний есть две характеристики: ремиссия и обострение. Ремиссия — состояние здоровья между двумя обострениями. Многие люди приходят к жизни без объекта зависимости через несколько попыток бросить. Ремиссия может длиться очень долго, даже всю жизнь, но риск сорваться все равно существует.

Метафора: Рецидив — это подводный камень, «заботливо» расставленный зависимостью, его не видно, он под водой (часто не осознается). Капитану, чтобы не посадить

судно на мель, нужно составить лоцманскую карту. Зная подводные ловушки, капитану гораздо проще привести корабль к нужной цели.

Наша задача вместе с пациентом составить путеводную карту его выздоровления (план лечения) и на этой карте отметить наиболее опасные места. Заметно проще это сделать, если есть возможность проанализировать предыдущие срывы.

Чем отличаются друг от друга срыв и рецидив.

Срыв — это единичное употребление алкоголя (наркотиков, курение, игра и т.д.), когда пациент сорвался, сиюминутно употребил алкоголь, но все равно ориентирован на борьбу с зависимостью, продолжает бороться.

Рецидив — это возврат к предыдущему характеру поведения, сопровождающийся изменением «настроения на лечение».

Срыв не равен рецидиву, но может им стать.

Вывод: и врачу, и пациенту важно понимать, что срыв — это не катастрофа, но повод задуматься, проанализировать ситуацию и извлечь уроки.

Цель работы с пациентом: избегание рецидива, при этом пациента необходимо обучить необходимым навыкам и знаниям.

Для реализации этой цели необходимо решение следующих задач:

1. Донесение до пациента представлений о необходимости профилактики рецидивов.
2. Поддержка приверженности пациента курсу лечения для улучшения качества и стабильности полученных результатов.
3. Выработка и соблюдение плана лечения.
4. Выявление ситуаций высокого риска срывов и разработка плана действий на случай их возникновения.
5. Обучение пациента самонаблюдению для того, чтобы он мог сам оценивать изменение своего состояния (лучше осознавать влечение к объекту зависимости).
6. Обучение пациента навыкам когнитивно-поведенческой психотерапии для успешной борьбы с зависимостью.

Некоторые врачи не проводят работу с пациентами по профилактике рецидивов, так как имеют собственные страхи. Такой врач может думать: «если я буду говорить о возможности рецидива, то он точно возникнет, так как пациент будет об этом думать» или «я сам рою себе яму, говорю пациенту, что нужно воздерживаться от объекта зависимости, и тут же сообщаю про возможность срыва». Подобные страхи имеют иррациональную природу: врач упускает из вида то, что он лечит не просто плохую привычку, а хроническую болезнь — зависимость. Да, после того, как пациент смог преодолеть яркие симптомы абстиненции, ему становится намного проще, но зависимость остается с ним. Более того, в этот момент она становится наиболее коварной и провоцирует большого, исподтишка подбрасывая крамольные мысли — «выкури всего одну сигарету, от пары затяжек тебе ничего не будет» или, в случае алкогольной зависимости — «выпей кружку пива, в нем же так мало алкоголя». Следующая мысль будет такой: «Вот ты и сорвался. Тебе остается только одно — продолжать курить (пить), ведь у тебя ничего не получилось». Любой человек, отказавшийся от зависимости и не возвращающийся к ней уже несколько лет, скажет, что желание возникало у него не раз, в каких-то ситуациях было тяжело воздержаться от срыва, снились сны про то, как он выпивает (курит, употребляет наркотики, играет). Вывод: страх врача неуместен, нужно действовать, а не бояться!

Второй фактор, влияющий на работу по профилактике рецидивов, — это «шапкозакидательство» со стороны пациента. Продержавшись неделю (день, месяц), пациент

излишне оптимистичен, он считает, что теперь-то уже все хорошо, и он легко расстанется с зависимостью, не меняя ничего в жизни. Врач опять становится перед дилеммой: оптимизм и настрой на лечение — это же очень хорошо, зачем мне расстраивать человека? Но, как мы уже писали раньше, для достижения результатов требуется не только желание, но и внутренние ресурсы. В своем оптимизме пациент демонстрирует лишь наличие позитивного желания, когда он действительно готов к позитивным действиям, когда он учится воплощать теоретические знания на практике и ежедневно решать проблемы, которые возникают при попытках следования новому плану. Однако необходимо также учитывать и имеющиеся у пациента ресурсы. В связи с этим важно поддержать пациента, похвалив его за достигнутые результаты, и после этого конфронтировать с необходимостью продолжения изменений для поддержания здорового образа жизни без объекта зависимости.

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть: есть только одно эффективное средство борьбы с рецидивом — профилактика.

Для этого важен анализ предшествующего рецидива. Большая часть обращающихся за помощью пациентов уже имеет за плечами опыт борьбы с зависимостью. Важно вместе с пациентом проанализировать его предыдущий рецидив. Мы задаем вопросы в уже известном стиле сократовского диалога, уточняя, что помешало пациенту поддерживать отказ от объекта зависимости в прошлый раз. Какие ситуации были наиболее сложными? Какие эмоции способствовали срыву? Какие мысли проявлялись в голове, перед тем, как он сорвался?

Мы вместе с пациентом пытаемся выявить и обобщить признаки срыва на уровне провоцирующих событий, мыслей, эмоций и изменений в поведении. Например, провоцирующие ситуации: общение с курящими друзьями, употребление спиртного. Мысли, предшествовавшие срыву: «все равно когда-то закурю», «если выкурить одну сигарету — беды не будет». Эмоции: подавленность, раздражительность. Изменения в поведении: стал чаще бывать в употребляющих алкоголь компаниях, перестал принимать поддерживающее лечение.

Суммировать полученную информацию можно в бланке, отражающем признаки срыва.

События (провоцирующие ситуации)	Мысли, предшествовавшие срыву	Эмоции, предшествовавшие срыву	Изменения в моем поведении, предшествовавшие срыву
Мои действия при обнаружении признаков срыва			

Кризисные ситуации — это ситуации повышенного риска, в которых пациенту приходилось тяжелее всего, вне зависимости от того, сорвался он тогда или нет.

Существенным представляется выявление «каменей преткновения». У большинства людей есть 1 или 2 повторяющиеся ловушки, которые обычно бывали причиной того, что во время прошлых попыток бросить пациенты сдавались — и наступал рецидив. Добейтесь от пациента, чтобы он определил эти «камни преткновения», и затем

вместе с ним разработайте хотя бы два способа, как обойти эти ловушки, не прибегая к объекту зависимости.

Камни преткновения обычно ассоциируются с ключевыми социальными и эмоциональными раздражителями. Пример пациента, страдающего алкогольной зависимостью. Ключевые социальные раздражители: нахождение среди употребляющих алкоголь, возможность видеть процесс употребления, возможность слышать звуки наливаемого алкоголя и т.д. Такие ключевые раздражители должны быть сведены к минимуму в начале лечения, но в последующем у пациента не должно быть страха перед пребыванием на празднике, дне рождения и т.д.

Окажите помощь в разработке плана (определения и борьбы с ключевыми раздражителями).

Ключевые эмоциональные раздражители: вызывание ностальгических воспоминаний, ощущение сильных эмоций из прошлого; нахождение в любимом месте, где пациент употреблял алкоголь.

Важно научить человека определять признаки надвигающегося срыва, так как профилактика намного эффективнее работы «постфактум».

## Системная семейная психотерапия

Системная семейная психотерапия (ССП) является психотерапевтическим методом для семейно-супружеской формы психотерапии, которая занимает все более значимое место среди других методов, практикующих работу с семьями. Отличительной особенностью СПП является базирование на теории систем, соответственно, терапевт опирается на системное мышление. В нашей стране СПП была разработана Э.Г. Эйдемиллером и В. Юстицкисом (2000).

Системно-семейным психотерапевтом события изучаются в пределах того контекста, в котором они разворачиваются; внимание концентрируется в большей степени на связях и взаимоотношениях, а не на отдельных элементах и их характеристиках. Психотерапевтическая интервенция направлена на создание таких форм взаимодействия внутри системы, которые обеспечили бы ей эффективное функционирование.

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

Основной техникой СПП является вербальная коммуникация, имеющая тщательно продуманную стратегию и тактику. К «чисто» системным техническим приемам

относятся также работа с генограммой, «реконструкция системы», экстернализация симптома, работа с «рефлексирующей командой» и некоторые другие. В системной психотерапии используются метафоры, трансовые техники, рефреминг, лингвистические модели НЛП. Следует учитывать, что каждый психотерапевт формирует собственный арсенал психотерапевтических приемов в зависимости от полученной подготовки, личных предпочтений, а также от особенностей пациента, семьи, культуральных традиций. ССП проводит пара ко-терапевтов различного пола, для создания условий анализа семейных ситуаций с различных гендерных позиций, а также сохранения возможности проведения «индивидуального этапа» ССП, когда каждый из супругов будут иметь «своего» психотерапевта.

*Работа с генограммой.* Составляя генограмму, терапевт отражает состав семьи, историю развития проблемы, актуальные события в истории и текущем моменте. Он фиксирует информацию о реакциях членов семьи на важные события семейной истории, о других значимых для семьи людях, о семейных ролях, о трудных для семьи темах.

Особое внимание следует обращать при составлении генограммы на: симптомы и образцы отношений, повторяющиеся в семье, а также реакции членов семьи, изменения функциональных связей в семейной системе в ответ на изменения жизненного цикла семьи, в особенности, совпадающие с кризисными событиями.

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

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

*Техника экстернализации проблемы.* Это способ рассмотрения информации вне связи с конкретным пациентом или семьей. В основе экстернализирующего мировоззрения лежит убеждение, что проблема — это нечто, что влияет на жизнь человека, даже может пронизывать ее, но это нечто есть отдельное и отличающееся от человека образование. При приобретении экстернализирующей установки пациент отделяет себя от симптома, диссоциируется от него, т.е. приобретает способность воспринимать симптом с позиции «наблюдателя». Психотерапевту это позволяет открывать пациенту доступ к его ресурсам, новым перспективам. Экстернализируя симптом, мы его делаем видимым, включаем в семейную скульптуру (расстановку), что дает семье или пациенту новую точку зрения на проблему и возможность подключиться к ее решению.

Следует подчеркнуть, что в случаях с семьями наркоманов и больных алкоголизмом выполнение задач семейной терапии сопряжено со специфическими трудностями, поскольку члены семьи чаще всего не осознают своей роли в формировании и под-

держании зависимого поведения. Участие в лечении пациента они ограничивают тем, что настаивают на госпитализации либо другом виде лечения. Предложение о прохождении семейной психотерапии и принятии ее требований становится первой и важной психотерапевтической интервенцией. Кроме того семейному психотерапевту приходится сталкиваться с тем, что семья охотно принимает позитивные изменения до тех пор, пока они не угрожают привычному для них взаимодействию, «гомеостазу».

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

При проведении психотерапии в системной модели с зависимыми пациентами предпочтение отдается и *фокусировке психотерапии на решении*, направленной на совместный (пациента и членов его семьи) поиск выхода из сложившейся ситуации. Особое значение уделяется формированию модели выработки установки на трезвость у пациента, конструкторов трезвого поведения. Наиболее эффективными методами, открывающими перспективы для решения, являются работа со скульптурами и экстернализация симптомов. Оправдывает себя техника предписаний для членов семьи «вести себя так, как будто идентифицированный пациент продолжает употреблять ПАВ» (метод парадоксальных предписаний). На завершающем этапе терапии проводится реконструкция семейной системы (истории). Несколько сессий необходимо выделить для противорецидивной работы, посвященной проработке форм поведения членов семьи, способствующих возврату пациента к употреблению ПАВ. Курс психотерапии в может состоять из 10-20 сессий.

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

### Групповая психотерапия подростков с зависимостью от ПАВ в условиях наркологического стационара по Д.И. Громыко

Понимание причин возникновения и особенности течения зависимости от ПАВ в подростковом возрасте является важной основой для успешной психотерапевтической работы. Преодоление аддиктивного поведения представляется маловероятным без устранения триггеров заболевания. Потребление подростками ПАВ может быть обусловлено различными факторами и не всегда означает наличие зависимости. Нередко встречаются ситуации, когда прием ПАВ носит кратковременный эпизодический характер, связанный со спецификой времяпровождения подростка в определенной группе сверстников. Несистемное потребление ПАВ, как правило, не приносит существен-



ного вреда для здоровья. В тех случаях, когда потребление становится регулярным и типичным, вероятность формирования зависимости может быть очень высокой. Существенную роль в развитии зависимости играет возраст начала потребления ПАВ. По мнению Johnston et al. (1999), даже незначительное потребление наркотиков и алкоголя в начале подросткового периода (11-13 лет) является фактором риска, способствующим развитию наркотической зависимости, девиаций в поведении и трудностей в учебе. По данным авторов, пробы наркотических веществ в более поздний подростковый период не всегда приводят к возникновению аддиктивного поведения, если их потребление носит непродолжительный характер. По мнению Мацкевич М.Г. (2006) наиболее уязвимый период вовлечения в потребление ПАВ является переходный возраст с 15 до 17 лет. Знакомство с наркотиками в данный возрастной период приводит к зависимости до двух третей подростков. Если проба наркотического вещества происходила после 18 лет, зависимость наблюдалась у 12% опрошенных, а знакомство после 20 лет приводила к зависимости менее чем у 3%.

Готовность подростка к злоупотреблению ПАВ может быть обусловлена многочисленными факторами. К ним относятся: конфликтные отношения в семье, проблемы школьной успеваемости, нарушенные взаимоотношения с одноклассниками, склонность к девиантному поведению, наличие коморбидных психических заболеваний, потребление наркотиков и алкоголя членами семьи, традиции потребления ПАВ в референтной группе времяпровождения, социально неблагополучный район проживания и т.д.

Хронический характер заболевания предполагает проведение целого ряда медицинских мероприятий, способствующих выздоровлению подростка с химической зависимостью. Фармакологическая помощь позволяет устранить текущие психические и физические расстройства, возникшие в результате потребления ПАВ, но чтобы преодолеть аддиктивный характер поведения, необходимо использование психотерапевтических методов лечения. Зависимые больные часто проявляют ригидность аддиктивных установок, анозогнозию, низкую и неустойчивую мотивацию к отказу от ПАВ. Формирование мотивации к лечению и прекращению потребления ПАВ является важнейшей психотерапевтической задачей.

Изменение поведения больного от злоупотребления и хронической наркотизации к прекращению потребления ПАВ предполагает прохождение целого ряда последовательных стадий. Prohaska et al. (1992) считают, что началом процесса преобразования аддиктивного поведения является предварительное обдумывание, когда личность начинает раздумывать над проблемой зависимости, не имея реальной готовности к изменению своего поведения. Стадия обдумывания означает серьезное размышление индивида над необходимостью изменения образа жизни, но решение к началу конкретных действий еще не принято. Подготовка свидетельствует о наличии основательного намерения личности к реальному изменению своего поведения. Действие предполагает выполнение последовательных мероприятий с целью прекращения потребления ПАВ. Поддержание — это стадия, включающая осуществление совокупности мероприятий по становлению здорового образа жизни и предотвращению вероятности рецидива.

В рамках психотерапевтической помощи работу с подростком в стационаре следует начинать с мотивационного интервью (МИ), которое объединяет личностно ориентированную и когнитивно-поведенческую техники. МИ представляет собой неконфликтный, но директивный вариант взаимодействия с пациентом с целью изменения его поведения. Мотивация данной группы больных может быстро меняться и зависит от эмоционального состояния больного. При проведении МИ необходимо учитывать состояние эмоциональной сферы пациента и его собственную оценку влияния болез-

ни на жизнь. МИ включает пять клинических стратегий: проявление эмпатии, показ имеющих протiwоречий, избегание споров, приспособление к сопротивлению, поддержка собственной эффективности.

При поступлении подростка в медицинское учреждение терапевт в доверительной форме и конфиденциальных условиях предлагает обсудить проблемы, связанные со здоровьем. Задача заключается в том, чтобы выяснить мысли и чувства больного о событиях, приведших к необходимости обращения за медицинской помощью. Если в процессе общения подросток проявляет готовность к серьезному диалогу, терапевт обсуждает с ним возможные пути избегания подобных проблем в дальнейшем. С целью снижения защитных реакций, диалог строится в доверительном, сочувственном, безоценочном стиле. Следует избегать авторитарной и осуждающей формы общения. Специалист должен позиционировать себя как врача, проявляющего эмпатию к больному и стремящегося помочь ему. Следующая стадия работы с мотивацией предполагает необходимость активного усиления протiwоречий между поступками подростка и его стратегическими целями, что достигается неоднократным подчеркиванием позитивных и негативных последствий потребления ПАВ. Больного всячески следует стимулировать к обсуждению темы позитивных и негативных последствий потребления ПАВ. Вопросы должны ставиться в открытой форме. Техника рефлекторного выслушивания дает возможность выяснить не только мнение самого больного о сложившейся ситуации, но и позицию родных, друзей, сверстников. Полученные данные позволяют конкретизировать ведение интервью с учетом готовности к изменению пациента. Неагрессивный стиль диалога, отказ от споров и навешивания ярлыков является принципиальной позицией терапевта. Если обсуждение конкретного вопроса вызывает негативную реакцию больного, следует остановиться и сменить тему разговора. В процессе МИ обсуждается вопрос о будущем пациента. Проведение беседы должно быть таковым, чтобы подросток постарался всесторонне изложить свой взгляд на будущее, есть ли там место потреблению ПАВ, в каком количестве и частоте. Рассмотрение будущего под разными углами зрения способствует переоценке пациентом текущего образа жизни. Повышение самоэффективности предполагает проведение специалистом действий, направленных на поддержание у подростка стремления к изменению аддиктивного поведения. Важной частью работы является определение возможных препятствий к выздоровлению. Подлежит детальному обсуждению перечень необходимых изменений в жизни, выработка поведенческих стратегий, позволяющих нивелировать роль ПАВ в жизни больного. С согласия больного терапевт дает свои рекомендации, способствует формированию плана мероприятий по устранению возможных проблем в будущем. Успешное взаимодействие врача и пациента имеет важное значение для повышения мотивации к изменению, а применение индивидуальных стратегий позволяет достигнуть лучших результатов. Продолжительность МИ составляет 40-60 минут.

Групповая психотерапия подростков в наркологическом стационаре является групповой формой когнитивно-поведенческой психотерапии.

Проведение групповых психотерапевтических занятий для подростков с зависимостью от ПАВ в условиях стационара имеет ряд преимуществ. Больной за время пребывания в стационаре (от 30-и до 45-и дней) включается в групповые занятия, на которых с одной стороны, у него есть возможность получить и обсудить полноценную основополагающую информацию о проблемах, связанных с потреблением ПАВ в целом и лично в его случае. С другой стороны, работа в группе позволяет более эффективно в коллективной форме проработать вопросы преодоления аддиктивного поведения и выработки стратегии здорового образа жизни.

Перед началом проведения психотерапевтической работы рекомендуется обсудить с подростками правила общения в группе:

1. длительность выступления должна быть не более 1-2-х минут;
2. не перебивать собеседника;
3. не допускать иронического отношения к членам группы;
4. не ругаться и не прибегать к оскорбительным выражениям;
5. избегать обсуждения прошлых проблем или слабостей собеседника, предлагать вместо этого способы разрешения проблем;
6. сосредоточить внимание на специфических позитивных действиях, а не на огульной критике;
7. разговаривать тихо, но внятно.

Групповая психотерапия подростков с химической зависимостью должна начинаться с обсуждения причин повышенного интереса к ПАВ. Осуществляется обсуждение различных фаз аддиктивного поведения (от экспериментального потребления — до симптомов зависимости). Излагаются биологические, психологические и социальные причины пристрастия к ПАВ. Важным вопросом является привлечение подростков к изложению их видения конкретных причин формирования аддиктивного поведения. В частности, проводится оценка значения любопытства в познании ПАВ, желания сохранить статус «своего» в референтной группе, улучшения самочувствия в негативных стрессовых ситуациях, повышения работоспособности и т.д. Следующим шагом в работе является освещение концепции становления заболевания. С большими обсуждаются фазы развития зависимости: экспериментирование, злоупотребление с проявлением вредных для здоровья последствий, формирование зависимости с трансформацией биологических параметров работы организма и личностными изменениями. На первых психотерапевтических сессиях подробно описываются симптомы и особенности поведения больного на каждой стадии заболевания, даются характеристики изменений личности, связанных с потреблением ПАВ. Терапевт должен активно вовлекать подростков в дискуссию с целью осознания ими уровня подверженности аддиктивному поведению. В дальнейшем желательно, чтобы каждый больной сам изложил свое видение причин возникновения проблем с потреблением ПАВ и оценил текущее состояние здоровья.

После проработки вопросов, связанных с причинами и симптомами заболевания, следует перейти к обсуждению необходимости изменения поведения больного с зависимостью от ПАВ. Во время психотерапевтических сессий прорабатывается вопрос о целесообразности полного отказа от ПАВ. На данном этапе является важным обоснование здорового образа жизни. Каждому подростку предлагается сформулировать собственные цели и задачи, определиться, к чему у них есть интерес и стремление. В условиях открытой дискуссии обращается внимание на необходимость постановки реалистических целей. Осуществляется анализ влияния потребления ПАВ на возможность достижения успеха, реализации поставленных задач. Пациентам предлагается отразить в виде рисунка свое возможное будущее при сохранении аддиктивного поведения или в случае перехода к здоровому образу жизни. Далее исполнитель должен дать комментарий полученного изображения на групповой сессии.

Для достижения необходимых изменений в поведении важным аспектом является приобретение навыков идентификации «триггеров», потенцирующих потребление ПАВ. Различные специфические для личности факторы могут быть пусковым механизмом болезненного влечения. Важной задачей является обучение подростков способности осознавать связь между триггерами и автоматическими мыслями, которые

пробуждают потребность в ПАВ. Помощь в выявлении характерных ситуаций, чувств, событий, связанных с аддиктивным поведением, повышает способность пациента контролировать свое поведение.

При обсуждении возможных факторов срыва важное значение отводится проблеме возникновения патологического влечения к ПАВ. С подростками обсуждается необходимость приобретения навыков управления мыслями и желаниями. Рекомендуется в устной и письменной форме изложить неприятные последствия аддиктивного поведения. На групповых сессиях аргументированно излагаются преимущества воздержания от потребления ПАВ. В ролевых формах отрабатываются навыки затягивания в принятии решения о приеме ПАВ. Целесообразно проговаривать возможность получения поддержки со стороны в кризисных ситуациях, кто и где может оказать необходимую эмоциональную и психологическую помощь. В конце занятия членам группы в виде домашнего задания предлагается самостоятельно продумать возможные варианты тактики совладения с патологическим влечением к ПАВ, с последующим обсуждением на следующих сессиях.

Способность отказаться от употребления ПАВ в случаях предложения представляется чрезвычайно важным навыком для пациентов с зависимостью, т.к. подобные ситуации встречаются довольно часто. Задача терапевта обучить подростков говорить «нет» твердо и убедительно, без двойного смысла ответа. Важным вопросом является умение больного предложить альтернативный вариант времяпрепровождения, не связанный с употреблением ПАВ, а также способность перевести разговор на другую тему. В тех случаях, когда собеседник упорствует на потреблении ПАВ, для пациента является крайне принципиальным сказать твердо о том, чтобы подобные предложения больше никогда не звучали. Подростки в таких ситуациях должны иметь способность отказываться быстро и убедительно, т.к. минимальная задержка и неясный ответ воспринимается как слабость и неуверенность в себе. Ролевые игры приобретения крайне важного искусства «отказа» желательнее проводить от простых ситуаций к более сложным. Целесообразно давать «домашние» задания, чтобы подростки могли поразмыслить о возможных провокационных ситуациях, связанных с предложением ПАВ и способах преодоления ситуаций соблазна.

В работе с подростками, зависимыми от ПАВ, следует уделить должное внимание возможным рецидивам, т.к. подобный феномен нередко наблюдается в наркологической практике. На групповых занятиях прорабатывается вопрос о том, что рецидив является результатом неудачных и пораженческих мыслей, которые, в свою очередь, вызывают аддиктивное поведение. На психотерапевтических сессиях подросткам необходимо разъяснять, что возобновление потребления ПАВ — это ошибка. Но рецидив еще не значит поражение. Далее целесообразно проводить обучение конструктивному способу оценки рецидивов и преодолению возникших негативных обстоятельств. С пациентами обсуждается вопрос о том, что в таких ситуациях необходимо проанализировать, какие автоматические мысли и установки могли привести к потреблению ПАВ, осуществить ревизию когнитивных позиций. Привлечение к ролевым играм подростков в конструктивном русле позволяет более эффективно вырабатывать навыки преодоления кризисных ситуаций.

Выраженное переживание эмоции гнева является частым предиктором потребления алкоголя и наркотиков. Пациенты с зависимостью от ПАВ отмечают, что незначительный уровень гневных реакций, как правило, остается под контролем сознания, но нарастание напряжения приводит к утрате самообладания и вызывает неконтролируемую потребность в приеме ПАВ. Значимым обучающим моментом когнитивно-пове-

денческой психотерапии является приобретение навыков идентификации состояний гнева на ранних стадиях, выработка способности контролировать гнев. С подростками обсуждаются различные случаи, которые провоцируют гневные реакции, варианты недопущения их возникновения, а также возможные способы ослабления и нейтрализации гнева. Терапевтом проводится моделирование провоцирующих ситуаций, а с участниками группы в ролевых играх прорабатываются варианты их разрешения. Целесообразно предложить подросткам к следующей сессии подготовить собственные версии преодоления кризисных ситуаций, связанных с гневом, с последующим обсуждением их на групповом занятии.

Важным вопросом психотерапевтической помощи является обучение искусству принятия решения. У пациентов с зависимостью часто наблюдается появление патологического влечения и рецидив заболевания после ряда неудачных решений и действий. На групповых занятиях обращается внимание на то, что решения и поступки, изначально не имевшие отношение к потреблению ПАВ, при определенных условиях могут увеличивать вероятность возврата заболевания. Терапевт и члены группы в форме дискуссии обсуждают возможные непростые, жизненные ситуации, требующие принятия оптимального решения с целью минимизации вероятности возобновления потребления ПАВ. Приобретение навыков адекватного разрешения проблемных вопросов позволяет подросткам научиться лучше прогнозировать возможные последствия своих поступков.

Негативное мышление также считается часто встречающимся предиктором потребления ПАВ. Во время групповых занятий с пациентами целесообразно обратить внимание на высокую вероятность наличия негативного мышления и самооценки больных, что часто сопровождается тревогой и депрессивными состояниями. Терапевтом предлагается обсудить наличие подобных явлений, показывается вероятность возникновения негативного мышления в автоматической форме, проводится обучение умению опознавать различные варианты данного феномена. На сессии необходимо стремиться дать больным навыки преодоления неприятных мыслей и негативных эмоциональных состояний, выработки альтернативных и более адекватных реакций на отрицательные эмоции. Выявление связи депрессивных состояний с субъективными, ошибочными когнициями способствует формированию реалистичного восприятия окружающего мира и улучшению эмоционального состояния.

У пациентов с зависимостью на начальном этапе становления ремиссии может отмечаться чувство «пустоты» в жизни как результат прекращения поиска и потребления ПАВ. С целью предупреждения возникновения разочарований, связанных с изменением образа жизни, на групповых занятиях с подростками необходимо проговорить необходимость позитивной деятельности. Во время терапевтических сессий подчеркивается вероятность возникновения дисбаланса между обязанностями пациента по учебе (работе), в семье и ожиданиями в самореализации и способах отдыха. Следует стараться ориентировать подростков на позитивные варианты времяпровождения с низким уровнем риска в поведении. Психотерапевт и пациенты обсуждают наиболее приятные и безопасные стратегии деятельности, направленные на повышение самооценки и самореализации. Подросткам предлагается к следующей встрече продумать свой вариант позитивного времяпровождения.

Существенной психотерапевтической задачей является формирование адекватного отношения к критике, т.к. подростки часто демонстрируют неумение воспринимать критические замечания в свой адрес. Их реакция в таких случаях часто сопровождается гневом, глухой защитой и обратным переносом. На групповых сессиях терапевтом

осуществляется обучение сдержанному восприятию критических замечаний, умению прояснять причины возникшей критики. В активной форме проводится разъяснение необходимости поиска компромисса в кризисной ситуации. Весьма желательно дать подросткам навыки самоконтроля при изложении своих критических замечаний по отношению к окружающим, умения излагать претензии в ясных и четких формах, но без гнева. При этом критика должна звучать за конкретные поступки, с требованием изменения поведения оппонентов, но также с готовностью к компромиссу.

Навыки релаксации позволяют справляться с различными негативными состояниями (стресс, тревога, нарушение сна, гнев, напряжение), предшествующими обострению патологического влечения к ПАВ. Тренинг релаксации может включать чередование напряжения и расслабления различных мышечных групп с целью выработки навыков идентификации состояний напряжения и альтернативной релаксации. Проводится обучение медленному дыханию, формированию в сознании успокаивающих образов, овладению техникой «стоп мысль». Усвоение навыков релаксации позволяет подросткам лучше справляться с различными стрессовыми ситуациями.

Характерной особенностью подростков является наличие межличностных проблем, часто вызывающих дистресс и влечение к ПАВ. Когнитивно-поведенческая психотерапия может быть использована для улучшения межличностных отношений. Обсуждая с подростками важность искусства общения, необходимо подчеркивать, что умение вести диалог обеспечивает возможность прямо и эффективно излагать свое мнение с сохранением должного уважения к собеседнику. На групповых занятиях терапевтом проводится обучение пациентов аргументированному и ясному изложению своих позиций, сопровождая их эмоциями, адекватными ситуации. Важным аспектом коммуникативных навыков является ведение диалога от первого лица, способность высказывать свои соображения в рамках обсуждаемой темы. Ролевые игры в рамках групповой психотерапии и «домашние» задания по заданной тематике помогают активно усваивать правильные формы общения.

В решении проблем химической зависимости важную роль играет социальная поддержка. По мере развития заболевания часто отмечается отчуждение больного от здоровой среды, утрата контактов с близкими людьми и друзьями. Психотерапевтическая работа с подростками предполагает разъяснение связи между возникающими жизненными проблемами и эксцессами болезни, обсуждаются вопросы значимости поддержки со стороны родных и друзей для решения проблем зависимости. На групповых занятиях целесообразно в форме дискуссии проговаривать возможные пути нормализации отношений с родными, восстановление утраченных связей с друзьями и знакомыми, ведущими здоровый образ жизни. Необходимо дать информацию о медицинских и социальных службах поддержки, где в случае возникновения кризисной ситуации больной может получить доступную помощь.

Приобретение дополнительных социальных навыков, учитывая подростковый возраст и недостаточный коммуникативный опыт больных, является важной задачей когнитивно-поведенческой психотерапии. На групповых сессиях подростки могут приобрести навыки различных способов общения, включая умение начать и вести разговор, соразмерное использование невербальных форм поведения (мимика, жесты), способность ясно и прямо выражать свое мнение и эмоции с дальнейшим применением их в жизни. Искусство общения позволяет больным лучше справляться с коммуникационным дефицитом, преодолевать стигматизацию социально неадекватных и изолированных личностей, соразмерно выражать свое эмоциональное состояние, тем самым снижая риск рецидива заболевания.

Групповая психотерапия зависимости от ПАВ предполагает активное участие пациентов в работе. Пассивная позиция на групповых сессиях, часто отмечаемая у подростков, снижает уровень мотивации и чувство вовлеченности в терапевтический процесс, уменьшает шансы позитивной трансформации в когнитивной сфере и приобретения новых поведенческих форм. Работа с пациентами более эффективна, если обучение новым поведенческим стереотипам осуществляется в соответствии с потребностями больных. Для повышения вовлеченности работу с подростками, имеющими, как правило, недостаточный запас знаний и проблемы в когнитивно-интеллектуальной сфере, целесообразно начинать с простых вопросов, а затем переходить к освоению более сложных понятий и навыков. В начале каждой сессии важно выяснить текущее состояние членов группы. Затем через наводящие вопросы кратко повторить с присутствующими тему предыдущего занятия, чтобы оценить усвоение пройденного материала. Терапевт активно поощряет попытки подростка в выполнении «домашних» заданий. Имеет смысл поддержать даже минимальное старание и подвижки самостоятельного освоения больным поведенческих навыков здорового образа жизни. Позитивная оценка участия пациента в групповой психотерапии должна быть уместной. Важно обозначить конкретный аспект конструктивного поведения пациента, который достоин морального и эмоционального поощрения. Критика в адрес подростка возможна, но должна быть дозированной и не иметь глобального характера. Критические замечания целесообразно сфокусировать на каком-то одном конкретном вопросе с дальнейшим предложением рационального варианта разрешения проблемы.

Проведение групповой психотерапии с подростками предполагает гибкий подход в обсуждении тех или иных важных вопросов. Терапевт должен проявлять внимательное отношение, эмпатию, готовность откликнуться на насущные потребности пациентов. Обсуждение основных проблем, связанных с потреблением ПАВ, является важным условием эффективности психотерапевтической помощи. Однако индивидуальные проблемы больного также нуждаются в серьезной проработке. Если для подростка на текущий момент актуальна проблема межличностных отношений, будет целесообразным отложить намеченную тему занятия и сосредоточиться на помощи заинтересованному лицу, активно привлекая членов группы к обсуждению проблемной ситуации. При этом в дискуссии на заданную тему должны быть включены вопросы о том, как межличностные проблемы заинтересованного подростка влияли на потребление ПАВ, какого характера мысли и чувства возникали в той ситуации, и чем дело закончилось. В конце занятия терапевт напоминает членам группы о том, что тема межличностных отношений еще подлежит обсуждению и у группы будет возможность вернуться к данному вопросу.

Эффективность восприятия тех или иных тем зависят от индивидуальных особенностей подростка. Для одних пациентов важным вопросом является осознание связи потребления ПАВ с автоматическими мыслями и эмоциональными состояниями, для других больных поворотным моментом в решении проблем потребления ПАВ служит понимание необходимости избегания рискованных ситуаций.

Наличие сопутствующей психопатологической и патопсихологической симптоматики оказывает существенное влияние на эффективность групповой психотерапии. Низкая самооценка при депрессивном состоянии препятствует восприятию терапевтического процесса. В такой ситуации опытный терапевт может помочь подростку преодолеть депрессивное состояние, привить умение постановки адекватных целей и способов реализации поставленных задач. Наличие личностных расстройств часто препятствует эффективному участию пациента в групповых занятиях, т.к. повышен-

ная аффективность, трудности в построении межличностных отношений затрудняют работу группы. Разумное использование психотропных средств, в том числе корректоров поведения, снижают выраженность патопсихологических проявлений и облегчает привлечение больных с личностными расстройствами к групповым сессиям. Для подростков, находящихся в декомпенсированном аффективном состоянии, групповая психотерапия противопоказана.

Если во время обсуждения какой-либо темы подросток становится чрезмерно экспансивным, уводя разговор в другом направлении, важно ограничить его активность директивным способом, чтобы успеть освоить тему в отведенное сессией время. В тех случаях, когда пациенту с акцентуацией характера затруднительно контролировать свое поведение и продуктивно участвовать в групповых сессиях, терапевту целесообразно располагаться рядом с ним, чтобы в мягких формах (жестом, взглядом, мимикой и прикосновением) корректировать поведение больного.

Возможны ситуации, когда пациенты пытаются уклониться от активной работы в силу разных обстоятельств. В таких ситуациях терапевт должен проявить должную настойчивость, чтобы привлечь больного к обсуждаемой теме, и попытаться помочь подростку включиться в терапевтический процесс.

На групповых занятиях, проводимых одним терапевтом, число подростков с зависимостью от ПАВ не должно превышать 4-5 человек. Это связано с тем, что пациенты подросткового возраста легко переключаются на отвлеченные темы, при обсуждении общих вопросов могут разбиваться на более «мелкие группы по интересам» и терапевту приходится прилагать немало усилий, удерживая внимание больных на текущей теме. Если в работе принимает участие два специалиста (в том числе психолог), в группе может участвовать 8-9 больных. Длительность групповых сессий обычно составляет 30-40 минут, после чего у подростков, как правило, появляются признаки астении и повышенная отвлекаемость. В отдельных случаях продолжительность работы может составить 50-60 минут. В условиях стационара частота проводимых групповых занятий должна быть 2-3 раза в неделю.

## Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока

Метод духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зорока (ДОП ЦЗ) сформировался в процессе развития массовой эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма Г.И. Григорьева (Григорьев Г.И., 1991; Мизерене Р.В., 2000; Мизерас С.В., 2002) из метода стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко, с последующей интеграцией с направлением православной психотерапии на основе герменевтического исследования святоотеческого наследия Христианской Церкви, включая такие его разделы как аскетика, патристика и гомилетика (Ершов С.А., Зверев В.Д., Григорьев Г.И., 1995; Карвасарский Б.Д., 2002).

Метод положительно зарекомендовал себя на практике достаточно высокой эффективностью при лечении алкоголизма, наркоманий, табакокурения и иных болезнетворных влечений, приводящих человека к развитию зависимостей, действующих разрушительно не только на психику, но и на все органы и системы органов человеческого организма. По церковной терминологии, состояние зависимости идентично страстному состоянию; зависимость — страсть. По святоотеческой терминологии, страсть относится к болезненным ненормальным явлениям душевной жизни, это такое влечение, которое исключительно и односторонне возобладавало над духовным началом



в человеке. Суть страсти заключается в том, что если человеком не осуществляются самореализация как образа и подобия Божиих и, как следствие, благая жизнь в мире, то основной причиной этого являются именно страсти, вырабатывающие в человеке ложные, превратные направления всей жизнедеятельности и лишаящие его природной по сотворению способности добротолюбия и доброделания.

Центр тяжести всех страстей — и душевных и телесных — полагается в духовной сущности человека, в ее искаженном и поврежденном состоянии, т. е. в постановке самого себя в центр судьбоносной деятельности, в некую автономность путем своеумия, своеволия и самоугодия. Алкогольная и наркотическая зависимости в святоотеческом понимании диагностируются как страсть чревоугодия, или плотоугодия. В создании метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока с ориентацией на наркологические заболевания использован конкретный опыт церковной практики и духовно-психологический опыт душепопечения.

Перечень базовых источников метода ДОП ЦЗ говорит о неординарном и самостоятельном подходе при решении психотерапевтических задач, входящих в компетенцию учреждений здравоохранения. Применяемая в методе целебного зарока методология включает в себя данные естественнонаучного и вненаучного познания: клинические данные практики и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока успешно разрешает методологическое (и искусственно создавшееся) противоречие психотерапии как науки и психотерапии как искусства врачевания. Особенностью данного метода является также то, что он исходит из приоритета родного для пациентов языка, обыденного для их сознания. Наш обыденный язык ближе к богословскому, чем к естественнонаучному, что наиболее явствует, когда мы говорим о душе, ее пожеланиях и переживаниях. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного действия обеспечивают высокое качество терапевтических результатов. Результаты лечения по методу духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока подлежат как научному, в полном соответствии с принятыми в медицине методиками и критериями, анализу, так и пастырско-богословской оценке.

В научной литературе метод ДОП ЦЗ первоначально назывался методом целебного зарока, отражая только результирующий финальный этап комплексного многоэтапного психотерапевтического процесса. После медицинских и богословских научных исследований по проблеме сбалансированной методологии был сформулирован ряд концептуальных положений, лежащих в основе теории и практики метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока.

1. Природа и состав человека соотносятся с эмпирическими данными древнецерковной антропологии.
2. Этиология болезненных влечений рассматривается с учетом аскетического опыта борьбы со страстями.
3. Межличностная коммуникация в процессе оказания помощи страждущим строится в соответствии с правилами гомилетики.
4. Между естественнонаучными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и косвенные аналогии.
5. Интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводится как на научной методологической платформе, так и на основе аскетического и патристического опытного знания.

Метод является духовно ориентированной психотерапией не потому, что он имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, а как обращенный к духовному началу в человеке, т.е. к тому, что выше психики, изучаемой и врачующей естественнонаучной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, но, прежде всего, она ориентирована на анатомически невидимые и физиологически не локализованные органы в человеке: душу, дух, совесть, волю, ум. Другое обоснование целесообразности духовной направленности метода ДОП ЦЗ состоит в том, что все болезненные влечения имеют, в первую очередь, духовную обусловленность, а органические поражения и функциональные расстройства являются вторичными следствиями первичного духовного поражения. Этиология и патогенез зависимостей, рассматриваемых как страсти, гораздо проникновеннее и ближе, глубже и тоньше к их первопричине, чем в медицинской модели. Коренная причина рецидивированности наркологических заболеваний заключается в том, что духовная зависимость остается не исцеленной. Обращение к внутреннему человеку в психотерапевтическом попечении — начало врачевания не видимых всем следствий, а скрытых коренных причин грехопадения — падения в болезнь. Как показывает церковный опыт, это достигается силой евангельской любви, которая не входит в компетенцию естественнонаучного знания, но по сути является аналогией этических норм врачебного служения. Настоящий врач всегда подобен милосердному самаритянину из притчи Господней.

Формой духовно ориентированной психотерапии является целебный зарок. Зарок как действие внутреннего человека дается путем свободного волеизъявления отказать от болезнетворных влечений. Свободное волеизъявление пациента свидетельствуется врачом и (или) священником, а контролируется собственной совестью дающего зарок. «Когда Бог сотворил человека, то Он всеял в него нечто Божественное, как бы некоторый помысл, имеющий в себе, подобно искре, и свет, и теплоту; помысл, который просвещает ум и показывает ему, что доброе и что злое: сие называется совестью, а она есть естественный закон» (Авва Дорофей). Зарок — акт не юридический и не купирующе-медицинский, а исключительно духовный с нравственным содержанием; он представляет собой свидетельство о выборе, который можно определить как «выгодный» для пациента, что вполне соответствует прагматике современной жизни. В методе духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока рациональность и медицинская прагматика гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. В обосновании процесса патогенетического трансформирования видимой и ощущаемой самим человеком болезни из невидимой, духовной, в выработку данного психотерапевтического метода ДОП ЦЗ совмещены святоотеческий опыт и научно-медицинские знания.

В ходе лечебного процесса, во время врачебной беседы, пациенту делается «выгодное предложение» стать здоровым. Чувство самосохранения и необходимость борьбы за выживание в повседневной действительности настраивают пациента принять это «выгодное предложение», дав зарок. Но это свободное принятие «выгодного предложения» самим пациентом глубоко нравственно, оно полностью согласуется с божественными заповедями и способствует процессу восстановления личности, по сути являясь актом добровольного выбора между злом и добром, что в христианском учении равнозначно созиданию образа и подобия Божиих.

Увещание о спасении, звучащее в огласительной беседе православного врача, может быть до конца и не воспринято пациентом в данный момент, но у него есть право выбрать «выгоду» (быть здоровым). А приняв ее во время сеанса духовно ориентирован-

ной психотерапии в форме целебного зарока, он из присущей человеку благодарности частично или полностью замещает пустоты, оставшиеся от прежних слов, дел и помышлений, новыми смыслами, воспринятыми из врачебного увещания о спасении. Пациент восстанавливает связь с Творцом через врачей и священников — свидетелей своего свободного волеизъявления на обретение подлинного человеческого облика.

Механизм действия целебного зарока согласуется с законами выживания и с правилами восхождения по лестнице спасения, соединяя временную земную жизнь с жизнью вечной. Психосоматический аспект метода ДОП ЦЗ выражается в восстановленном гармоническом взаимодействии физиологических связей исцеляемого человека, при этом тело соразбавствует душе, равно как и душа соразбавствует телу. На этом этапе лечения уменьшаются и даже снимаются психическая и физическая зависимости. Долг врача указать пациенту безопасный путь по преодолению духовной зависимости. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока не ограничен только теоретическим базисом святоотеческого наследия, он на практике реализует извлеченные из творений святых отцов духовно-врачебные советы. Огласительная беседа врача — не столько проповедь, сколько откровенный разговор с пациентами, в котором не скрывается, что полное исцеление пока не наступило, что врачебный опыт призывает к необходимости совершения Таинства покаяния, объясняя, что такое покаяние и что такое духовная жизнь.

Предтеча духовной психотерапии святитель Феофан Затворник сформулировал многие из положений, которые легли в основу и обоснование метода ДОП ЦЗ и служат наставлением как для врачей, так и для пациентов.

«Духовную жизнь человек получает от Духа Божия. Благодать Духа соразбавруется с нами, начинает жить и действовать в нас и производить жизнь по духу. В кающемся (зарекающемся) доселе она действовала со вне: со вне возбудила его, со вне назирала все исправительные действия внутри и содействовала им; но еще не проникла внутрь, не вселилась. Это совершается ею в Таинстве покаяния» (Феофан Затворник). Необходимо помнить, что «в то время, когда человек возвышается до решительного обета, сходит на него некоторое уверение, что он теперь не противен Богу; но эта уверенность — своя и прочна быть не может, ее скоро поколеблет сомнение. Первое, что делает необходимым Таинство покаяния, есть некоторая нетвердость внутреннего делания, его некоторая неопределенность и шаткость. Мысли наши, пока они еще в голове, бывают в ходе своем изменчивы, в порядке нестройны, в движении неустановлены — и это не только тогда, когда предмет еще не уяснен, но и тогда, когда мы обсудили его хорошо. Перемена жизни, внутри только задуманная, одна бывает нерешительна и не тверда, и формы жизни, предначертанные в это время, шатки и неопределенны. Прочную установленность они получают в Таинстве покаяния, когда грешник в церкви открывает свои неисправности и утверждает обет» (Феофан Затворник). Увещание святителя завершает медицинский этап лечения перед предстоящим свободным волеизъявлением пациента.

Решение о достаточности только врачебной помощи часто провоцируется нашей неподготовленностью приступить к церковным Таинствам. Но следует понять, что Таинство — не обряд, не ритуал, а потому и Таинство, что в его совершении происходит внутреннее преобразование причастившегося к Таинствам грешника. Конечно, исповедь, покаяние, причастие нельзя расценивать только как прагматичные и эффективные средства к получению здоровья, но нельзя и получить полное исцеление без названных Таинств.

Поскольку дача зарока, засвидетельствованного врачом и (или) священником, является внутренним подвижническим деянием, необходимо дать объяснение: почему

именно зарок? Есть и другие понятия с долей синонимичности: и обет, и обещание, и клятва, и божба, некоторые научные термины, такие как, например, «код». Одни слова приходят в практику жизни из науки, другие из обыденного языка, иные из Священных книг.

Но всегда необходимо и важно понимать, что подразумевается под тем или иным концептуальным термином, как научным, так и духовным. Чем зарок отличается от обета? Почему не клятва или присяга? И, конечно, как зарок отличается от «кода», а точнее, чем зареканье отличается от «кодирования»? Здесь в одном клубке увязаны этимология и человеческий опыт, богословие и медицинская практика, церковная традиция и нередко растиражированное безграмотное толкование.

Первое движение души, получившей дар возбуждающей благодати, принадлежит свободе выбора человека и состоит в движении к самому себе. Это движение к себе совершается тремя актами: склонением на сторону добра; устранением препятствия, державшего человека в узах греха; решимостью на доброе изменение путем покаянного преображения. Это и есть восхождение личности до решимости дать зарок или обет. Всякое решение ради надежности дела закрепляется договором перед видимым или невидимым свидетелем. Каждый делает выбор, перед кем засвидетельствовать свое решение на какое-либо делание или неделание.

Метод, основанный на православной святоотеческой традиции, зовет к Богу и призывает силу и милость Господню во исцеление и спасение кающихся грешников, одержимых страстью-зависимостью. Такой договор — частный, личностный завет с Господом, это — восхождение до обета посвятить себя Всевышнему, упование на Его помощь.

Незримый договор в психотерапевтическом методе назван зарокком. По Библии нам известны и обеты и зарокки, в своеобразном преломлении бытуют они и в русском естественном языке. Словосочетание «дать зарок» точно отражает решимость, достигнутую сокрушением и покаянием, когда человек с Божией помощью осознает искривление своего жизненного пути или чувствует волевое бессилие перед грядущим соблазном или укоренившейся греховной привычкой. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока направлен на исцеление от страстей чревоугодия и плотоугодия, порожденных унынием или гордыней.

Все слова названного синонимического ряда обозначают принятие на себя обязательства, но различаются по смыслу обещания и по свидетельству. В Библии под именем обета разумеется положительное обещание исполнить что-либо или воздержаться от чего-либо, в последнем случае такое обещание именуется зарокком. Можно сказать, что обеты положительны и деятельны, они состоят в совершении богоугодных дел милосердия, благотворительности, благочестия. Зарокки же направлены на воздержание от несправедных действий или греховных привычек, на преодоление пагубных страстей, они результативны, но не деятельны. «Если кто даст обет Господу или поклянется клятвою, положив зарок на душу свою, то он не должен нарушать слова своего, но должен исполнить все, что вышло из уст его» (Числ. 30. 3). Зарок — слово уст, слово сердца, слово совести, которым человек себя «связывает» пред Богом.

А «код»? При «кодировании», как и при даче зарока, в душе наличествует большое искреннее желание самого больного прекратить употребление алкоголя и иных психоактивных веществ, но для осуществления этого решения человек предает себя в руки мирского врача, который «связывает» пациента его же добровольным решением. «Кодирование» полностью отвечает восприятию алкоголизма как болезни, которая разрушает организм, расстраивает психику, приближает смерть. Ни о каком повреждении

духа в данном случае не может идти речи, потому что дух — понятие не медицинское и орган нематериальный и не в силах врача повредить дух. Такая концепция болезни требует от пациента соблюдения правил воздержания, нарушение которых может привести к необратимыми физиологическим последствиям для организма. Страх больного за самого себя останавливает развитие болезни, но не исцеляет во всей полноте. Тот, кто «кодирует», на самом деле является только свидетелем искреннего желания пациента остановить болезнь, а желание это возникает после того, как пациент узнает правду о своей болезни. Снятие физической зависимости обеспечивается 15-20-дневным воздержанием от употребления всех спиртных напитков до «кодирования», а снятие психической зависимости обуславливается страхом физической смерти, включающим резервные возможности человека по саморегуляции — способность к самовывживанию. Как говорили святые отцы, страх успевае там, где не успевае любовь. Любовь понимается как предание себя воле Божией, вера в Слово и Истину, принятие в себя Бога, одухотворение своего плотского естества.

Другое принципиальное отличие «кодирования» от зареканья состоит в том, что «код» накладывается врачом на пациента, который хоть и изъявил добровольное желание лечиться, но исполняет пассивную роль, а зарок всегда активно дается самим страждущим человеком. Воля больного, просвещенная словом врача, максимально участвует в даче зарока. Таким образом, в отличие от «кодирования», зарок — не процедура, а поступок личности, жаждущей исцеления души и тела, которое зависит только от Самого Господа, Врача Небесного.

Обеты и зароки отличаются от клятвы и божбы тем, что в них нет уверения собеседника в чем-либо: они исключительно касаются самого зарекающегося, хотя некоторые из них также произносятся в церкви при свидетельстве других. Известны обеты крещения и монашества, которые даются на всю жизнь с особыми священнодействиями, но возможны еще обеты частные, временные или кратковременные (таким обетом и является целебный зарок). Предметом их бывает какое-нибудь дело, дар или жертва, то или иное действие во славу самого Бога или в честь Божией Матери и святых, в которых дивен Бог (Пс. 75. 12). Человек, плененный страстью, приносит в жертву свою страсть, и это есть благо, угодное самому Богу.

По учению Церкви, когда обет оказывается неудобным, например, если дан опрометчиво, не согласуясь с силами, то возможно заменить его другим даром Богу. «Сеть для человека — поспешно давать обет, и после обета обдумывать» (Притч. 20. 25). Но что касается зарока на воздержание от употребления спиртных напитков, наркотиков, табака, то здесь не может быть опрометчивости, а следовательно, отказ от его исполнения связан только с лукавством. Бывают, конечно, и каверзные житейские ситуации, которые мы склоны относить к непосильным бесовским искушениям, но и они подлежат покаянию. Собственную слабость не стоит относить к попусению Божию, в такой ситуации эта так называемая собственная слабость есть знак склонения воли на злое дело. Отмена зарока должна произойти непременно с разрешения и ведома духовника. Почему? Зарок есть обязательство совести перед Творцом не принимать вина и ничего хмельного, наркотиков, не курить табака, а также не произносить скверных, гнилых и бранных слов, а свидетелем и судьей совести является духовник. Обязательством совести является и зарок, засвидетельствованный только перед врачом. Исходя из этого, порядок снятия зарока таков: если был дан зарок только перед врачом, то приходи к врачу, если был дан зарок на Кресте и Евангелии, то приходи в церковь. В зависимости от вида оказываемой помощи можно называть страждущего от страсти плотоугодия пациентом, клиентом, больным, кающимся грешником, но природа взаимоотношений

больного с болезнью и больного с врачом остается неизменной: противостоять болезни и неукоснительно следовать советам врача и священника.

Православная терапевтика души, к которой относится метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока, превышает преодоление психосоматической симптоматики болезни, она ориентирована на исцеление духа, души и тела, которое в руках Божиих. Начало Богообщения полагается в молитве. «Помолишься Богу, и Он услышит тебя, и ты исполнишь обеты твои. Положишь намерение, и оно состоится у тебя, и над путями твоими будет сиять свет» (Иов 22. 27, 28). «Всякий обет и всякий клятвенный зарок, чтобы смирить душу» (Числ. 30. 14).

Метод ДОП ЦЗ в практическом использовании имеет последовательную и сложную структуру, он сочетает этапы групповой и индивидуальной психотерапии. В рамках этих организационных форм выделяются этапы доврачебной, врачебной и церковной помощи; индивидуальная коммуникация с пациентом имеет характер вербальный и деятельный, деятельное, в свою очередь, имеет процедурную и сакральную (Таинства) формы. В зависимости от видов плотоугодия, учитывая их медицинские и психологические аналоги, метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока применяется с учетом групповой стратификации: желательно проводить лечебные сессии отдельно по профильным группам, что вызвано спецификой разъяснений, примеров и рекомендаций во время беседы. На данном этапе развития метода терапия проходит в группах: алкоголизм, табакокурение, наркомания, избыточный вес, азартные игры, компьютерная зависимость. Единство сути метода лежит в преодолении данной плотской страсти, которую в расширенном виде сформулировал святитель Игнатий (Брянчичинов): «Объядение, пьянство, нехранение и разрешение постов, тайноядение, лакомство, вообще нарушение воздержания. Неправильное и излишнее любление плоти, ее живота и покоя, из чего составляется самолюбие, от которого нехранение верности Богу, Церкви, добродетели и людям» (Игнатий Брянчичинов). К этому перечню необходимо добавить, то, чего отцы не знали, — наркоманию, токсикоманию, табакокурение, компьютерную зависимость.

Общая организационная фабула метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока отражена в согласованном с Церковью кратком последовании действий и церковных Таинств при оказании целительной помощи от обуревающей страсти, использующей плоть для деформации сознания. Определяется следующая этапность: 1. Огласительная беседа православного врача; 2. Индивидуальная работа врачей с каждым пациентом по даче медицинского зарока; 3. Беседа о покаянии и Божественной литургии с пациентами, выразившими желание дать зарок перед Богом; 4. Крещение оглашенных больных; 5. Общая исповедь в церкви; 6. Молебен; 7. Индивидуальная исповедь священнику и дача зарока перед Богом на Кресте и Евангелии; 8. Причащение пациентов, готовившихся к этому Таинству (из официальной церковной переписки духовника создателей метода с церковноначалием Московского Патриархата и приходом Антиохийского Патриархата в Калифорнии (США), опубликованной во втором выпуске сборника «Исцеление словом» (1995)).

Собственно к врачебному сеансу относятся только первые два названных этапа с прибавлением доврачебного приема при обращении страждущего пациента за помощью. Они являются психотерапевтически самодостаточными для первичной эффективной помощи, но также подготавливают пациентов к прохождению «узкого пути» для получения целительной помощи от Врачевателя душ, Господа Иисуса Христа. Духовная поврежденность врачуеться духовными средствами. Можно внерелигиозно психологически оценить это как содействие к выходу в трансцендентное, к месту

обретения смысла жизненной позиции; прагматически — как указание на необходимость и возможность духовной реабилитации. «Экскурс субъекта в его специфическое становление и будущее в конечном итоге делают процесс выздоровления, то есть изменение в поведении и переживаниях, в фантазиях, да и во всей личности. Это понимание собственной субъективности имеет культурную специфику» (Альфред Притц, Хайнц Тойфельхарт, 1999).

Психотерапевт занимает открытую позицию, он не скрывает своих религиозных убеждений, но элементы катехизации при коммуникации с группой или с персональным пациентом не носят характера прозелитизма, проповедь спасения созвучна учению об исцелении. Верующий врач демонстрирует действенный опыт православной психотерапии, объясняя, что данное заболевание и его клиническая картина коррелируют с понятиями церковной антропологии и аскетики, что невидимая брань со страстями и их последствиями является психотерапией по определению, заботой о душевном здоровье человека и путем ко спасению. Веками проверенный путь подвижников сопряжен с духовными ориентирами, с личностной установкой вставших на этот путь; пациентивная позиция, укоренившаяся в коммуникационной диаде «врач-больной», оправдана только перед Богом, завет с Которым имеет характер долженствования, т.е. соучастия душевно-духовных сил, а именно, в личном искреннем покаянии (греческое слово «метанойа», переводимое как покаяние, буквально значит «перемена ума», а не раскаяние или сожаление).

В методе ДОП ЦЗ учитываются не только различные стадии и формы заболевания, но и уровень духовного роста пациентов, чтобы слово врача могло быть воспринято каждым по мере его жизненного опыта и мировоззрения, но спектр возможных интерпретаций услышанного больным на беседе сохранял положительный потенциал «выгодного предложения» врача быть здоровым. Вероисповедного ценза для пришедших на лечение по данному методу не существует, церковную часть лечения проходят только считающие себя православными и только по собственному желанию. Инославные, а также атеисты и агностики, болезнью и желая выздоровления, благодаря обыденному языку психотерапевта проявляют толерантность к церковно-религиозной интерпретации своего состояния и пути к его трансформации через обращение к Божьей помощи, они дают целебный зарок в первую очередь перед собственной совестью и, наконец, лечащим врачом. Было бы неубедительно аргументировать это, по Тертуллиану, той мыслью, что каждая душа по природе христианка; как показывает опыт, здесь нередко играет роль житейская философия, как, например, у членов широко распространенных в Америке и Европе анонимных сообществ (алкоголиков, наркоманов, должников), по которой каждый член сообщества, признающий себя зависимым от болезненного влечения, соотносит свою беспомощность с некой Высшей силой, смиряя своеволие и своеумие, а в ответ получая надежду, активизирующую резервные возможности духовного и физического исцеления человека.

Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье. Первичный прием — не формальность, не статистическое анкетирование, он является важнейшим подготовительным этапом к лечению. Необходимо понимать, что рассказ о внутренней картине болезни и переживаниях, связанных с его состоянием, становится для пациента специфической формой исповеди перед врачом в конкретном укоренившемся в душе грехе. «Болезни вызываются грехами, а с другой стороны — сами болезни свидетельствуют о вызвавшем их грехе» (Гурьев, 1998).

Исследования показали, что большинство пациентов не считает свою патологическую зависимость от плотского влечения болезнью, а те, кто считает так, как правило, не признают себя больными. Парадокс, что при такой самооценке они все-таки обратились к врачу, является знаменательным; это признак, что интуитивно, по действию возбуждающей благодати, они чувствуют себя грешниками, настроенными на преодоление мучающего их недуга. От психотерапевта требуется поставить наряду с развернутым клиническим диагнозом общий духовный диагноз по святоотеческой шкале страстей, определить этиологию страсти плотского влечения, оценить мотивы формирования установки на лечение и характер ожиданий. Завершается эта стадия необходимыми духовно-врачебными советами и рекомендациями по прохождению психотерапевтического и церковного этапов лечения.

Огласительная беседа является самым продолжительным этапом в общем курсе лечения. Пациенты должны, прежде всего, понять: почему психотерапия проводится без какой-либо медикаментозной интервенции? Медицинская психосоматика помогает расставить акценты на причинно-следственных связях в своей сфере, церковная антропология раскрывает потенциал личности, ставя впереди душевно-плотских связей духовно-душевные. Духовная компонента может рассматриваться как свойство души или как наиглавнейшая функциональная часть человека. Порабощение страстью духовно-разумного начала в грешном пациенте дало право святым отцам считать ее всеизвращающей душевной болезнью; причина умственной слепоты и бессилия в состоянии страсти заключается в преобладании плотского начала над духовным, и подобное состояние в патристике и аскетике именуется «ослеплением духовного ока», «утратой душевной прозорливости» (св. Василий Великий), «потерей здравых понятий», «умоиступлением» (св. Иоанн Златоуст), «опьянением» (св. Антоний Великий). В этом контексте для исцеления необходима такая психотерапия, которая выходит за пределы психосоматики и уделяет внимание в работе именно духовности.

Состав беседы представлен двумя условными блоками тем: разговор по душам включает вопросы медицинские и вопросы духовные. Беседа строится в традициях рациональной психотерапии и по правилам гомилетики. Опыт гомилетики предлагает правила бережного соблюдения свободы человеческой воли, гомилетическая логика и экзегетика учат изъяснять предметы беседы, а не доказывать. Изъяснять — значит раскладывать предмет на те идеи и побуждения воли, которые созвучны душе слушателей. Беседа-проповедь — это убеждение слушателей, а убеждение есть действие, которое от некоторых принимаемых собеседником положений путем размышления, сравнения и выводов приводит его к новым положениям; убеждающий обращает свои слова к известным уже сложившимся стремлениям воли собеседника и, сочетая их с новыми данными, старается привести пациента к осознанию себя больным и проистекающему от этого осознания искреннему желанию лечиться.

Тема беседы и причина, приведшая на беседу пациентов, совпадают; психотерапевтический успех лечения состоит в приведении слушателей к покаянию в грехе разрушения самого себя и своих близких. Правда о болезни, принятая во время беседы врача и глубоко прочувствованная страдающим пациентом, приводит к потрясению личности, переосмыслению самого себя и покаянной перемене ума. В результате такого психо-эмоционального стресса в организме человека, в первую очередь в его центральной системе, включаются психосоматические резервные возможности для противления патологическим влечениям. А согласие на призывание Божией помощи, на молитвенную поддержку со стороны Церкви если и не приводит исцеляемого к Богу, то все равно обращает его духовные очи к Нему. Такой способ ведения беседы был свой-



твен Спасителю и Апостолам, которые обращались к лучшим стремлениям своих слушателей и возводили их к евангельским откровениям и заповедям.

Лечебный сеанс — один из значимых этапов метода целебного зарока, он является финальным завершением огласительной беседы, на которой обсуждаются и изъясняются все аспекты пагубной болезни, все виды зависимостей, порождаемых ею: психической, физической и духовной. Огласительная беседа психотерапевта расставляет все акценты на истории болезни, теперь каждый больной знает траекторию своего грехопадения, осознает свою ответственность в качестве созданного по образу и подобию Божиим. Ныне ведомо, куда должен быть сделан первый самостоятельный шаг, чтобы он не стал последним. Путь к исцелению известен, и лечебный сеанс можно сравнить с экзаменом, поскольку здесь даются три ответа на три вопроса по восхождению на благодатную дорогу в Царствие Божие: каемся ли в своих грехах, просим ли у Бога помощи и даем ли зарок.

Сеанс не является некоей тайной, священнодействием или магическим ритуалом, это сформированное психотерапевтом пространство для принятия решения на сделанное во время беседы «выгодное предложение» врача больному быть здоровым. Первое слово врачебной беседы — «внимание» — звучит как сигнал о начале заключительного этапа группового сеанса; «внимание» — призыв к сосредоточенности и собранности; «внимание» — обращение к внутреннему человеку в каждом пациенте. Содержательность, эмоциональность и сострадательность огласительной беседы, как показывает врачебный опыт, сравнимый с опытом проповедничества, преобразуют слушающих и услышавших. Можно сказать, что внутренняя картина болезни у каждого приобретает иной колорит, меняется не только ее эстетика, но и концептуальность. Таким образом, первое слово лечебного сеанса одновременно выполняет все три функции своего смыслового содержания.

Говоря об обращении врача к внутреннему человеку в пациенте, следует понимать, что внимание проявляется в том, что разумная часть души неослабно держит контроль за помыслами сердца. Святитель Василий Великий называет внимание «неблуждающим оком души», основным способом трезвения. Трезвение, трезвенность — хранение сердца от страстных помыслов; как писал один древний подвижник: «Все в сердце, ибо что в нем, то и на деле». Внимание является отрицанием нерадения и рассеянности, и для поддержания этого состояния концентрации всех душевных (психических) сил рекомендуется принять удобную позу, поставить пятки и носки вместе, выбрать точку, на которой будет сосредоточен взгляд. Это — помощь тела и его органов душе. Это как в молитвовании: сначала идет молитва делательная, телесная, с поклонами, стоянием и чтением, а потом придет и молитва внимательная. Так и здесь: поза, положение стоп, направление взгляда, а потом — сердечное внимание к заключительным словам врача, к своему состоянию и свобода выбора. Собранность внимания способствует, по словам святителя Василия Великого, «трезвенному надзору ума» за помыслами, что крайне важно и ответственно перед дачей зарока. Каждый в эти минуты может рассмотреть и оценить расстановку сил, каждый может увидеть свое место в тяжелой борьбе с болезненной страстью к винопитию, наркотикам или чему иному. И каждый вправе воспользоваться этой возможностью. Беседа врача подготавливает больного к решительному желанию преодоления болезни, и в момент решительного выбора жизни вместо смерти сила желания лечиться и быть исцеленным способна возрасти многократно, до уровня нравственного потрясения личности, и включить духовные резервы исцеления.

«Да-да» или «нет-нет» — в ответ на формулируемые психотерапевтом условия исцеления должно ответить сердце пациента: «Каетесь ли в своих грехах? Просите ли у Бога помощи? Даете ли зарок?». В такой ситуации формируется доминанта освобож-

дения от пагубной зависимости. По причине соматической пораженности при названных заболеваниях, условно это определяется как «материализация» целебного зарока, но фактически это принятие благодатной Божией помощи вследствие покаянного осознания своей греховности. В завершении сеанса звучит молитва Господня, читаемая врачом; она звучит и для врача и для пациентов как источник исцеления, как сила и истина Церкви Божией.

На заключительном индивидуальном приеме пациент сам свидетельствует перед психотерапевтом о даче зарока о полном воздержании (не употреблять алкоголесодержащих напитков, не курить, не принимать наркотиков или соблюдать посты — в зависимости от группы заболевания) и подтверждает выбранный им срок зарока (на год, два, три и большее количество лет, вплоть до всей жизни). Само собой разумеется, что зарок человек должен давать, взвесив свои силы, с решимостью во что бы то ни стало выполнить их с помощью Божией. От неосторожных, необдуманных и непосильных обетов Спаситель предостерегает нас притчею о неразумном строителе башни (Лк. 14. 28-30), над которым смеялись окружающие, говоря: «Этот человек начал строить, и не мог кончить».

После общего сеанса ДОП ЦЗ пациент приходит на врачебный прием, и здесь он освидетельствуется психотерапевтом на достаточность эмоционально-стрессового воздействия лечебной и огласительной беседы, на душевно-духовные преобразования. Речевые и поведенческие знаковые признаки позволяют оценить степень осознания и аффективности, уровень покаянного сокрушения и изменений в установке на преодоление недуга. Здесь же пациент говорит о принятом решении продолжить лечение в церкви с дачей зарока на Кресте и Евангелии или о завершении психотерапии на данном этапе.

Акцентируя внимание больного на даче целебного зарока, необходимо отметить, что стабильность ремиссий выше у тех пациентов, которые проходят все этапы лечения.

При этом ошибочно считать, что метод ориентирован на пациентов, определяющих себя как верующих; духовная брань и покаяние — не вероисповедание, а путь обретения человеком образа и подобия Божиих, реализация собственных потенциальных возможностей духовного преображения.

На этом приеме, условно называемым «закреплением зарока» или «лечебным зароксом», врач крестообразно помазывает страждущего елеем (голову, глаза, уши, руки, грудь), читая особые молитвы Спасителю, Божией Матери и Ангелу-Хранителю. Это помазание совершается по благословию церковной иерархии, оно не является подменой обряда церковного елеопомазания и тем более Таинства елеосвящения. Благодатная сила елея и святой воды не подлежит терапевтическому описанию, но действительность соприкосновения и принятия сакрального средства сравнима с действием слова Божия, которое, по словам ап. Павла, «проникает до разделения души и духа, составов и мозгов, и судит помышления и намерения сердечные» (Евр. 4. 12).

Закрепление зарока для неверующих пациентов или тех, кто не готов к продолжению лечения в храме, проводится иногда с использованием врачебных приемов эмоционально-эстетической психотерапии. Эта процедура имеет психосоматический компонент, медицински обоснованный. Его необходимость, в первую очередь, связана с психологическими ожиданиями пациента конкретных врачебных действий. Врач должен дать индивидуальные врачебно-духовные советы и рекомендации, а при необходимости назначить очередной индивидуальный прием для наблюдения и оказания дополнительной помощи.

Пациенты, которые проходят полный курс духовно ориентированной психотерапии, организованно посещают храм, в котором священником проводятся беседа о покаянии и Божественной литургии; крещение оглашенных больных, если они не приоб-

шались этого Таинства; общая исповедь перед специальным молебном и сам молебен; индивидуальная исповедь и дача зарок перед Богом на Кресте и Евангелии; святое причастие для подготовленных пациентов после благословения священника. В этой части метод опирается на многовековой опыт. Терапия конкретного недуга плавно переходит через воцерковление в православную психотерапию во всей ее полноте, т.е. к образу христианской жизни.

Дальнейшее развитие метода духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зорка предполагает терапевтическую работу над иными страстями.

### Континуальная психотерапия по Ю.В. Валентуку

Континуальная психотерапия по Ю.В. Валентуку (КП) разработана в 2001 г. и является образцом психотерапевтического метода, созданного для системы наркологического лечения без опоры на существующие психотерапевтические системы. Является фактически психотерапевтической системой, предполагающей сочетание различных форм и технических приемов психотерапии, ориентированных на работу с целостными процессами существования пациентов, предполагает сочетание т.н. континуальных и дискретных воздействий. Сверхзадачей при работе с зависимым пациентом является «присоединение к текущему опыту пациента» и «непосредственная работа с имплицитным содержанием» актуальных личностных процессов. Валентик Ю.В. считал, что при работе с зависимыми пациентами, особенно с зависимыми от ПАВ, малопригодны практически все методы, основанные исключительно на «вербальной рациональной психотерапевтической интервенции». Пациенту с зависимостью не по силам сознательно контролировать и трансформировать трудно вербализуемое содержание психических процессов, которое как бы ускользает от него при попытке его описания и осознания. Процесс изменений понимается пациентом только тогда, когда он «пережит» и «воспроизведен им изнутри». Залогом успешности и эффективности КП являются принципы непрерывности и этапности психотерапевтических воздействий. Эти принципы предполагают создание условий для «погруженности» пациента в процесс психотерапевтического воздействия. При этом предполагается комбинирование индивидуальной и групповой форм психотерапии, самостоятельной работы (которая продолжается и после завершения психотерапевтической программы и которой пациент постоянно учится на разных этапах психотерапевтического воздействия), нахождение в стационарном наркологическом отделении, психотерапевтической среде. Все это и обуславливает непрерывность психотерапевтического воздействия и обеспечивает необходимый уровень поддержки, что крайне важно для работы с зависимыми пациентами. Работа с аддитивными расстройствами, по мнению автора, должна вызывать строго последовательные изменения, которые соотносятся с этапами психотерапевтической программы и вызывают переход от болезненного способа существования личности через терапевтическое изменение к способу существования, свободному от болезни. Перерывы и аритмичность приводят к рецидивам, резко снижают эффективность предшествующей психотерапевтической работы, мотивации пациента и приводят к нарушению взаимодействия и доверия во взаимоотношениях пациент-психотерапевт.

Принципиальным для континуального подхода является то, что он исходит из системности, многоуровневости и полимодальности воздействий. КП стремится преобразовать патологические процессы на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования. Если патология на каком-либо

уровне не попадает в поле действия терапевтических изменений, то это становится основой последующего запуска и ассоциативного восстановления патологических процессов на других уровнях. Неизбежным в связи с этим становится регулярный мониторинг т.н. «процессуального статуса» пациента. Игнорирование терапевтом сохранных патологических процессов на каком-либо уровне функционирования пациента можно рассматривать как терапевтическую ошибку.

Континуальная система психотерапии является интегративной, подтверждается применением разнообразных психотерапевтических (манипулятивных и развивающих) методов и приемов, имеющей комплиментарные мишени воздействия, а также работающей с прошлым, настоящим и будущим пациента.

В КП выделяют следующие фазы психотерапевтического процесса:

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.

Фаза инициального контакта, диагностики и «присоединения» имеет своей целью поиск коммуникаций с т.н. «нормативным Я» пациента. Важней задачей психотерапевта является понимание и принятие зависимого «Я» пациента, а также полноценная поддержка и конгруэнтность в отношениях с пациентом.

Присоединение терапевта к пациенту достигается «непрерывным» взаимодействием, диалогом, формированием базового доверия, установлением общей системы отсчета и формирования базы для развития общих процессов между пациентом и психотерапевтом. Данные взаимодействия закладывают базу для непрерывного континуума психотерапевтического процесса. Для этого существует несколько путей:

1. «присоединение» к процессам пациента;
2. «присоединение» пациента к процессам терапевта;
3. конструирование нового, не существовавшего ранее, процесса и создание в рамках него общей системы отсчета.

Для планирования психотерапевтического вмешательства необходимо оценить «силу» патологических установок, что достигается путем анализа случаев ее реализации и торможения за последний год зависимости.

При данном методе психотерапии возможны варианты взаимодействия психотерапевта и пациента — «горизонтальное» и «негоризонтальное» (с доминированием и субдоминированием психотерапевта). Второй вариант провоцирует актуализацию психологических защит зависимого пациента и следовательно является менее эффективным. Психотерапевт должен всегда учитывать внутренние процессы пациента и соотносить их с внешними проявлениями и реакциями личности. Выбор позиции и типа взаимодействия определяется психологическим функционированием. Горизонтальный контакт возможен и при наличии у пациента «психологического статуса» зависимого «Я». В этом случае должна актуализироваться, по определению Виттакера, «часть пациента в терапевте». В большинстве других случаев горизонтальный контакт должен строиться на основе взаимодействия с «нормативным Я» пациента, «поднимания» пациента до себя.

Результатом данной фазы являются идентификация патологических и нормативных процессов и выбор начальных мишеней психотерапии, установление общих целей совместной работы и мотивирование пациента к участию в психотерапии.

Фаза воздействия на патологические процессы заключается в редукции патологических процессов, поддерживающих у пациента зависимость, и, прежде всего, ус-

транению доминирования «зависимого Я». После выбора процесса-мишени работа с ним осуществляется в следующей последовательности. Вначале проводится стартовая «дискретизация» с эксплицитным обсуждением и выделением процесса-мишени (в координатах опыта пациента). Далее — континуальное присоединение психотерапевта к пациенту, «концентрация» пациента на выбранном процессе и совместное прохождение его нескольких циклов, обеспечивающее имплицитное проживание процесса и производство с помощью психотехнических приемов необходимых изменений. Затем осуществляется совместное прохождение нескольких циклов трансформированного процесса для закрепления изменений. Завершает все это финальная «дискретизация» полученного опыта. При этом достигается расширение осознания процесса и своей роли в нем; сознательное закрепление трансформированного процесса и установок.

Фаза воздействия на нормативно-компенсаторные процессы становится возможной в результате предыдущей, с помощью которой пациент вводится в «зону возможных позитивных терапевтических изменений». Результатом данной фазы является последовательное поуровневое высвобождение инвариантных и особенных, присущих только конкретному пациенту, нормативно-компенсаторных процессов. Сохранение доминирования зависимого «Я» на данном этапе терапии препятствует эффективности процесса и в последующем неблагоприятно сказывалось на результатах лечения.

В следующей фазе терапии — фазе реинтеграции и реабилитации — осуществляется закрепление полученных изменений, овладение конкретными необходимыми навыками, решение актуальных проблем в процессе реадaptации к реальной жизненной ситуации. Финальный результат — независимое, самостоятельное и ответственное поведение.

### Метод аффективной контратрибуции по Гриненко А.Я. и Крупицкому Е.М.

Метод аффективной контратрибуции (КА) — это оригинальный отечественный метод психоделической психотерапии, разработанный А.Я. Гриненко, Е.М. Крупицким в 1989. Метод основывается на способности некоторых средств для наркоза, а также принудительной гипервентиляции вызывать сильные психоделические переживания — как личностно окрашенные, так и глобального (трансперсонального) характера. Психотерапия проводится перед, во время, а также после психоделического сеанса. Особенностью психоделической психотерапии является преимущественно негативная эмоциональная окраска психоделических переживаний, которая, очевидно, может быть объяснена тем, что пациенты в образной, символической форме переживают вытесненные в подсознание основные личностные конфликты и проблемы, которые у больных алкоголизмом во многом связаны именно со злоупотреблением алкоголем и с негативными аспектами алкогольного образа жизни. Такие переживания обуславливают впоследствии особое катарсическое чувство разрешения личностных проблем, а также психологическое неприятие алкогольного образа жизни, твердую установку на трезвость.

В процедуре можно выделить 3 основных этапа.

Первый — программирующий. На этом этапе проводится беседа, в ходе которой пациенту говорят, что для снятия патологической зависимости от спиртного во время процедуры у него будет вызвано особое состояние, при котором произойдет глубинное переживание и осознание отрицательных сторон и последствий алкоголизма.

Подчеркивается, что ранее неосознаваемые, вытесненные из сознания представления о негативных сторонах и последствиях пьянства будут отражены во время процедуры в особой символической форме на уровне чрезвычайно эмоционально насыщенных видений (галлюцинаций). Такое осознание и острое переживание негативных сторон алкогольной зависимости должны обусловить впоследствии его психологическое неприятие, твердую мотивацию к прекращению алкоголизации.

Второй этап — непосредственно сама процедура, во время которой больному вводят этимизол, а вслед за ним бемеGRID и разрешенное средство для наркоза для достижения состояния легкого наркоза. БемеGRID потенцирует негативные эмоциональные переживания и видения, а этимизол, являясь «неспецифическим коннектором», способствует прочному запечатлению пережитого в долгосрочной памяти. Далее на фоне эмоциогенной, драматической по характеру музыки проводят психотерапевтические внушение больного, находящегося в состоянии легкого наркоза, во время которого определенный раппорт с ним сохраняется. Содержание этих воздействий основано на конкретных данных анамнеза пациента; цель их — формирование у него прочной установки на трезвость. Специфика легкого наркоза позволяет, не ограничиваясь суггестивным монологом врача, осуществлять своеобразный психотерапевтический диалог с пациентом. Кроме того, в моменты наибольшей интенсивности негативных переживаний пациента ему дают ощутить запах и вкус алкоголя.

На третьем этапе проводится сеанс группового психотерапевтического взаимодействия пациентов (4-5 человек), прошедших накануне процедуру. Больные делятся впечатлениями об испытанных во время процедуры негативных переживаниях и галлюцинациях, обсуждают и интерпретируют с помощью психотерапевта индивидуальное личностное значение их символического содержания. Это обсуждение направлено на соотнесение каждым больным негативных галлюцинаторных переживаний со своими жизненными (прежде всего связанными со злоупотреблением алкоголем) проблемами и тем самым на осознание и закрепление антиалкогольной установки.

При использовании метода можно выделить факторы его психотерапевтического воздействия. Первый из них касается установления ассоциативной связи между органолептическими характеристиками алкоголя (запах, вкус) и различными негативными переживаниями во время процедуры (от внушенных тошнотворных ощущений до сопровождаемых галлюцинациями страха и ужаса). Второй — механизмов реализации терапевтического потенциала метода, определенного содержательного сходства сеанса контратрибуции с индивидуальным сеансом гипнотерапии, направленной на разрушение алкогольного поведенческого стереотипа, причем сила суггестивного психотерапевтического воздействия существенно выше, чем при гипнотерапии. Третий аспект лечебного действия, в отличие от первых двух, связан с активным психологическим включением самого больного в психотерапевтический процесс. Это активное включение касается в основном первого (программирующего) и завершающего этапов лечения и состоит в формировании и реализации у больного определенной установки на рефлексию и осмысление переживаний во время самой процедуры. В соответствии с этой установкой переживания и видения являются концентрированным символическим воплощением негативных сторон алкогольной болезни пациента и ее различных последствий.

Психоделическая терапия фармакологически вооружает психотерапевта и дает ему возможность работать непосредственно с глубинными уровнями психики, позволяет справиться с рядом проблем, неразрешимых как в случае индивидуальной, так и в случае групповой психотерапии, традиционно применяемых в наркологии. При этом

применение этого метода в настоящее время затруднено в связи с изменением антинаркотического законодательства, но, учитывая его достаточную эффективность, показанную Е.М. Крупицким, возможно предположить его модификацию с применением разрешенных законодательством препаратов.

## 2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

### Суггестивная психотерапия

Традиционным методом для лечения зависимостей является применение различных вариантов и программ психотерапии, в основе которых находится *суггестивная психотерапия и гипнотерапия* в частности. Как правило, суггестивные методы воздействия применяются в сочетании с элементами рациональной психотерапии, трудотерапии, методиками поведенческой психотерапии и рядом вспомогательных методов (библиотерапия, арт-терапия и др.).

Гипносуггестивные программы в нашей стране активно применялись известными психиатрами и психотерапевтами. Однако в связи с процессами прогресса в психотерапии и существенном влиянии социокультуральных факторов — «моды» на применение психотерапевтических методов, значимость психотерапевтических программ, в основе которых находится гипнотерапия, стала постепенно и зачастую неоправданно снижаться. Современным развитием суггестивных подходов являются психотерапевтические программы, использующие в качестве аналога гипнотерапии нейролингвистическое программирование, эриксоновский гипноз, различные методы «кодирования», «программирования», программы клинического гипноза, играя заметную роль в психотерапевтических программах лечебно-профилактических учреждений, не имеющих возможность развернуть работу по созданию психотерапевтической среды при отсутствии необходимых кадров специалистов.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии зависимостей аутогенной тренировки. Целью ее является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэтому используется как важный компонент терапии алкоголиков в качестве активного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания. На современном этапе развития психотерапии аутогенная тренировка начинает вытесняться методиками самогипноза.

Для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, которые обычно испытывают лица, страдающие зависимостями, в состоянии абстиненции (в том числе и достаточно длительной) используются методы поведенческой терапии — систематическая десенсибилизация и др.

Наиболее эффективной суггестивная психотерапия является при проведении ее в рамках так называемых коллективных форм психотерапии (по современным представлениям — психотерапия в группе).

Из различных вариантов гипнотерапии в группе, активно применявшемся еще В.М. Бехтеревым, наибольшее признание в настоящее время получил метод эмоционально-стрессовой психотерапии. Гипнотическому воздействию здесь также предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в гипнозе (последний проводится по предложенной автором методике удлиненных — не менее

1-1,5 часа — сеансов гипнотерапии). В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя.

В основе подобных методик лежит выработка аверсии к запаху, виду, вкусу алкоголя и даже его словесному обозначению. Обычная цель аверсивной терапии алкоголизма — добиться полного отказа от алкоголя посредством выработки тошнотно-рвотной реакции на него путем приема его в сочетании с фармакологическими препаратами, вызывающими рвотную реакцию (апоморфин, эметин, отвар баранца и др.), с препаратами, приводящими к задержке дыхания или в сочетании с болезненной электростимуляцией. Еще в 1915 г. В.М. Бехтерев предлагал примешивать к алкогольным напиткам вещества, вызывающие отвращение, подчеркивая условно-рефлекторную сущность методики. В 1933 г. на основе этой идеи Случевским и Фрикеном была предложена методика, в которой прием алкоголя сочетался с подкожными инъекциями апоморфина. Предлагались и другие методы, основанные на выработке условной тошнотно-рвотной реакции в ответ на запах и вкус алкоголя. В методике Канторовича прием алкоголя сочетался с болевым воздействием электрокожных раздражителей. Существуют и другие методы аверсивной терапии, используемые при лечении алкоголизма, — вербальная аверсивная терапия, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией, аверсивная терапия по Буренкову — сочетание приема алкоголя со смесью масел, обладающим выраженным рвотным действием, или пероральным применением эмитина.

Буренковым предложена модификация условно-рефлекторной рвотной терапии. Больной получает за разовый сеанс большую дозу апоморфина (до 2,0–2,5 мл 1% раствора) в сочетании со рвотной микстурой, что, после предварительного приема большого количества пищи и средней дозы спиртного, вызывает крайне тяжелую и длительную рвотную реакцию. Нельзя считать этот метод, как делает автор, строго условно-рефлекторным, поскольку элемент повторного подкрепления отсутствует. Терапевтический эффект, и вполне удовлетворительный, достигается эмоциональным шоком на фоне определенной готовности больного: автор метода пользуется широкой популярностью, больные убеждены в эффективности «буренковского лечения».

Эти методики в последнее время применяются в современной наркологической клинике редко, хотя и сохраняют свой терапевтический потенциал.

## Поведенческая аверсивная психотерапия

Аверсивное психотерапевтическое лечение (АП) в наркологии направлено на формирование отвращения к органолептическим свойствам психоактивного вещества и состоянию опьянения, вызванного им. Психотерапевтическое воздействие аверсивного характера является, по сути, симптом-центрированным и адресованным к психофизиологическим закономерностям развития заболевания, которые также лежат в основе построения стратегии психофармакотерапии. По набору используемых средств это лечение объединяет приемы условно-рефлекторной и некоторых видов суггестивной терапии, преследующие цель выработки негативной реакции к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам.

Техника формирования отвращения к психоактивным веществам базируется на принципах классического или скинеровского обусловливания; в основе терапии лежит выработка рвотного условного рефлекса. Основной прием условно-рефлекторной терапии алкоголизма состоит в синхронном приеме алкоголя и нанесении объективно



неприятного, даже болезненного раздражения, например, введении рвотного вещества. В качестве рвотных средств используются вещества с неприятными органолептическими свойствами или с центральным рвотным действием, например, апоморфин.

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

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

Разработаны также техники «угашения», основанные на прямом предъявлении объекта тревоги и страха без предварительной релаксации. Предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. Угашение проходит те же этапы, что и процедуры с положительным либо отрицательным подкреплением. Здесь крайне важно исследовать параметры окружения больного, подкрепляющие нежелательное поведение. Угашение предполагает лишение больного всех положительных подкреплений только данного нежелательного стереотипа поведения. Скорость угашения зависит от того, каким образом в реальной жизни раньше подкреплялся этот стереотип. Методика угашения требует значительного времени, так как прежде чем нежелательное поведение начинает угасать, оно проходит период первоначального возрастания по частоте и силе.

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

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

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

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

Примером такой терапии являются манипуляции, сопровождающие сенсibiliзирующие к алкоголю фармакотерапевтические процедуры. К симптоматической суггестивно-аверсивной психотерапии наркологических больных следует также относить плацебо-терапию, при которой манипуляциям индифферентного содержания приписываются качества, свойственные реальным препаратам или процедурам.

Основные задачи, которые решаются с помощью гипнотерапии — формирование трезвеннических установок, повышение самооценки и уверенности в собственных волевых возможностях, разрушение нежелательных стереотипов поведения. В настоящее

время считается, что гипнотерапия недостаточно эффективна в качестве основного или единственного метода психотерапии и должна применяться в комплексе с другими методами.

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

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

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

С феноменом внушаемости также связаны внешние условия. Сама ситуация психотерапевтического воздействия, когда больной с волнением ожидает терапевтического «вторжения», служит предиктором эффекта суггестии. На гипнотическом эффекте длительной, на первый взгляд, сумбурной и монотонной речи основаны успешные терапевтические внушения. Так, все большую популярность завоевывает предложенный М. Эриксоном подход, при котором введение в транс осуществляется с помощью терапевтических метафор и специальных фонетических приемов, обеспечивающих скорейшее гипнотическое «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

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

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

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

## Группы дискуссионной психотерапии

Группы дискуссионной психотерапии (ГДП) являются важным компонентом терапевтической среды наркологических учреждений. На практике основное место в та-

кой работе играют методики стимулирования дискуссии и психообразовательные элементы, которые призваны разъяснить пациенту рациональным образом все понятия и представления о наркологических болезнях.

Существуют правила составления ГДП. Перед началом психотерапии проводится собеседование и обследование больных, предварительное знакомство с больными и отбор кандидатов в психотерапевтическую группу. Для подбора больных в психотерапевтическую группу проводится ознакомление с историями болезни вновь поступивших и индивидуальная беседа. Осуществляется трехуровневый скрининг: 1 — социальный (пол, возраст, образование, профессия), 2 — медицинский (синдром зависимости, степень злоупотребления, дифференциальная диагностика, стадия заболевания, полученное ранее лечение); 3 — патопсихологическое исследование с целью выявления особенностей характера и интеллектуально-мнестических функций.

Выделяются критерии отбора больных на психотерапию по каждому методу обследования. В группу включаются больные с различными характерологическими радикалами, но не достигающими в своей выраженности степени психопатии. Больные должны обладать достаточно сохранными интеллектуально-мнестическими функциями. Изучение интеллекта необходимо для решения принципиального вопроса направления на группу. Лица с низким интеллектом не включаются ГДП. Обычно они не справляются с психологическими тестами, адресованными иным психическим функциям.

Психологическое исследование преследует цель не только скрининга, но и выявления особенностей переживаний больных. Изучаются мотивы потребления ПАВ, их диагностика осуществляется с помощью психодиагностических методик. Перед усилиями по коррекции переживаний больных необходимо их выявить. Полученная таким образом информация используется на сессиях ГДП.

Группа, как правило, состоит из 7-12 человек. При составлении группы учитываются черты характера пациентов. Включается не более одного пациента с выраженными истеро-возбудимыми чертами. Из-за особенностей своего характера он выступает как катализатор терапевтического процесса. Большее число пациентов с такими чертами недопустимо, т. к. между этими людьми неизбежны brutальные конфликты, мешающие проведению занятий. Участникам излагаются правила поведения на занятии.

Тактика проведения сеансов психотерапии предусматривает, что терапевт не выступает в роли ментора или наставника, не читает лекций, избегает монологов и старается вообще меньше говорить. Чтение лекций сопровождается снижением внимания пациентов, и большая часть суждений не доходит до пациентов. Внушение правильных, с точки зрения терапевта, представлений может оказаться ошибочным, а сами суждения спорными или не доказанными. Поэтому дается возможность самим пациентам все это сказать и провести дискуссию по обсуждаемым вопросам. Темы разбираются самими пациентами при помощи терапевта, который выступает в роли лаборанта, направляющего дискуссию.

Самостоятельно, спонтанно пациенты обычно не в состоянии сформулировать свои переживания, рассказать о своих проблемах, изложить собственные представления. Поэтому целесообразно создать перечень возможных вариантов выборов обсуждаемом вопросе и использовать прием выбора больными подходящего для них варианта. Например, таким образом можно обсуждать предполагаемую форму амбулаторного наблюдения: лечение проводится по принуждению и в дальнейшем пациент не намерен наблюдаться, обратится только в случае рецидива, придет на прием при возникновении прецидивного состояния, будет обращаться к врачу регулярно в установленные сроки.

Силы терапевта, какой бы он характер не имел, весьма ограничены. Он не может противостоять психическому давлению участников группы. Поэтому ведущий использует энергию самих участников для преодоления неверных представлений. Он сталкивает мнения присутствующих, способствуя преобладанию мнения, имеющего оздоровительное значение. Ведущий старается направить процессы, происходящие в группе, в нужное русло. Группа заблуждающихся, проповедующая нездоровое поведение, в конце концов, в определенных условиях вырабатывает санирующее решение, ограждающее группу от саморазрушения.

Помимо взаимодействия мнений происходит столкновение характеров, симпатий и антипатий. Сильные межличностные столкновения оказываются значимее единства мнений. Это ослабляет позиции негативного лидера и его мнения и усиливает звучание позитивных мнений в устах более сохранных больных. Терапевт опирается в работе на силу группового воздействия и закономерности взаимодействия людей в малой группе.

Психотерапевтические методики, используемые при ГДП, отличаются разнообразием и, вместе с тем, являются традиционными. Методика презентации подразумевает самопредставление каждого из участников во время групповой встречи.

Методика «психотерапевтическое зеркало» состоит в том, что пациенту представляется возможность использовать сессию ГДП как психологическое зеркало, в котором он может рассмотреть свой психологический облик и услышать представления о нем, сложившиеся у участников занятий. Методика используется как разминка и как промежуточный, связующий прием. Содержание приема в том, что терапевт только что собранной группе предлагает оценить кого-нибудь из присутствующих, высказать первое впечатление о нем, дать характеристику одному из участников по тому впечатлению, которое он производит на окружающих. Прием преследует цель разминки перед основной частью занятия, развития наблюдательности и рефлексии участников, научения пациентов поведению на сеансе психотерапии.

В методике «анонимное обсуждение» используются истории болезни, без указания данных о пациенте, зачитываемые на сеансе групповой психотерапии. Зная подоплеку каждого из присутствующих, врач вкрапляет эти сведения в читаемую историю. Либо сочиняется история болезни с типичными сведениями о больных алкоголизмом и описанием собирательного образа больного. Присутствующим предлагается провести анализ описания поведения предполагаемого человека.

Каждый сеанс структурирован. План занятия ГДП имеет цель занятия, содержание или тему, перечень решаемых на сеансе терапевтических задач, используемых средств и методик с указанием повременной последовательности их использования.

Ведущий имеет заранее составленный план и структуру отдельного сеанса. Протокол сеанса отражает параметры структуризации сеанса психотерапии. Среди параметров указываются: курсовой план сеансов, содержание отдельного занятия, тема (методы лечения алкоголизма), цель всего занятия, основные задачи, решаемые на сеансе. Приводится план занятия, структура отдельного сеанса, план целей и задач отдельных частей занятия, механизм реализации целей, стратегии, психотерапевтические концепции, тактика и виды психотерапии (рациональная психотерапия). Перечисляются действия, события, приемы, методики, средства, методы регистрации эффектов психотерапевтического процесса. Описывается групповая и личностная динамика у отдельных участников, решенность психотерапевтических задач или шаги внутриличностной динамики.

Сеанс проводится ежедневно 4 раза в неделю и длится полтора часа. Основное время занимает дискуссия по наркологическим вопросам. Структура отдельного сеанса

может включать различные виды психотерапии, обычно в следующей последовательности: рациональная, гуманистическая и суггестивная. Длительность каждой части сеанса 30 минут. В конце занятия ведущий подводит итоги и определяет степень разработанности поставленных задач.

Разрабатывается курсовой тематический или структурный план занятий ГДП. План включает тему психотерапевтического занятия, а также шаги по ее обсуждению. На первом занятии сообщаются цели, методы и формы работы ГДП. Обсуждаются возможности ГДП, ракурс ее работы, а также задачи этапов реабилитации, процедуры ГДП, роли участников. Излагаются правила поведения и работы, принципы и правила для участников сеансов и план курса лечения и каждого текущего занятия. План ГДП предусматривает решение ограниченного числа задач, решение которых врач хочет достичь в своей работе с больными. Внедрение в сознание пациентов указанных суждений является сложной и длительной работой. Темы развиваются медленно и могут реализовываться на нескольких занятиях. Полное осуществление плана, большое количество сеансов и весь перечень тем нельзя воплотить за время лечения больного в стационаре. За этот короткий период реализуется только основная часть плана.

### Биологическая обратная связь

Изучение биологической обратной связи (БОС) уходит корнями в учение И.П. Павлова об условных рефлексах и регулирующей роли коры. Это научное направление возникло в самом начале XX века в Институте экспериментальной медицины (Санкт-Петербург). Развивая эти идеи, П.К. Анохин показал, что принципу обратной связи принадлежит решающая роль в регулировании как высших приспособительных реакций человека, так и его внутренней среды. Норберт Винер определил «обратную связь» как способ регулирования на основе непрерывного поступления новой информации о функционировании системы. В 50-е годы учениками Павлова, как в России, так и в Америке, было разработано новое направление в физиологии — учение об инструментальных условных рефлексах.

В основе современного метода биологической обратной связи (БОС, в английском варианте — biofeedback) лежит следующий ряд научных открытий:

- работы N. Miller по выработке у животных висцеральных условных рефлексов (УР) оперантного типа;
- данные M.V. Serman о повышении порогов судорожной готовности после условнорефлекторного усиления сенсомоторного ритма в центральной извилине коры головного мозга как животных, так и человека;
- открытие J. Kamiya способности испытуемых произвольно изменять параметры своей электроэнцефалограммы (ЭЭГ) при наличии обратной связи об их текущих значениях. 70-е годы в истории развития БОС-технологий были отмечены небывалым общественным интересом к так называемому альфа-обучению и альфа-состояниям, обусловленным усиленным альфа-ритмом в ЭЭГ человека.

Термин «биологическая обратная связь» (биофидбек) предложен в конце 1960-х годов для описания лабораторных процедур, использовавшихся в обучении испытуемых умению изменять активность мозга, артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и другие физиологические параметры, которые в обычных условиях не поддаются контролю.

Сегодня понимание биологической обратной связи (далее биофидбека) расширилось и под нею понимают «технология, включающую в себя комплекс исследовательских, лечебных и профилактических физиологических процедур, в ходе которых пациенту посредством внешней цепи обратной связи, организованной преимущественно с помощью микропроцессорной или компьютерной техники, предъявляется информация о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов».

Биофидбек представляет собой инструмент оптимизации регуляторных систем организма путем самоконтроля или внешнего контроля с целенаправленным изменением отражающих их функциональных показателей через инструментальное замыкание петли обратной связи между контролируемыми функциональными показателями и мозгом. Все регуляторные системы условно могут быть разделены на три звена: аффекторное (сенсорное, чувствительное), интегративное (центральное), эффекторное (моторное или двигательное).

Аффекторное звено представлено органами чувств и различными рецепторами (чувствительные нервные волокна, зрение, слух, осязание, термо-, механо-, баро-, хемо-, осморорецепторы и т.д.).

Интегративное звено представлено, собственно, центральной нервной системой и производит динамическую оценку, анализ и синтез поступающей информации, принимает и передает на моторное звено принимаемые решения, направленные на оптимизацию регуляторных систем организма в соответствии с задачами биофидбека. Это, в первую очередь, автономная нервная система, высшие вегетативные центры, прежде всего, межоточного мозга, с представительством в моторной, премоторной, орбитальной и иных зонах коры мозга.

Связанный с межоточным мозгом гипоталамус имеет связи с корой, вегетативными центрами ствола головного и спинного мозга, и контролирует безусловные и условно-рефлекторную регуляцию дыхания, кровообращения, метаболизма и др.

Ниже анатомически находятся мезоэнцефалический и бульбарный вегетативные центры. От бульбарного центра (в числе других) исходят блуждающие нервы, которые входят в состав парасимпатической нервной системы (ПНС). И наконец, в боковых рогах спинного мозга находятся тораколюмбальный и сакральный вегетативные центры спинного мозга, первый образует начальную часть симпатической нервной системы (СНС), а второй — сакральный отдел парасимпатической нервной системы. Благодаря тому, что автономная нервная система на различных уровнях связана с корой, режим работы интегративного звена может быть изменен (в определенных рамках) эмоциями или сознательным волевым актом, а формирующиеся при этом нейронные связи в коре способствуют закреплению навыков управления физиологическими параметрами.

Эфферентные импульсы передают сигнал на эффекторное звено с целью выполнения необходимых действий. Из-за тесного переплетения контуров регуляции точкой воздействия биофидбека может стать любой физиологический параметр. Так, задавая ритм дыхания, можно влиять на ЧСС и параметры ВСР. Любой параметр, вынесенный вовне с помощью инструментальной петли обратной связи и тем самым «предъявленный» испытуемому, может стать предметом регуляции в биофидбеке.

Взаимозаменяемость контролируемых физиологических параметров и контуров — одна из замечательных особенностей технологии биофидбека.

Эффективность биофидбек-регуляции связана с формированием соответствующих нейронных связей и возможностью последующего прямого доступа к ним, а также

с вовлечением в петли биофидбека не только эффекторных (симпатический и парасимпатический отделы ВНС, гуморальная система), но и сенсорных (зрение, слух) систем, а также с пластичностью головного мозга.

*Биофидбек с контуром электроэнцефалографии (ЭЭГ) или нейрофидбек (NFB)* — метод, с которого собственно и началось развитие биофидбека. Испытуемому предъявляются показания биопотенциалов мозга, регистрируемые при помощи электроэнцефалографа или просто информация о преобладающем ритме и в конце процесса обучения испытуемый может сознательно менять паттерн своей ЭЭГ. Нейрофидбек применяется в лечении таких состояний, как алкогольная зависимость, СДВГ, тревожные расстройства (включая обсессивно-компульсивные расстройства и посттравматический стресс), депрессии, мигрени и генерализованные эпилептические припадки. Биофидбек — новое перспективное направление в современной клинической медицине, возможности которого еще далеко до конца не изучены и не исчерпаны. На настоящем этапе развития компьютерных наук и микропроцессорной техники оно получило новый сильный импульс своего развития, который будет только усиливаться, и в ближайшее время должен ознаменоваться широким внедрением во все отрасли человеческой деятельности, связанные со здоровьем, в первую очередь, в клиническую практику, в том числе и наркологическую.

### Антиципационный тренинг по В.Д. Менделевичу

Антиципационный тренинг (АТ) создан В.Д. Менделевичем и в 2003 апробирован как метод психотерапии в отношении пациентов с зависимостью от ПАВ. Автор относит АТ к т.н. психотерапии «здравым смыслом», которая включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии и техник переубеждения человека на основании логической аргументации, основанной на актуализации определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т.н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается т.н. антиципационная состоятельность — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. В рамках АТ проводится консультирование, направленное на развитие антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) с целью предвосхищения психотравмирующих ситуаций, собственных эмоциональных феноменов. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также устойчивость к формированию зависимого поведения способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как: а) отказ от претензий («мне никто ничего не должен»); б) отказ от однозначности (при истолковании происходящих событий — «это может значить все, что угодно»); в) отказ от фатальности (при истолковании будущих событий — «все возможно»); г) выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

Принцип отказа от претензий является одним из основополагающих в структуре антиципационного тренинга. Это связано с тем, что установка долженствования по отношению к происходящему вокруг человека и внутри его приводит к формированию патогенных паттернов осмысления действительности, выражающихся в двух раз-

новидностях экспектаций потенциального невротика: «мне все должны» или «я всем должен». Подобная жизненная позиция приводит к становлению зависимого моновариантного или поливариантного типов вероятностного прогнозирования. Сходные закономерности можно обнаружить и при игнорировании использования в жизни принципов однозначности и фатальности.

Сутью принципа выработки стратегии «антиципирующего совладания» («предвосхищающей печали») является изменение ригидной личностной позиции в отношении способов прогнозирования будущих событий и тренинг навыков многовариантного прогнозирования. Цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи невротических расстройств и преморбидной специфики прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факте частого расхождения прогнозов, делавшихся пациентом, в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций и реально происходившими событиями. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой стратегией и вызывает невротические расстройства. Наряду с этим используются методики «контрастирования» и транскультуральных корреляций. Процесс собственно антиципационного тренинга, который можно назвать психокоррекционным, включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание (и обсуждение) разнообразных высоко актуальных жизненных событий: измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность со стороны окружающих и пр. Во время данных занятий происходит выработка стратегии многовариантного прогнозирования и «антиципирующего совладания», основным девизом которого является «надейся на лучшее, но готовься к худшему». Нередко в качестве инструментария для антиципационного тренинга используется модифицированный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.

### 3. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНИКИ

#### Мотивационное интервью

Суть мотивационного интервьюирования (МИ) впервые была описана Вильямом Миллером в журнале «Поведенческая психотерапия» в 1983 году. Основные положения метода более детально описаны В. Миллером и С. Роллником в 1991 году. Эффективность метода оценивалась в десятках исследований. В книге В. Миллера и С. Роллника представлен обзор 26 исследований по мотивационному интервью (Burke et al.). Такое интервью показало максимальную эффективность в решении проблем, связанных с алкоголем: 11 из 12 исследований показали положительные результаты. МИ в некоторых случаях может применяться как самостоятельная методика, и как подготовка или дополнительная методика, способствующая эффективной реализации индивидуальной психотерапевтической программы, сочетающей другие психотерапевтические методы, формы и виды психотерапии в структуре программы реабилитации.

Концепция мотивационного интервьюирования была разработана на основе опыта, полученного в ходе работы с людьми, имеющими проблемы с алкоголем и зависимос-



тью от ПАВ. В результате анализа возможных причин безуспешности традиционного (директивного) консультирования пациентов с зависимостью В. Миллер пришел к выводу, что именно дача советов, агрессивное противостояние пациенту и прямое убеждение являются основными причинами возникновения сопротивления, рассматриваемого многими специалистами как основной барьер на пути к избавлению от зависимости.

МИ можно рассматривать как особую технику начального этапа психотерапии (лечебно-реабилитационной программы), которая по сути является упрощенным вариантом психотерапевтического контракта. Она имеет важное значение для начала лечебно-реабилитационных программ и может быть использована не специалистами (врачи-психотерапевты используют более сложные методики заключения психотерапевтического контракта), а другими специалистами в области наркологии, не имеющими специальной психотерапевтической подготовки (врачами психиатрами, психиатрами-наркологами, психологами и социальными специалистами). Эта техника была разработана как краткосрочный, основанный на принятии клиента и избегающий споров и убеждений, способ помощи в изменении поведения, и по сути может рассматриваться как технический прием когнитивно-поведенческой психотерапии. МИ объединяет простые и эффективные приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка), использование которых определяется основными принципами и задачами техники. Приемы МИ используются для решения конкретных последовательных задач, способствующих принятию пациентом решения об изменении своего зависимого поведения.

При использовании МИ самое главное — создать у пациента ощущение безопасности, понимания и поддержки для того, чтобы: 1) помочь начать активно размышлять о своем поведении; 2) стимулировать мотивацию к изменению; 3) помочь разработать план поведенческих изменений.

Основное отличие МИ от других методик мотивации к изменениям состоит в попытке актуализации мотивации к изменению поведения у самого пациента, а не навязывание ее извне. В основе использования МИ лежит выявление и усиление внутренней системы идеалов и целей, жизненных принципов пациента для того, чтобы стимулировать изменение поведения в ситуации амбивалентных и амбитентных мотивов. Амбивалентность (двойственность) является конфликтом между двумя возможными направлениями мотивов и двумя возможными направлениями плана действий (например, включиться в программы реабилитации или ограничиться только детоксикацией), каждое из которых имеет как преимущества, так и издержки. У многих пациентов никогда не было возможности обсудить зачастую запутанные, противоречивые и имеющие исключительно личный характер элементы такого противоречия. Например: «Если я брошу употреблять наркотики, я буду лучше себя чувствовать, но, с другой стороны, я не буду знать, чем себя занять в свободное время (а его много, поскольку я не работаю), и это может сделать меня несчастным». Задача специалиста — помочь пациенту выразить, усилить и осознать обе стороны своего двойственного отношения в лечении и направить его к принятию приемлемого для него решения, способного актуализировать все ресурсы личности для изменения поведения.

У специалиста часто возникает искушение «помочь», убедив пациента в том, что у него есть проблема с зависимым поведением, и это требует неотложного решения, и только активное участие в программе лечения и реабилитации является наиболее выгодным в данной ситуации. Однако многочисленные исследования подтверждают, что такой подход приводит к усилению сопротивления и снижает вероятность согласия, поскольку обращение пациента с зависимостью к наркологу часто не является отра-

жением принятого решения отказаться от употребления алкоголя или ПАВ, а в значительной части случаев стимулируется родственниками и близкими. Обращение к наркологу часто является уступкой близкому окружению.

МИ имеет целью помощь пациенту в принятии решения без указания на конкретный план действий. Для формирования плана действий применяются другие технические приемы, в том числе когнитивной психотерапии, с которыми МИ может сочетаться.

При применении МИ специалист исходит из того, что двойственность или недостаток решимости клиента являются основным препятствием, которое необходимо преодолеть для запуска изменений. Уже потом, после принятия решения (если будет принято решение измениться), может возникнуть необходимость продолжать работу, например разрабатывать план реализации изменений, обучать клиента определенным навыкам и т.д. В рамках же МИ применяются специфичные стратегии по выявлению, анализу и разрешению двойственности. При этом консультирование ориентировано на потребности клиента и проводится в атмосфере уважения к нему.

Специалист должен быть в высшей степени внимателен и восприимчив к любым нюансам проявлений мотивации пациента. Соппротивление и «отрицание» должны расцениваться не как «дефекты» характера клиента, а как реакция на то, как ведет себя и что делает специалист. Соппротивление пациента к изменениям должно рассматриваться как сигнал переоценки готовности к изменениям. В этом случае специалисту необходимо изменить стратегии работы по мотивированию, например, вернуться к предыдущему этапу обсуждения. Специалист стремится к уважению самостоятельности и свободы выбора, а также последствий этого выбора, что предполагает и готовность принять отказ от лечения.

В технике МИ считается, что если идея изменений у человека связана с положительными эмоциями, то само изменение получится у него легко. В то же время в МИ рекомендуется вместе с пациентом рассматривать как положительные, так и отрицательные стороны изменения. Самое важное понятие в МИ — это осознанный выбор и ответственность за его последствия. Очень важно давать понять пациенту, и говорить об этом прямо, что, несмотря на помощь со стороны специалистов, именно сам пациент отвечает за принятие собственных решений.

Основой успеха при обсуждении с пациентом его алкогольных проблем является эмпатический стиль, который является основным компонентом мотивационного интервью. Мотивационное интервью — это неконфронтационный способ ведения беседы и взаимодействия с пациентом, предполагающий передачу информации в форме, избегающей или снижающей сопротивление пациента.

Применение МИ по сравнению с традиционным конфронтационным подходом приводит к следующим результатам: а) меньшему сопротивлению; б) большему согласию с рекомендациями врача; в) более редкому преждевременному прекращению лечения; г) меньшему пропуску сессий пациентом; д) меньшему употреблению алкоголя во время лечения и в течение года по окончании лечения.

Разработаны основные принципы мотивационного интервью с конкретными мерами того, что врач должен и не должен говорить своим пациентам (таблица 10). С целью снижения сопротивления следует избегать навешивания ярлыков и постановки «угрожающих» вопросов. Постановка вопросов в неконфронтационном стиле позволяет вовлечь пациента в обсуждение проблем зависимости и повысить мотивацию к их положительному решению. Например: «Расскажите мне о Вашем употреблении алкоголя. Как Вы выпивали год назад? Каким Вы хотели бы видеть Ваше употребление алкоголя через год после нашей встречи?».

Таблица 10.

## Основные принципы МИ

Рекомендуемые действия врача	Не рекомендуемые действия врача
<p>Проявлять эмпатию и поддержку: «Вы кажетесь озабоченным тем, что Ваше употребление алкоголя может быть связано с определенным давлением, которое Вы испытываете дома и на работе».</p>	<p>Осуждать: «Складывается впечатление, что Вы недостаточно серьезно относитесь к своим выпивкам».</p>
<p>Задавать открытые вопросы: «Опишите, что хорошего приносит Вам употребление алкоголя и что в нем плохого?»</p>	<p>Задавать закрытые вопросы (предполагающие ответы «да» или «нет»): «Есть ли у Вас проблемы с употреблением алкоголя?»</p>
<p>Отражать состояние пациента в психотерапевтическом диалоге: «Похоже, что Вы не очень довольны тем, что Вас направили в нашу клинику».</p>	<p>Применять ярлыки: «То, как Вы пьете, показывает, что Вы — алкоголик».</p>
<p>Развивать проявления несоответствия: «Если Вы будете продолжать употреблять алкоголь так же, как в этом году, как, Вы думаете, сложится Ваша жизнь через 2-3 года?»</p>	<p>Конфронтировать, морализировать, обвинять: «У Вас есть серьезная проблема с алкоголем, которую Вы отрицаете».</p>
<p>Двигаться в направлении сопротивления: «Вы не рассматриваете свое употребление алкоголя как проблему, но готовы подумать о возможности уменьшения употребления алкоголя в случае, если бы это улучшило Ваше здоровье». (Эта стратегия обращается к проблеме в неконфронтационном стиле).</p>	<p>Угрожать: «Если Вы не прекратите употребление алкоголя, Вы будете выписаны».</p>
<p>Задавать вопросы в не угрожающей манере: «Расскажите мне о Вашем употреблении алкоголя». «Складывается впечатление, что у Вас нет единого мнения (или Ваши мнения противоречивы) в отношении изменения употребления алкоголя?». «Как Ваше употребление алкоголя изменилось за последний год?»</p>	<p>Задавать угрожающие вопросы: «Как давно Ваше питье стало проблемой?» «Собираетесь ли Вы предпринять что-либо в отношении Вашей алкогольной проблемы?»</p>
<p>Подкреплять изменения: «Хоть Вы и не воздерживались от употребления алкоголя каждый день на прошлой неделе, Вы сумели уменьшить его значительно. Как Вам это удалось?» (Поскольку у многих пациентов отмечается недостаток уверенности в своей способности измениться, предоставление им возможности озвучить позитивные перемены усиливает их ощущение собственной значимости и способности к изменениям.)</p>	<p>Подкреплять патологический стереотип: «Вы не воздерживались от употребления алкоголя каждый день на прошлой неделе, хотя и сумели уменьшить его употребление. Почему Вам это не удалось?»</p>

Нежелание обсуждать употребление алкоголя или ПАВ — это не одностороннее явление. По многим указанным ранее причинам (страх получить клеймо алкоголика, страх услышать, что никогда больше нельзя выпить, сопротивление конфронтационной манере разговора, несогласие, что употребление алкоголя нужно изменить) люди с проблемами зависимости, особенно те, у кого эти проблемы выражены относительно не резко, не расположены к обсуждению своего употребления алкоголя с психотерапевтами. Сами же врачи, в силу разных причин (недостаточность образования и тренинга, ограниченное понимание своей ответственности, собственное употребление алкоголя, низкие ожидания от лечения) также не расположены к обсуждению вопросов употребления алкоголя со своими пациентами. Таким образом, существуют факторы, удерживающие от бесед со своими пациентами на тему употребления алкоголя.

Мотивационное интервью — это способ взаимодействия с пациентом, который требует от врача владения определенными клиническими навыками. Любой специалист в области психического здоровья (врач-психиатр, нарколог, психотерапевт, клинический психолог), а также любой другой работник здравоохранения, например врач общей практики, может овладеть этими навыками.

Таким образом, независимо от типа клиники, будь это специализированная программа для лечения алкоголизма, общетерапевтическая служба или центр по проблемам психического здоровья, специалисты здравоохранения могут применять техники мотивационного интервью, чтобы побуждать своих пациентов открыто говорить об их употреблении алкоголя и помочь им принять решение о необходимости изменений.

Для стимулирования МИ может применяться специальный бланк, который пациент может заполнить до встречи с врачом в виде домашнего задания или непосредственно во время мотивационного интервьюирования.

Продолжать пить (курить, играть в азартные игры, употреблять наркотики).	
За	Против
Жить без алкоголя (никотина, азартных игр, наркотиков).	
Против	За

Практические навыки, необходимые врачу для эффективной работы на данном этапе, следующие: 1) эмпатическое принятие, 2) использование навыков активного слушания (техник вербализации), 3) поддержка самооценки, 4) Усиление внутренних противоречий, 5) Принятие сопротивления, 6) Подведение итогов.

Детальное описание этих составляющих представлено ниже.

*1. Эмпатическое принятие и его выражение.* Эмпатическое принятие основано на известной триаде К. Роджерса, который определяет его следующим образом: «Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения «как будто». Так, ощущаешь радость или боль другого так, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины так, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок «как будто»: как будто это я радуюсь или огорчаюсь».

Полное эмпатическое принятие означает избегание обвинения пациента в его проблемах, обсуждение вместо этого симптомов не как проявления случайного или «плохого» поведения, а как того, что можно понять в контексте прошлой и/или текущей ситуации. Это позволяет терапевту принять все аспекты проблемы без обвинения в них пациента и, в то же время, с отвержением неизбежности продолжения ее в будущем.

На практике выражение эмпатии проявляется в 1) понимании пациента без осуждения, критики или обвинения; 2) желании принять пациента таким, какой он есть, и его точку зрения; 3) проявлении искренности в желании понять точку зрения пациента (что не означает согласия с ней).

*2. Навыки активного слушания (вербализации).* Активное слушание — это процесс, заключающийся в повторении слов пациента, которые формулируются в виде вопросов, обращенных к пациенту, о том, что именно его заботит и расстраивает. При этом важно принимать реальность этих страхов и уточнять, что еще может беспокоить больного. В психотерапевтической практике используются несколько техник (уровней) вербализации, предполагающих простое превращение последних слов пациентов в вопрос (1-й уровень), обобщение сказанного в форме вопроса (2-й уровень), обобщение сказанного в форме вопроса с предположением чувств, которые переживает пациент (3-й уровень), дополнение высказываний описаний собственных эмоций (4-й уровень). Несмотря на кажущуюся простоту эта процедура, особенно 2-4 уровней требует специальной психотерапевтической подготовки.

*3. Поддержка самооценки.* Пациенту, обратившемуся за помощью, может быть нелегко. Достаточно часто в практической деятельности врач начинает «накачивать негативом» своего пациента. Иными словами, специалист больше критикует пациента, рассказывает, как надо делать и т.д., результатом чего может явиться нарушение баланса критики и поддержки. Во время этого процесса самооценка пациента падает, и ему сложно двигаться к цели. В связи с этим задачами врача являются: 1) подчеркивание собственной уверенности пациента в его способности изменить образ жизни; 2) демонстрация пациенту, что Вы видите потенциал для позитивных изменений и верите в пациента.

Практический пример:

Пациент: «Сколько бы я ни бросал играть, никогда больше двух недель мне не удавалось продержаться».

Врач: «Очень хорошо, что у Вас уже есть опыт борьбы с зависимостью от азартных игр! Вам удавалось продержаться более 14 дней, и это было достигнуто самостоятельно, без работы с психотерапевтом! Сейчас, используя возможности психотерапии, Вам будет значительно проще бороться с зависимостью».

*4. Усиление внутренних противоречий.* Движущей силой перемен является осознание противоречий между привычным поведением и личными целями или ценностями пациента. При совместной работе по заполнению бланка мотивационного интервью особое внимание необходимо обращать на противоречия между аргументами «за» и «против». Возможно использование серии вопросов: «Какой Вы хотите видеть свою

жизнь через 5 лет? Как с этой жизнью сочетается употребление алкоголя (наркотиков, азартная игра, курение)?»

5. *Принятие сопротивления.* Зависимые люди являются трудными пациентами для врача, они часто спорят, далеко не всегда готовы выполнять рекомендации, часто отстаивают свою точку зрения. Врач часто начинает сердиться на такого пациента, считает, что тот «сопротивляется», и это еще больше ухудшает контакт, поскольку результатом раздражения врача является не принятие его точки зрения, а формализации контакта. При этом пациент начинает имитировать согласие, и именно это приводит к обрыву случая лечения. На самом деле сопротивление — это не характеристика пациента, а проявление искренности пациента.

6. *Подведение итогов.* При подведении итогов необходимо обобщить полученную информацию и вернуть ее пациенту, подчеркнув наиболее важные стороны.

Пример: «Суммируя полученную информацию, можно отметить, что есть аргументы за отказ от азартной игры (Вы хотите сохранить семью, перестать испытывать чувство вины, избавиться от долгов, прекратить постоянно думать об игре). С другой стороны, Вам трудно представить себе жизнь без игры, равно как и необходимость регулярно ходить на работу. Правильно ли я Вас понял?»

Подведение итогов заканчивается планированием дальнейшей работы. «Какие дальнейшие шаги мы наметим? Когда Вы планируете приступить к отказу от азартной игры?»

## Индивидуальное психологическое консультирование

Индивидуальное психологическое консультирование (ПК) может рассматриваться в качестве методики начального этапа психотерапии, в том числе при проведении работы с пациентами, не мотивированными к личностным изменениям (т.н. консультативной модели психотерапии), кроме того, ее могут применять врачи-психотерапевты, психологи, социальные работники, педагоги или врачи, не имеющие специальной психотерапевтической подготовки, для решения психологических проблем в рамках индивидуальной психотерапевтической программы, либо ПК может быть единственной интервенцией при работе с зависимыми при их нежелании лечиться. При проведении ПК обращающиеся за психотерапевтической помощью идентифицируются как клиенты в связи с тем, что эта работа может осуществляться с не клиническими целями. В качестве клиентов идентифицируются пациенты, предъявляющие при обращении экзистенциальные проблемы и кризисы, межличностные конфликты, семейные затруднения или проблемы профессионального выбора. В любом случае клиент воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы (зависимость как расстройство выносится как бы за скобки). В этом основное отличие психологического консультирования от психотерапии. От так называемой «дружеской беседы» консультирование отличается нейтральной позицией консультанта.

Цели и задачи психологического консультирования:

1. эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента;
2. расширение сознания и повышение психологической компетентности;
3. изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»);
4. повышение стрессовой и кризисной толерантности;
5. развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;

6. повышение ответственности и выработка готовности к творческому освоению мира.

Технические этапы психологического консультирования:

1. установление контакта профессионального консультирования;
2. предоставление возможности выговориться (в ряде случаев люди, впервые получившие возможность рассказать о своей проблеме, не прерываемые вопросами и советами, сами в процессе разговора начинают «видеть по-другому проблему и возможности ее решения», могут остановить консультирование на этом этапе, будучи удовлетворенными его результатами);
3. предоставление эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;
4. совместная с обратившимся человеком переформулировка проблемы;
5. заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности клиента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий клиента);
6. поиск вариантов возможных решений проблемы (консультант предлагает свой профессиональный и жизненный опыт только после того, как клиент сформулировал 2-3 решения);
7. выбор оптимального решения из выявленного регистра с точки зрения клиента;
8. закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения; может осуществляться прямой поддержкой либо парадоксально — «критикой и сомнениями» консультанта;
9. завершение консультирования с предоставлением права повторного обращения при необходимости либо назначение катамнестической, поддерживающей встречи.

Опыт показывает, что такую программу удастся реализовать в течение одной встречи, продолжающейся 2-3 часа, или в курсе из 2-5 встреч по 1 часу с интервалами от одного дня до 2-3-Х недель.

Часто участие в ПК является первым шагом пациента к обретению доверия к специалисту или медицинскому учреждению. Одной из существенных проблем ПК, особенно при некорректном заключении психотерапевтического контракта, является убежденность пациента в том, что ПК и является лечением зависимости. Для предотвращения таких ситуаций необходима психотерапевтическая подготовка и освоение навыков корректного заключения психотерапевтического контракта.

## Тренинг социальных навыков, социально-поведенческий тренинг

Тренинг социальных навыков является вариантом социально-психологического тренинга (СПТ), который был «заново открыт» специалистами, не имеющими психотерапевтической подготовки. СПТ представляет собой структурированную обучающую программу, формирующую навыки социального поведения, которые необходимы для создания определенной сети социальных контактов и уменьшения стресса как следствия интерперсональных конфликтов и неудач. «Мишенями» воздействия на тренинговых занятиях становятся дефицит социального восприятия, несостоятельность при решении повседневных проблем, плохо сформированное невербальное поведение. Дефицит социальных навыков может predispose к приему наркотиков или затруднять реадaptацию к среде без наркотиков. При этом социальный тренинг является

не только эффективным средством оптимизации социального поведения, но и приводит к редукции клинических симптомов и уменьшает вероятность рецидивирования заболевания. Большинство попыток такого тренинга имеет своим обоснованием то, что индивидуум страдает дефицитом важных межличностных навыков и никогда не мог адекватно усвоить их в прошлом. Однако, некоторые (напр., Вольпе) полагают, что релевантные навыки могли быть усвоены, но их адекватному использованию препятствует приобретенная (условно-рефлекторная) тревога. Другие исследователи (напр., Мейхенбаум) подчеркивают каузальную роль когнитивных факторов, например, негативных ожиданий и отрицательной самооценки. Эта точка зрения сопутствует более широкому введению и признанию роли когнитивных факторов в более традиционных поведенческих подходах к лечению, проводимому под рубрикой «когнитивно-поведенческой модификации».

Хотя не все программы тренингов социальных навыков одинаковы, у них есть много общего. Программы различаются между собой в разной акцентуации отдельных компонентов так же, как и в их представлении, последовательности и применении. Компонентами, наиболее часто включаемыми в тренинговые программы, являются: а) представление теоретического обоснования, б) моделирование, в) разыгрывание ролей, г) обратная связь, д) перенос навыков тренинга во внутерапевтическую среду.

Обзор навыков, которым собираются обучать, обычно предшествует самому тренингу. Внимание чаще всего уделяется разъяснению используемой терминологии и важности навыков для жизни обучающихся. Пока не существует стандартной таксономии социальных навыков и их поведенческих референтов.

Моделирование. Ясное представление образцов поведения, которые предстоит усвоить, — важная часть большинства тренинговых программ вне зависимости от того, является ли их теоретическим обоснованием ссылка на дефицит навыков или на условно-рефлекторную тревогу. Во многих случаях представление модели включает наряду с внешним, наблюдаемым поведением еще и когнитивное поведение (самовербализации).

Разыгрывание ролей. После того, как обучающиеся ознакомлены с образцами поведения моделей, им предоставляется возможность практиковаться в воспроизведении этих образцов. Обучающиеся в форме разыгрывания ролей могут отрабатывать как открытые, так и скрытые поведенческие реакции, в ожидании, что индивидуализированная тренировка улучшит соответствующие навыки в ситуациях реальной жизни.

Обратная связь. Обратная связь и социальное подкрепление являются неотъемлемым компонентом практически всех программ подобных тренингов. Эмпирически выделены условия, являющиеся необходимой предпосылкой конструктивной обратной связи, например, описательный, а не оценочный характер обратной связи, ее неотсроченность, специфичность, релевантность потребностям и получающего и отправляющего, реализация ее в контексте группы. Обратная связь может происходить в форме одобрения, похвалы или ободрения либо она может быть по природе коррективной, включая конкретные предложения по улучшению качества выполнения. Некоторые программы, в особенности предназначенные для подростков или хронических пациентов, могут также использовать осязаемое подкрепление, например, деньги, еду, сласти или разного рода жетоны.

Некоторые программы тренингов социальных навыков включают техники самоподкрепления. С целью сдвинуть локус оценки снаружи внутрь делаются попытки обучения самонаблюдению, самооцениванию и самоподкреплению как важному аспекту приобретения и генерализации навыков.



Домашняя работа (перенос навыка в реальную жизнь). Перенос навыков является наиболее пренебрегаемой областью тренинга. Некоторые программы тренингов признают важность этого и прямо работают с этой проблемой. Домашние задания является наиболее часто используемой техникой для переноса навыков во внутерапевтическую среду. Другим важным подходом к облегчению успешной генерализации являются использование «усилителей переноса», повышающих вероятность переноса полученных навыков. В литературе предлагаются пять «усилителей» такого переноса: а) представление общих принципов или предоставление обучающимся адекватных концепций, правил или стратегий для правильного использования навыка; б) тождественность элементов, или максимально возможная физическая и интерперсональная подгонка ситуации обучения к обстоятельствам реальной жизни; в) избыточное обучение, или обеспечение возможности повторного выполнения успешного поведения на сеансе тренировки; г) стимульное разнообразие, или предоставление обучающимся возможностей практики только что приобретенных социальных навыков в различных межличностных обстоятельствах; д) подкрепление реальной жизни, или максимизация вероятности того, что обучающиеся получают адекватное (внешнее) социальное подкрепление и/или (внутреннее) самоподкрепление по мере успешного использования своих навыков в обстановке реальной жизни.

В большинстве способов оценки эффективности тренинга используется некая комбинация показателей вопросников и самооценочных шкал поведения, когнитивных и/или аффективных реакций, данных естественнонаучного наблюдения и оценок исполнения ролей в играх. Поскольку до сих пор не существует ни стандартизированной номенклатуры навыков, ни общепринятой системы оценки достигаемых тренировкой результатов, пока не представляется возможным сравнить между собой тренинговые программы по их эффективности.

Общая цель СПТ — повышение компетентности в сфере общения — конкретизируется различными решаемыми в его процессе задачами. В зависимости от приоритета задач, на которые направлен СПТ, он может приобретать различные формы. Все многообразие этих форм условно можно разделить на 2 больших класса: 1) ориентированные на приобретение и развитие специальных навыков, например умение вести деловую беседу, разрешать межличностные конфликты и др.; 2) нацеленные на углубление опыта анализа ситуаций общения, например коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения, развитие способности адекватно воспринимать себя и других людей, анализировать ситуации группового взаимодействия.

Тренинг проводится в группах по 8-12 человек под руководством психолога, прошедшего специальную подготовку. Обычно цикл занятий рассчитан на 30-50 часов, однако продолжительность его можно варьировать в зависимости от характера решаемых задач. В то же время опыт показывает, что непродолжительные занятия (менее 20-24 часов) не позволяют в полной мере реализовать программу тренинга и снижают его эффективность. Занятия могут проводиться с интервалами в 1-3 дня (со средней продолжительностью каждого занятия 3 часа). Эффективной формой организации работы является марафон (несколько занятий подряд по 8-10 часов). В процессе СПТ применяются различные методические приемы: групповая дискуссия (базовый методический прием), ролевые игры, невербальные методики и др.

Каждое занятие начинается с так называемых «разогревающих» процедур, продолжительность которых — не менее 30 минут. Далее — в зависимости от этапов прохождения тренинга.

Важной составной частью СПТ является начальная процедура лобилизации, предполагающая конфронтацию, а затем и принятие участниками тренинга собственных реальных сложностей в общении и поведении. Для проведения процедур лобилизации необходима специальная групповая подготовка проводящих СПТ специалистов.

Современные формы СПТ предполагают активное привлечение самих участников к формированию перечня необходимых навыков, которые будут отрабатываться в процессе СПТ.

### Клинические ролевые игры

Наркологические больные, особенно на начальных этапах лечения, не имеют такой терапевтической мотивации, как больные с невротическими расстройствами, и нуждаются в регламентированных формах психотерапевтического воздействия. В этом смысле использование возможности психодраматического проигрывания типичных сценариев наркологических проблем представляется полезным для лечения пациентов с зависимостью. Клинические ролевые игры являются одной из форм социодрамы и фактически разновидностью ролевого тренинга. И являются альтернативой психодраматических групп при отсутствии подготовленных специалистов. В ролевых играх предполагается меньшая спонтанность протагониста с предоставлением ему готовой мизансцены, в которой он проявляет словесную импровизацию, но на заданную тему. Клинические ролевые игры — это «упрощенная» психодрама на заданную тему, содержащая готовые сюжеты и цели. Ролевые игры исследуют общие проблемы и типичные роли, в то время как психодрама — индивидуальные проблемы. В ролевых играх исследование конфликтов протагониста и его переживаний, поиск эффективных путей разрешения ситуаций осуществляется непосредственно в ходе групповых ролевых игр при меньшем руководящем значении режиссера. Вместе с тем, при использовании такой методики у наркологических больных роль ведущего бывает весьма своеобразна и связана с непосредственным участием в ролевой игре. На практике в наркологических учреждениях бывает проблематично найти компетентных вспомогательных участников, которые бы так успешно справлялись со вспомогательной ролью как врач-психотерапевт или хорошо подготовленный медицинский психолог.

Благодаря ориентации на решение конкретных жизненных ситуаций, а также преимущественное вовлечение первой сигнальной системы, т.е. конкретно-образного мышления, живого восприятия и участия моторики ролевые игры понятны и доступны наркологическим больным. Преморбидные свойства, тем более наступающее в течение болезни интеллектуальное снижение делают понятным выбор формы терапии для наркологических больных. Анализ ситуации в форме действия, разыгрывания оказывает большее эмоциональное воздействие на пациента, нежели вербальная форма.

Алкогольная (наркоманическая) компания выполняет, в частности, социо- и психотерапевтическую роль в отношении участников. В пьющей компании проводятся ролевые игры, имеющие, в том числе, психотерапевтическое значение для участников, повышающее их микросоциальную адаптацию. Ролевые игры разыгрываются пациентами и в наркологическом стационаре при неформальном общении между собой вне психотерапевтических занятий. Вместе с тем, психотерапевтическая атмосфера обладает не только лечебным свойством, но и охранительным, бережным в отношении

больных. Больным создается атмосфера эмоциональной безопасности, гарантирована неприкосновенность личности и исключается обособление кого-либо из членов группы. Отсюда видно, как важно при оказании наркологической помощи предложить больным клинические ролевые игры, несущие терапевтическое значение. Но предложение участвовать в них в условиях группы больные сначала встречают отказом. От ведущего во многом зависит то, как быстро и успешно он сможет вовлечь больных в неформальное участие в ролевой игре. Этому начальному этапу работы уделяется специальное внимание в разделе составления сценариев.

При лечении в наркологическом стационаре всегда возникает в той или иной форме вопрос добровольности выбора больным метода лечения. Это относится и к психодраматическому действию и проведению ролевых игр — врач заручается согласием больного на этот метод лечения. Как показывает практика, не все наркологические больные готовы принимать участие в клинических ролевых играх. Интеллектуально-мнестическое снижение, выраженное морально-этическое изменение личности с цинизмом, приверженность алкогольным идеалам, — все это делает невозможным включение больных в ролевые игры, равно как и в рациональной психотерапии, описанной выше.

Используются традиционные требования к формированию, пополнению и пошаговому развитию групп. Требования к формированию групп больных для ролевых игр остаются теми же, что и при других групповых методах психотерапии (критерии выбора больных, численность группы, взаиморасположение, доверие, ощущение безопасности, интерес каждого участника в решении групповых задач, групповая динамика, сплочение группы и т.д.). Желательно создание закрытых групп без изменения состава больных в течение одной терапевтической сессии. При этом вполне допустимо изменение состава группы на следующих сессиях и принятие варианта ведения открытой группы, что может позволить уход и включение новых больных из-за разных сроков пребывания в стационаре.

Пациент, чьи житейские сложности разыгрываются, называется протагонистом. Ведущий сессии и направляющий протагониста в процессе ролевой игры называется режиссером. Вспомогательное лицо, второе «Я» — это член группы, исполняющий роль иного участника ролевой игры или чувства и мысли протагониста. Сцена в театральном значении отсутствует и представляет собой любую часть комнаты, где находится протагонист.

Сеанс клинических ролевых игр имеет самостоятельное значение при наличии сценария и стадий классической психодрамы — разогрева, действия (описание проблемы, исследование и интерпретация, создание альтернативного поведения), обмена чувств участниками и анализа.

Разыгрывание проблемы, изучаемой во время сеанса, осуществляется посредством ролевого проигрывания ситуации, в которой она наиболее ярко проявляется. Диагностическая часть связана с изучением условий, связанных с представленной проблемой — ранее перенесенные переживания, отсутствие навыков по решению данных проблем. Коррекционная часть включает устранение эмоционального компонента, снятие запретов и создание новых способов реагирования на проблему, обучение протагониста новым способам поведения в привычных конфликтных ситуациях. Подобные эксперименты включают не только сцены проигрывания нового поведения, но и последствия такого поведения. Признаком нахождения верных решений является появление чувства комфорта в новых обстоятельствах у протагониста и уменьшение склонности возвращения к старым формам реагирования.

Это методика преследует цель актуализация рефлексии, проявление и описание чувств, в том числе через драматизацию, а также репетирование проблеморешающего поведения.

Понимание эмоциональных механизмов состояний и поведения часто затруднено ввиду недостаточной выраженности эмоций. Усиление интенсивности чувств используется для прояснения эмоций. Преодоление алекситемии, свойственной наркологическим больным, возможно путем научения во время ролевой игры распознаванию собственных переживаний, структурированию переживаний и их вербализации. Анализируемые проблемы пациента часто интеллектуально достаточно им проработаны. Однако этого бывает недостаточно для их психологического разрешения. Они остаются субъективно значимы по непонятным для больного причинам. Анализ эмоций позволяет выяснить первоначальные причины собственных поступков и чувств, а также чувств, которые планируется достигнуть.

Во время драматического действия свойственно усиление рефлексии и даже переживание инсайта — внезапного понимания сущности отношений и ситуации, позволяющее осмысленно решить проблему. Понимание выводится из прошлого опыта с помощью психодраматических приемов, позволяющих внести новое видение каких-то сторон проблемы. Психодраматическое действие не только проявляет эмоции и делает их очевидными для больных, но и позволяет пережить их в утрированной форме с появлением «чувства очищения через переживание или приобщение к страданию», т.е. через катарсис как конечную стадию прояснения эмоций.

Ролевые игры способствуют развитию способности проникать в переживания окружающих, постигать эмоциональные состояния другого человека в форме сопереживания, чувствовать эмоциональное состояние своего «героя» — эмпатии.

Вполне естественно, что протагонист стремится вести себя в ролевой игре традиционным и испытанным им способом. Он ведет себя способом, который часто использовал в поведении, обладающем низкой эффективностью. Одной из задач ролевой игры является смена неэффективных форм поведения на адаптивные. Протагонисту нельзя навязать стиль или отдельные формы поведения, которые кажутся ему неприемлемыми, даже если с точки зрения терапевта они более эффективны для него. Новые формы поведения, чтобы обрести свойства адаптивности, должны входить в личностный спектр протагониста, т.е. попросту должны подходить ему и быть выполнимыми. Более того, они входят в реальный спектр поведения протагониста и извлекаются терапевтом в процессе терапии.

Любой рисунок поведения независимо от его эффективности представляет не все поведенческие ресурсы личности. Личность демонстрирует, озвучивает обычно часть своего поведенческого плана. Невидимая, оставшаяся за кадром, так и не ставшая очевидной для окружающих часть плана, назовем ее латентной, остается смутным фоном только в воспоминаниях личности. Чем чаще личность эксплуатирует в неизменном виде внешне заметную часть плана, тем более стереотипным и однозначным становится поведение индивида. В результате с возрастом или при психическом, наркологическом заболевании поведение становится более предсказуемым и однообразным. Терапевт смещает акценты в поведенческом плане на скрытую, латентную часть и делает ее основной, видимой.

Построение адаптивных форм поведения и адекватных ответов основано на поиске эффективного поведения в конкретных житейских ситуациях.

Позиционный ряд представляет собой последовательную смену положений тела, психологических состояний и отношения протагониста к иным участникам мизансце-

ны. Позиции являются средством градуирования ролевой игры и одной из мер оценки происходящего. Позиционный ряд является средством структурирования процесса изменения поведения. Поведение протагониста оценивается присутствующими шаг за шагом. Пациент запоминает верную последовательность поведения от первого и до последнего шага.

Как показывает практика, ролевые игры не могут быть изолированным мероприятием в психотерапии наркологических больных. Они являются частью психотерапевтической программы наркологического отделения и структуры отдельного сеанса. Указанные выше методики проводятся в условиях групповой психотерапии в наркологическом или психиатрическом учреждении. Игры могут включаться в традиционный сеанс групповой дискуссионной психотерапии.

Метод клинических ролевых игр может использоваться в психотерапевтической программе на начальных этапах лечения наркологических больных. В последующем курсе лечения метод регулярно дополняет проводимую рациональную или иную психотерапию и число повторений метода определяется лишь текущими задачами, а никак не отвлеченными представлениями об ограничении использования метода. Применение метода клинических ролевых игр продолжается и в рамках осуществления следующего далее реабилитационного процесса.

### 4.3. ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В настоящее время психотерапевтическое лечение реализуется в нескольких формах психотерапии. Для пациентов с аддиктивными расстройствами успешно применяются такие формы психотерапии как индивидуальная психотерапия, групповая психотерапия, семейная психотерапия, психотерапия средой, а также не менее разработанная, но доказавшая свое практическое значение специфическая для наркологической практики форма психотерапии — терапевтическое сообщество. Остановимся подробнее на особенностях применения форм психотерапии в условиях наркологической клиники.

#### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Индивидуальная психотерапия (ИП) является такой ее формой, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде «врач-пациент». ИП используется в рамках практически всех концептуальных и методических направлений в психотерапии, которые и определяют специфику психотерапевтического процесса, цели и задачи, способы воздействия, методические приемы, тип контакта между пациентом и психотерапевтом, длительность и другие переменные (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Карвасарского Б.Д., 2008).

ИП в большинстве случаев лечения пациентов с зависимостями является основной формой психотерапевтической работы. Это означает, что лечащий врач-психотерапевт является основным куратором индивидуальной психотерапевтической программы, а диада «врач-пациент» является основной системой, интегрирующей все элементы психотерапевтической стратегии от первого обращения до завершения всех лечебно-реабилитационных технологий. Учитывая личностные особенности пациентов с зависимостями, значительные колебания их самооценки и эмоционального состояния, а также поведенческие нарушения, диада в процессе всего лечения испытывает значительные перегрузки и проверяется на прочность. Ситуация еще больше осложняется возможными периодическими срывами ремиссии, а также влиянием макро- (например, увольнение с работы), микросоциальных (конфликты с близкими, отказ близких принимать участие в поддержке пациента после очередного срыва или невыполнения условий психотерапевтического контракта), а также семейных факторов (угроза развода, факторы созависимости). Эти сложности накладывают на врача-психотерапевта, ведущего случай, значительную психологическую нагрузку и способствуют профессиональному выгоранию. Это означает, что в психотерапевтических центрах, осуществляющих психотерапевтическую помощь для зависимых, обязательным условием качества работы является создание систем супервизии, психологической поддержки самих специалистов, а также программ профилактики профессионального выгорания. Можно сказать, что психотерапия зависимости является одной из самых трудных психотерапевтических профессий. В реальной психотерапевтической практике указанные сложности профессиональной деятельности зачастую приводят к неготовности психотерапевтов прини-

мать на себя персональную ответственность за психотерапевтический случай, создания «псевдобригадных» моделей психотерапии и реабилитации, при которых ответственность за ведение случая переносится на полипрофессиональную бригаду (никто конкретно не отвечает за происходящее с пациентом) и даже на медицинское учреждение (ответственность за случай перекладывается на руководителя психотерапевтического подразделения). Это приводит к снижению качества работы, соучастие в манипуляциях пациентов или даже созависимое поведение самих специалистов.

ИП является основной формой психотерапии на всех этапах психотерапевтического взаимодействия с зависимыми в силу сложностей у таких пациентов с самораскрытием, анозогнозией, особенностями переживания наличия самой зависимости и связанными с этим трудностями вхождения в малые, средние и большие социальные группы. На начальных этапах работы основную лечебную роль выполняют неспецифические и общие факторы психотерапии, воздействие которых в большей степени проявляется именно в индивидуальной форме.

Общие или неспецифические факторы психотерапии описывались разными специалистами, R. Corsini и B. Rosenberg (1964), I. Yalom (1970), S. Kratochvil (1978), J. Marmor (1978). Некоторые факторы характерны для индивидуальной и для групповой психотерапии, другие — только для групповой. Обобщенный перечень этих факторов может выглядеть следующим образом:

1. Универсальность страдания. Этот фактор в большей степени относится к групповой психотерапии, однако в определенной мере он может работать и в ИП, как понимание того, что если врач-психотерапевт представляет подход к лечению, то это означает, что он сталкивался с другими подобными случаями. А это означает, что заболевание не является уникальным.
2. Эмоциональная поддержка. При эмоциональной поддержке большое значение имеет создание климата психологической безопасности.
3. Альтруизм. Положительный терапевтический эффект может оказывать не только то, что пациент получает поддержку и ему помогают другие, но также и то, что он сам помогает другим, сочувствует им, обсуждает вместе с ними их проблемы. Этот фактор больше специфичен для групповой психотерапии и психотерапии в условиях психотерапевтической среды.
4. Катарсис. Воспроизведение неотреагированных или вытесненных эмоций является важной составной частью психотерапевтического процесса. Сам по себе катарсис напрямую не приводит к изменениям, но создает определенную основу или предпосылки для изменений, в том числе при соприкосновении и осознании, что проявление чувств не приводит к катастрофическим последствиям во взаимоотношениях с психотерапевтом.
5. Самораскрытие (самоэксплорация). Этот механизм в большей степени присутствует при групповой психотерапии, но и ИП стимулирует откровенность, проявление скрытых мыслей, желаний и переживаний. В процессе психотерапии пациент «раскрывает» самого себя, понимает и принимает свои особенности, которые он старался скрывать от других.
6. Конфронтация. Психотерапевт является источником информации о пациенте, которая не доступна для понимания пациенту и находится в области «слепых пятен» самопонимания. Конфронтация — выражение того, как один реагирует на другого, а также отношения к собственным выявленным противоречиям.
7. Осознание. В процессе психотерапии пациент начинает осознавать неосознаваемые прежде связи между особенностями своей личности с неадаптивными

- способами поведения. Для реальных изменений и перестройки личности пациенту необходимо пережить серию инсайтов, первым из которых должно стать осознание наличие зависимости.
8. **Коррективный эмоциональный опыт.** Коррективный эмоциональный опыт представляет собой интенсивное повторное (в условиях психотерапии) осознание не осознанных ранее переживаний, актуальных сложностей и ситуаций, благодаря которому происходит коррекция представлений, актуализация регулятивной функции эмоций и изменение поведения.
  9. **Обучение новым способам поведения.** В процессе психотерапии осуществляется осознание неадаптивных стереотипов поведения и формирование новых адаптивных поведенческих стереотипов.
  10. **Приобретение социальных навыков на примере психотерапевта.** Многие исследователи особенно подчеркивают значение наблюдения для положительного изменения. В индивидуальной психотерапии пациент обучается новым навыкам, наблюдая за психотерапевтом, который в определенной мере является источником познания, осознания, понимания и разрешения собственных проблем. Это естественно накладывает на психотерапевта особую ответственность, которая предполагает, что психотерапия будет эффективной только при условии, что психотерапевт демонстрирует адаптивное и проблеморешающее поведение в условиях диадного взаимодействия.
  11. **Убеждение и внушение, явное и скрытое.** Этот фактор показывает, что любая психотерапия не лишена суггестивного компонента, что также подчеркивает значение конструктивного поведения психотерапевта и его способности решать стратегические задачи, не отвлекаясь на сиюминутные выгоды (игнорирование нарушений психотерапевтического контракта, нежелание обсуждать возможные нарушения режима и пр.).
  12. **Экзистенциальные факторы.** До некоторого времени этот фактор выделял только И. Ялом, относя его действие к групповой психотерапии экзистенциальной ориентации. Вместе с тем, с нашей точки зрения, при работе с зависимостями без проработки экзистенциальных вопросов невозможно построение качественного психотерапевтического контакта на начальном этапе взаимодействия. Наличие часто не рефлекслируемых психотерапевтами экзистенциальных вопросов пациентов подразумевает включение в лечебно-реабилитационную программу индивидуальной гуманистически- и экзистенциально-ориентированной психотерапии, нацеленной на проживание совместно с психотерапевтом существенных данностей бытия, таких как одиночество (экзистенциальная изоляция), смыслов существования, необходимости страха смерти, свободы и ответственности выбора. Общеизвестно, что психотерапевтическая работа в этом направлении является одной из определяющей эффективность лечения зависимых в целом. В силу сложности проведения экзистенциальной психотерапии, требующей высокой квалификации терапевта, а также высокой интимности и глубины переживаний целесообразно начинать такую работу с индивидуальной формы с постепенным включением пациентов в открытые группы. Недоучет этого фактора в некоторых программах психотерапии и реабилитации компенсируется привнесением в программы лечения религиозных оснований, или даже вовлечение самих пациентов в работу религиозных групп и деструктивных сект, а также наблюдаемый нами процесс перерождения ряда терапевтических сообществ в религиозные секты.



13. Провокативная функция. Провокативная функция также является необходимым компонентом работы с аддиктами, так как, по сути, представляет собой вариант мотивации к личностным и поведенческим изменениям пациента.

Индивидуальная форма психотерапии является оптимальным вариантом включения аддиктов в лечебно-реабилитационный процесс, проводящийся на начальном этапе взаимодействия. Именно в этой форме быстрее происходит установление доверительного контакта, формирование мотивации на лечение, проверка уровня реабилитационного потенциала, успешное проведение первичных психотерапевтических интервенций, проводится экспериментально-психологическое обследование. Однако это не исключает использования индивидуальной психотерапии (консультирования) на дальнейших этапах работы с зависимыми пациентами, а напротив, вменяется в необходимость как неотъемлемая часть лечебно-реабилитационного процесса, позволяющая интегрировать все другие элементы психотерапевтической работы.

Содержание индивидуальной психотерапии определяется теоретической концепцией психотерапии и выбранным основным психотерапевтическим методом.

Особенностью применения ИП в работе с зависимыми от ПАВ в тяжелых случаях является отказ от нее как от основной формы психотерапии в связи с тем, что при тяжелых случаях зависимости пациент является в большей степени вовлеченным в патологическую группу (семейную или группу потребителей ПАВ), что предполагает выбор в качестве основной формы психотерапии других ее вариантов — семейной психотерапии, терапевтической среды, в редких случаях — терапевтического сообщества. Ошибки при выборе основной формы психотерапии в конкретном случае в значительной мере определяет обрыв психотерапии.

## ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.

Групповая психотерапия (ГП) — это форма психотерапии, реализующаяся через специальные методы психотерапии, специфика которых заключается в целенаправленном использовании групповой динамики как совокупности всех взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и групповых психотерапевтов, в лечебных целях (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Карвасарского Б.Д., 2002).

Анализ современной литературы по проблемам применения групповой психотерапии при лечении пациентов с зависимостями, проведенный авторами настоящего издания, показал, что отмечаются определенные сложности с разработкой специальных моделей ГП для применения в наркологической практике. Несмотря на то, что групповые формы работы с зависимыми в последнее время достаточно распространены, в значительном большинстве случаев в понятие ГП фактически вкладываются характеристики т.н. «групповой терапии», которая рассматривается в современной психотерапии в двух основных аспектах:

1. Групповая терапия рассматривается как совместная деятельность пациентов в лечебных целях, направленная на их активизацию, преодоление неконструктивной фиксации на болезненном состоянии, активное вовлечение пациентов в лечебный процесс, расширение круга интересов и сферы контактов, развитие коммуникативных навыков. При таком понимании групповая терапия может рассматриваться в нескольких вариантах — трудотерапия, двигательная и спортивная терапия, студийные занятия арт-терапией и терапия искусством, различные виды терапии занятостью, «клубы бывших пациентов» и др.

2. Групповая терапия может рассматриваться как психотерапия, использующая отдельные психотерапевтические методы в группе больных (гипноз и самогипноз, дискуссионные группы, группы психообразования, группы когнитивной психотерапии, поведенческий тренинг и пр.). Психотерапевт занимает позицию, аналогичную его позиции в индивидуальной психотерапии, выступая в качестве основного инструмента психотерапевтического воздействия, а взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между участниками группы, в лечебных целях не используются. Практически единственным групповым феноменом, который учитывается психотерапевтом в данном случае, является групповая индукция.

Приводимые в литературе описания групповых форм психотерапевтической и психокоррекционной работы изобилует неточностями, нелепостями и методологической несостоятельностью. Можно даже классифицировать эти методические погрешности, очевидно отражающие взгляды разработчиков:

1. «Психика пациента с зависимостью механистична». В значительном количестве источников преобладает механистическое понимание возможностей «достижения целей и этапов» психотерапевтических изменений. Создается впечатление, что специалисты открыли волшебные способы достижения «инсайтов» и «осознания» за считанные часы групповой работы. Причем сроки достижения этапов в значительном большинстве случаев определяются исходными условиями и продолжительностью реабилитационных программ. Неизменным остается только одно — по окончании каждой программы все пациенты «пройдут» путь в постижении всех заявленных «шагов», «этапов», «ступеней» и в результате сформируется «надежная установка на трезвость».
2. «Пациент с зависимостью управляем». В методиках причудливо сосуществуют противоречивые указания на свободное развитие процессов взаимодействия и групповой динамики с одной стороны, и одновременно даются рекомендации по «искусственному» игнорированию «сложных тем» и директивному управлению тематикой дискуссий. Создается впечатление, что спонтанная динамика у зависимых является «дискретной», и что воля специалиста с легкостью может «включать» и «выключать» психодинамические процессы.
3. «Психика пациента с зависимостью дискретна». Стремление к созданию «интегративных» психотерапевтических программ фактически реализуется в сочетании совершенно различных методических приемов — «свободная дискуссия», после которой проводятся замаскированные сеансы «разгрузки» (в связи с тем, что «пациенты после проведения группового занятия «глубоко астенизируются»).
4. «Плохие эмоции приводят к зависимости». Особое удивление вызывают методические приемы работы с чувствами. Создается впечатление, что в ряде методических разработок принимается на веру обыденная гипотеза о наличии «хороших» и «плохих» эмоций. Даются рекомендации активизировать «позитивные эмоциональные переживания» и блокировать (игнорировать, «искусно обходить») «негативные эмоциональные состояния».

Такая ситуация очевидно предполагает необходимость формулирования научных и прикладных задач по разработке специальных моделей ГП для наркологии, которые предполагали бы не только использование различных психотехнических приемов в условиях малых группах, а целенаправленное использование, как это и принято в современной психотерапии, групповой динамики как совокупности всех взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и групповых психотерапевтов, в лечебных целях.

Предпосылки для развития ГП в наркологии очевидны. В частности наблюдается динамика совершенствования психотерапевтических инструментов, которые, по мнению О.Ф. Ерышева и Т.Г. Рыбаковой (2002), определили и ее основные этапы: от суггестивной и поведенческой к рациональной и коллективной и, наконец, к личностно-ориентированной психотерапии. В.В. Макаров (2002) указывает, что психотерапия зависимостей — широко распространенная практика в Российской Федерации, использующая множество методик и разнообразных приемов. Вместе с тем, автор указывает на недостаточность научного и методологического сопровождения ГП. А по свидетельству А.Г. Софронова (2003) еще совсем недавно психотерапия в наркологии в соответствующих руководствах и на практике рекомендовалась как рациональная, эмоционально-стрессовая, гипно-суггестивная, условно-рефлекторная, аутогенная тренировка. В последнее время содержание данного раздела психотерапии существенным образом пересматривается. Эволюция психотерапии идет в направлении повышения социально-психологической адаптации пациента. В качестве важнейшего элемента комплексного лечения рассматривается групповая психотерапия.

Между тем ГП в условиях современной наркологической практики должна решать различные и зачастую более сложные задачи, чем ГП в других клинических группах.

Групповые формы работы на сегодняшний день являются стержнем большинства лечебных и реабилитационных программ зависимых от ПАВ. В рамках групповых форм психотерапии предпринимаются попытки использования психодинамических, когнитивно-поведенческих и экзистенциальных подходов, работы с семьей, работы с копинг-стратегиями пациента и семьи (Ю.В. Валентик, Н.А. Сирота, 2002). Очевидно, что ГП должна учитывать и возрастной аспект реализации данной формы работы с особым акцентом на контингент подростков, зависимых от ПАВ (Титова В.В., 2004). Осознается потребность «многовариантной» групповой психотерапии в работе с созависимыми (Симонова Е., 2001; Матвиевская Л.И., 2002; Москаленко В., 2002).

В современном виде групповая форма психотерапевтического взаимодействия в процессе реабилитационного процесса в лечении наркологических больных часто используется как часть мероприятий по психологической коррекции. В отсутствии разработанных специальных моделей ГП ее место часто занимает, т.н. «*групповая психологическая коррекция*», которая ставит задачи использования закономерности межличностного взаимодействия в группе для лечения и достижения физического и психологического благополучия человека (!). Что представляется, конечно, не слишком реалистичным. Однако он, очевидно, может и должен решать насущные задачи лечения наркозависимых, такие как обучение пациентов интерпретации симптомов и особенностей собственных поведенческих реакций на происходящие события и ситуации, развитие навыков общения.

Отдельной задачей ГП несомненно должна явиться работа с социально дезорганизованными либо утратившими связь с какой-либо социальной средой (семья, общественные отношения). Специальные формы групповой работы должны помочь восстановить способность, а затем и возможность восстановления утраченных связей, вернуть человека в социум, из которого он выпал. Вероятно, как и в психиатрии, ГП в наркологии должна методически различаться у пациентов с различной степенью зависимого поведения и глубиной социально-психологической дезадаптации.

В сфере межличностных отношений человек испытывает потребность в эмоциональном принятии и контакте с другими людьми. Таким образом, опыт, приобретенный в специально организованных группах, помогает решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии. Группа оказывается микрокосмом, обществом в

миниатюре, отражающим внешний мир с реальными переживаниями и взаимодействиями. Такие факторы как незрелая жизненная позиция, нарушенные партнерские отношения, конфликтные ситуации на работе и дома, социальное влияние и конформизм, повседневно существующие в социуме и в семье, становятся очевидными в условиях психотерапевтической группы, и воздействует на индивидуальные жизненные установки и изменение поведения.

В процессе группового взаимодействия происходит понимание ценностей и потребностей других людей, формируется система собственных ценностно-мотивационных установок. В группе участник чувствует себя принятым и получающим помощь. Реакции участников на происходящие в группе события и эмоциональные переживания могут облегчить разрешение межличностных конфликтов вне группы. В поддерживающей и контролируемой обстановке человек может обучаться новым умениям и навыкам, конструктивным моделям поведения, формировать и корректировать свои партнерские отношения, научиться бесконфликтным способам общения.

Наблюдая происходящие в группе взаимодействия, участники могут идентифицировать себя с другими и использовать установившуюся эмоциональную связь при оценке собственных чувств и поведения. Значимая обратная связь оказывает влияние на оценку участником группы своих установок и поведения, формирует позитивные «Я-концепции». Группа может также облегчить процесс самоисследования и самопознания, что формирует адекватную самооценку и чувство уверенности в себе. Свою эффективность групповые формы работы доказали при коррекции личности пациентов в период жизненных кризисов.

Одновременно нужно учитывать, что адаптивные возможности личности к само совершенствованию, изменению ценностных ориентаций, направленности, мотивационно-потребностных структур ограничены. Также ограничены возможности социальной ниши, в которой обитает пациент, к восприятию и адаптации его личностного изменения. Поэтому, основными задачами ГП должны стать не только личностные изменения, происходящие с человеком в процессе психотерапии, но и психологическая и социальная адаптация к условиям среды обитания пациентов. Для достижения качественного результата психотерапевтической работы необходима разработка требований к качеству взаимодействия специалиста с пациентом.

Важной задачей ГП является совмещение в психотерапевтическом подходе, с одной стороны, формирования у участников принятия здорового образа жизни и отказа от зависимого поведения, а с другой стороны, должны быть предусмотрены варианты реагирования на возможные рецидивы болезни, в том числе с поведенческим подкреплением мер «экстренного» реагирования и мер профилактики дальнейшего развития болезни, и возврата к зависимому поведению.

Нередко по окончании курса групповой работы пациенты сами изъявляют желание продолжить общение, оговаривают возможности дальнейших встреч в рамках клубов трезвости или иных форматах. Что предполагает разработку специальных технологий инициации терапевтических сообществ, которые, возможно, должны быть связаны с участниками психотерапевтических групп.

Отдельной задачей ГП является проработка тактики в отношении анозогнозии и возможностей ее преодоления. Результатом занятий ГП на начальном этапе должно явиться признание собственной зависимости и укрепление решимости в том, что излечение необходимо и возможно. В более позднем реабилитационном периоде посещение психотерапевтической группы дает возможность поддерживать трезвеннические установки и перенимать положительный опыт других членов группы. Важным мето-

дологическим вопросом становится в этом случае участие в ГП пациентов с разной степенью анозогнозии. Означает ли это, что для наркологической практики основной моделью ГП должна явиться «открытая» форма групп?

Существует ряд особенностей, характеризующих групповую форму работы с членами семьи аддиктивных пациентов. Пациент, страдающий химической зависимостью, редко живет в полной изоляции; обычно его окружают другие люди, члены его семьи. Любой вид зависимости одного из членов семьи неизбежно нарушает внутрисемейные взаимоотношения. В большинстве семей, в которых проживают больные с химической зависимостью, остальные ее члены страдают «созависимостью», которая не только является фактором риска рецидива химической зависимости у больного, но и служит почвой для возникновения различных нарушений, в том числе развития психосоматических заболеваний, депрессии и рецидивов. Вопрос к методике ГП зависимых, очевидно, должен предусматривать привлечение созависимых участников в группу с идентифицированным пациентом.

Взаимоотношения и взаимодействия, в которые вступает пациент в группе, в значительной степени отражают его истинные взаимоотношения, так как группа выступает как модель реальной жизни, где пациент проявляет те же отношения, установки, ценности, те же способы эмоционального реагирования и те же поведенческие реакции. Использование групповой динамики направлено на то, чтобы каждый участник имел возможность проявить себя, а также на создание в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей пациенту адекватнее и глубже понять самого себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки, эмоциональные и поведенческие стереотипы, проявляющиеся в межличностном взаимодействии, и изменить их в эмоционально адекватной атмосфере. Здесь очевидно актуализуются вопросы об изучении специфических вариантов групповой динамики в различных вариантах ГП с зависимыми.

Требуют проработки и методики поведения психотерапевтов при проведении ГП. Несомненно, что в отличие от интерактивной модели ГП с больными неврозами, где ведущий группы не только не препятствует дискуссиям, спонтанно возникающим во время групповой сессии, но и усиливает это тенденцию, в ГП с зависимыми требуется оценить форму директивности ведущих в связи с тем, что спонтанное развитие группы может приводить к превышению приемлемого уровня эмоционального напряжения зависимых.

Должен быть проанализирован и оптимальный состав психотерапевтической группы и ее структуры. Для некоторых пациентов с зависимостями, в силу их замкнутости (болезненной пассивности) целесообразнее перед собственной групповой психотерапией наблюдать работу уже действующей группы.

Длительность курса ГП тоже должна быть тщательно проанализирована. Предлагаемые варианты продолжительности ГП при лечении зависимостей либо копируют группы при лечении невротических расстройств, либо рассматриваются как более краткосрочные и соответствуют продолжительности тренинговых групп для здоровых.

Вместе с тем разработка краткосрочной формы групповой ГП для лечения пациентов с зависимостями определяется рядом обстоятельств. В течение ограниченного срока стационарного лечения она позволяет, во-первых, интенсивно мотивировать больных на длительную, сопряженную с возможностью серьезных разочарований работу, намного более сложную, чем они предполагают, только что избавившись от острых абстинентных расстройств. Во-вторых, техника краткосрочной терапии позволяет максимально редуцировать симптоматику зависимости даже у тех пациентов, кто не мотивирован на последующую длительную реабилитацию.

При этом должны быть разработаны технические приемы продолжения ГП после смены режима лечения и реабилитации, что предполагает лучшую проработку сочетанности и взаимодополняемости ГП стационаров и внебольничных наркологических учреждений.

Очевидно, есть и другие задачи и сложности ГП с зависимыми, однако их простое перечисление создает представление о чрезвычайной сложности реализации групповой формы психотерапии пациентов с зависимостями.

## СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Семейная психотерапия (СП) — это особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Карвасарского Б.Д., 2008).

Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством специалистов (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2000).

Эффективность индивидуальной и групповой психотерапии при зависимостях тесно связана с семейной психотерапией, выступающей в качестве важного дополнения к ней и проводимой обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужа которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии — выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость. Преемственность между СП и другими формами психотерапии, добровольность участия в рамках различных организационных форм (в амбулаторных, полустационарных и стационарных условиях), адекватность целей, задач и видов психотерапии этапам лечения — важные предпосылки эффективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкоголизме.

В большинстве исследований СП отводится вспомогательная роль. Вместе с тем, при некоторых формах зависимостей и прочных созависимых отношениях, а также преобладания значения семейных факторов над другими психосоциальными причинами формирования зависимости СП может являться и основной формой психотерапии при психотерапии зависимостей.

Значение же семейных факторов в возникновении зависимостей трудно переоценить. В ряде исследований жен пациентов с алкогольной зависимостью, с целью выяснения их роли в выработке положительной мотивации к лечению у их мужей, установлена статистически значимая зависимость между степенью активности отношения жен к лечению и терапевтическим эффектом. Одновременно оказалось, что в тех семьях, где жены привлекались к психотерапии, в особенности групповой, отношения значительно улучшились.

В ряде исследований формулируются задачи и трудности при семейной форме психотерапии при работе с зависимыми от ПАВ (напр., Березина С.В., Лисецкий К.С., 2002).

Задача-минимум при проведении СП с семьей зависимого — изменить семейную ситуацию и сделать принципиально невозможным возврат к прежней системе отношений, а задача-максимум — нормализовать и реконструировать основные функции семьи, активизировать личность как субъект ответственности за свою жизнь и судьбу.

Парадоксальность ситуации может заключаться в том, что движение пациента (подростка) от зависимости может одновременно означать для семьи движение к разводу. По сути дела начало лечения от зависимости означает содействие в принятии членами семьи новых ответственных решений по поводу себя и своего места в семье.

Все более широкое вовлечение семьи в терапевтический и реабилитационный процесс обусловлено утверждением нового подхода к решению проблемы зависимых пациентов. Суть подхода заключается в переносе акцента с проблем зависимости к проблемам личности в семейном и более широком социальном контексте.

Приоритетными формами работы с семьей зависимых пациентов являются общесемейные встречи. Практика показывает, что собрать вместе всю семью зависимого удается крайне редко. Однако, это не означает, что такая работа не может быть начата в неполном численном составе. Важной здесь является не столько полнота представленности семьи на терапевтической сессии, сколько ориентация на работу с общественной проблемой, носителем которой является семья «как целое». Последовательная реализация этого принципа сопряжена со значительными сложностями, преодоление которых создает благоприятные условия для терапии семьи, и, с другой стороны, служит своеобразным индикатором семейной динамики. Среди основных трудностей при работе с семьями зависимых выделяются следующие:

1. Понимание семейной ситуации как ситуации кризиса.

К моменту начала терапии семья находится в состоянии острого семейного кризиса. Ситуация кризиса, предполагающего изменения, чрезвычайно богата по своим потенциальным возможностям, в том числе с позиции современного понимания сложных и самоорганизующихся систем. Изменение и эволюция семейной системы означает принципиальную невозможность возврата к докризисной системе отношений. Важнейшим условием эффективности в работе с семьей является понимание значения семьи при формировании зависимого поведения, поскольку созданная система «зависимый-созависимые родственники» является своеобразным способом семейной адаптации.

2. Отсутствие психотерапевтического запроса со стороны семьи.

Семья зависимого обращается не за психологической помощью, и зачастую родственники никак не связывают зависимость у идентифицированного пациента с особенностью функционирования семейной системы. Мотивация обращения членов семьи связана со стремлением получить некую информацию или какое-либо средство избавления пациента от наркомании и остальные члены семьи ждут от специалиста, что его усилия будут направлены, прежде всего, на работу с самим зависимым.

3. «Многослойность» семейной проблематики.

Зависимость у пациента выступает в качестве своеобразного катализатора множества негативных процессов, которые ранее могли носить вялотекущий, слабовыраженный характер. Здесь часто приходится сталкиваться с симбиотическими, отвергающими или замещающими отношениями, супружескими конфликтами, крайне остро протекающими конфликтами между сибсами, соматическими симптомами, невротическими расстройствами, последствиями сексуального и физического насилия и многое другое. С другой стороны, зависимость не только обостряет многие негативные процессы в семье, но и маскирует их, вытесняя их на периферию сознания членов семьи.

4. Высокий уровень тревожности в семье.

В сочетании с крайней неуравновешенностью зависимого и членов его семьи, высокий уровень тревожности существенно сужает возможности специалиста в работе с семьей. Такая работа требует соблюдения гибкого баланса «фрустрации — поддержки». И зависимые, и члены их семьи ждут, что специалист будет организовывать свою работу с ними из «родительской» позиции. Такая позиция требует отдельного анализа, поскольку реализация этих ролевых ожиданий практически сведет на нет возможности семейной интервенции.

5. Низкая информированность созависимых членов семьи в вопросах, связанных с причинами зависимости.

Неосведомленность в вопросах наркомании является одним из источников тревожности. Поэтому, приходя на прием, созависимые буквально заваливают специалиста вопросами, часто не относящимися к области его компетенции. Очевидно, что такая своеобразная «познавательная активность» может отнять значительное количество времени. В работе с семьей зависимого всегда существует опасность «соскользнуть» на выгодную для окружающих позицию «консультанта в вопросах наркологии». Нам доводилось наблюдать случаи, когда подобные ситуации воспроизводились на семейных приемах раз за разом, приобретая очертания специфических клинических игр. В значительной степени такой опасности можно избежать, если в психотерапевтическом центре, в котором ведется работа с семьей, существует специальная группа психообразования, деятельность которой ориентирована исключительно на информирование по интересующим вопросам зависимостей.

Перечисленные трудности работы с семьей зависимого создают специфическую ситуацию, эффективная работа с которой невозможна в рамках какой-либо одной модели или терапевтического подхода. Важнейшим фактором эффективности в этом случае становится плюрализм методов при соблюдении принципа работы с семьей как целым.

Отдельного анализа при планировании СП при зависимостях заслуживает определение границ семьи и решение вопроса о привлечении семьи к поддержке программы лечения и реабилитации.

Границы семьи в СП часто значительно отличаются от границ семьи по юридическим определениям. К участию в СП должны привлекаться члены семьи, оказывающие существенное влияние на жизнь и лечение зависимого. Практически это определяется наличием семейных функций, которые реализуются совместно. При анализе границ семейной группы стоит определять ее с «запасом», трактуя сомнения о значении отдельного родственника в пользу привлечения его, по крайней мере, на первые сессии СП. Большие сложности могут возникнуть, если в СП не привлечь значимого члена семьи, даже проживающего отдельно, но оплачивающего расходы идентифицированного пациента. Другим важным вопросом при определении границ семейной системы является возможность ее резкого изменения после обращения за помощью. Ко-терапевты должны прогнозировать возможные разводы и разбеды, которые в некоторых случаях являются сопротивлением изменению семенной системы. А в случае предстоящего развода более оправданным вариантом тактики может явиться стимулирование его осуществления «до», а не «во время» начавшейся психотерапии, что будет сузить еще большие издержки.

Отдельной сложной темой при начальном этапе взаимодействия является четкий семейный контракт, предполагающий, в том числе, исчерпывающие действия при возможных «срывах», поскольку часто активное участие родственников в программе СП определяется не реальным пониманием своей роли, а искупительным поведением, обусловленный чувством вины. Вина при первой же сложности может трансформироваться в скрытую агрессию с отказом от участия в дальнейшей программе СП.

## ПСИХОТЕРАПИЯ СРЕДОЙ

Лечебно-реабилитационная среда или психотерапевтическая среда (ЛРС) — комплекс медико-биологических, психотерапевтических, медико-психологических и психосоциальных мероприятий, направленных на совершенствование адаптации пациентов с зависимостью от психоактивного вещества к условиям наркологического лечения



и реабилитации за счет оптимизации системы отношений личности больного, включая отношение к себе, собственному заболеванию и лечению, а также за счет формирования адаптивного коммуникативного и проблемно-решающего поведения.

Несмотря на то, что ЛРС (психотерапевтическая среда) рассматривается в большинстве источников в качестве обязательного компонента психотерапевтических и реабилитационных программ, в современной литературе эта форма психотерапии описана значительно меньше, чем другие. Опишем возможности ее построения более подробно.

Учитывая, что воздействие лечебно-реабилитационных систем ставит своей стратегической целью коррекцию психосоциальных составляющих патогенеза и активизацию (стабилизацию) личностных саногенетических ресурсов, для определения типов ЛРС целесообразно максимально корректно типологизировать пациентов с точки зрения личностной составляющей их реабилитационного ресурса. Обобщая имеющиеся научные данные (часто исходящие из различных теоретических концепций и потому разноформатные), возможно взять за основу следующие положения:

1. В начальных стадиях зависимости от ПАВ личностные и средовые факторы играют преобладающую роль в патогенезе расстройства и имеют широкий индивидуальный спектр. На этом этапе болезни возможно выделить две основные группы пациентов. Первую группу составляют пациенты с так называемой предрасположенностью к формированию синдрома зависимости. Практически общепринятой в наркологическом профессиональном сообществе точку зрения на личность этих пациентов можно охарактеризовать как «дефицитарная личность». Яркое отражение эти взгляды находят и в концепции «аддиктивной личности» и в концепции «биологической и/или генетической предрасположенности». Вторую группу составляют пациенты без врожденной (довербальной) отягощенности с формирующейся зависимостью, в патогенезе которой самую значимую роль играют индивидуальные психологические (психосоциальные, личностные) механизмы. Их спектр достаточно широк (так же как и акценты в их описании) — от срыва адаптивных психологических механизмов (копинг-механизмов, механизмов психологической защиты и механизмов компенсаторного поведения) в ответ на объективно травмирующую ситуацию и присоединения невротических механизмов до педагогических и психологических проблем. Эта группа пациентов рядом отечественных классификаций в прошлом определялась как группа пациентов с «психологической зависимостью от ПАВ».
2. С развитием закономерной динамики синдрома зависимости от ПАВ разница между этими двумя группами пациентов нивелируется, а в патогенезе преобладающую роль начинают играть факторы, в большей степени связанные не с индивидуальными личностными особенностями, а с биологически детерминированными закономерностями реагирования на то или иное психоактивное вещество. Т.е. пациенты, имеющие достаточно большой стаж течения синдрома зависимости, могут составить третью группу.
3. Что касается пациентов, достигших ремиссии, то для планирования интенсивности и содержания противорецидивных психосоциальных мероприятий целесообразно учитывать установленную корреляцию с прогнозом течения ремиссии, с длительностью и систематичностью проведенного лечения по отношению к патогенетическим и клиническим вариантам проявления синдрома зависимости. В «постреабилитационной» группе пациентов по сходству

их потребности в противорецидивных мероприятиях выделяются следующие категории: 1) пациенты с преимущественно психологическими механизмами формирования синдрома зависимости, получившие адекватное по длительности и интенсивности комплексное лечение на начальных стадиях синдрома зависимости; 2) пациенты с «аддиктивной» предрасположенностью, получившие адекватное комплексное лечение на начальных стадиях зависимости; 3) пациенты, получившие адекватное по длительности и интенсивности комплексное лечение на развитых стадиях синдрома зависимости; 4) пациенты, достигшие ремиссии, но не получившие адекватного лечения вне зависимости от варианта и стадии наркологической патологии.

4. Отдельную группу составляют пациенты после срыва ремиссии без рецидива (однократное употребление ПАВ без возобновления признаков синдрома зависимости).
5. Что касается пациентов с рецидивом, закономерность планирования лечебно-реабилитационных программ для них такая же как для пациентов с развитыми стадиями аддиктивной патологии.

Особенности выделенных групп пациентов накладывают отпечаток на выбор методов фармакотерапевтического и психотерапевтического лечения, квалификационный состав персонала, лечебный режим и т.д. Четких границ между описанными типами пациентов не существует, однако их рефлексия имеет большое методологическое значение для организации психотерапевтической (психосоциальной) лечебно-реабилитационной системы.

Таким образом, в системе наркологической помощи в зависимости от категории пациента должны реализовываться как минимум 8 типов комплексов психосоциальных мероприятий (реабилитационных программ), соответствующих «психосоциальным типам» пациентов с зависимостью от ПАВ.

Учитывая требования протокола «Реабилитация больных наркоманией» (приказ № 500), предусматривающего определенную этапность оказания наркологической помощи, для эффективной реализации данных программ (так же, как и протокол, учитывающих клиническую динамику пациентов), целесообразно организовать четыре различных типа лечебно-реабилитационных сред:

- лечебно-реабилитационная среда «первого эпизода» (ЛРС типа А),
- «коррекционно-реконструктивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа В),
- «противорецидивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа С),
- «кризисная реадaptационная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа D).

При этом необходимо обеспечить соблюдение двух основополагающих требований:

1. Согласованное и непротиворечивое по отношению к пациенту взаимодействие специалистов трех основных компетенций — в биологически ориентированных интервенциях (врачей психиатров-наркологов, интернистов и т.п.); специалистов по психологическим интервенциям (клинических психологов, врачей-психотерапевтов, гуманитарных волонтеров и др.); в социальных интервенциях (специалистов по социальной работе, социальных психологов, социальных педагогов и социальных работников). Данное требование может быть основано только на едином понимании соотносительной роли биологических, психологических и социальных факторов как в патогенезе болезней зависимости, так и в лечебно-реабилитационной помощи на ее разных этапах.

2. Преимущество между четырьмя основными типами психотерапевтических сред по отношению к каждому конкретному пациенту. Помимо минимальных организационных условий (единая история болезни, комплексный функциональный диагноз, включающий клиническую, психологическую, социальную плоскости, важным представляется наличие согласованных супервизионных критериев эффективности психотерапевтических и психосоциальных мероприятий — дифференцированных для разных типов психотерапевтической среды.

Под лечебно-реабилитационной средой также понимается комплекс психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, направленных на коррекцию нарушенных у больных отношений к себе, собственной болезни, микросоциальному окружению и окружающей действительности.

Практически, в зависимости от основного типа среды определяются унифицированные супервизионные критерии для психотерапевтических и психосоциальных мероприятий вне зависимости от их методической направленности и формы.

Все мероприятия в рамках организации ЛРС подразделяются на обязательные и факультативные. Обязательные мероприятия — психотерапевтические, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, без осуществления которых достижение целей лечебно-реабилитационной среды представляется трудно достижимым. Для различного типа лечебно-реабилитационной среды определяется свой перечень данных мероприятий.

Факультативные мероприятия — психотерапевтические, медико-психологические и психосоциальные мероприятия, осуществление которых желательно для интенсификации психологических и социальных процессов в лечебно-реабилитационной среде, но возможности которых прямо не связаны с целями среды. Их планирование во многом определяется специфическими кадровыми, квалификационными и организационными возможностями конкретного лечебно-профилактического учреждения.

К возможным мероприятиям, составляющим тот или иной тип ЛРС, могут относиться, например, балинтовская группа, большая группа, супервизионные программы для персонала, а также другие формы и методы психотерапевтической работы, описанные в других разделах данной монографии.

## Балинтовская группа

Центральный объект исследования в классической балинтовской группе (БГ) — отношения «врач-больной». Они являются объективными, поскольку пациент переносит на врача определенные отношения, эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые сходны с его отношением к объектам своей реальной жизни (значимые лица ближайшего окружения). Анализ этих отношений дает возможность более полно понять пациента во всем многообразии его связей и взаимодействий с реальным миром, что способствует повышению эффективности терапии. В то же время врач в своей практике нередко сталкивается с ситуациями, являющимися для него фрустрирующими (например, если пациент не готов, не может или не хочет говорить о своих проблемах врачу, который ориентирован на быстрое оказание помощи). Поэтому психотерапевту необходима проработка указанных феноменов в кругу коллег под руководством квалифицированного специалиста, что также дает возможность пройти обучение и приобрести новый опыт. В БГ врач может прояснить свои чувства и отношение к пациенту и то, как он на самом деле воспринимает больного.

## Супервизионные программы для персонала

Главной целью супервизионных мероприятий для персонала является профилактика возникновения или лабилизация уже имеющихся стигматизирующих стереотипов по отношению к пациентам и их родственникам. Содержательные аспекты супервизии реализуются в следующих направлениях:

1. информирование участников о современных тенденциях в прогностической оценке социального функционирования пациентов с нервно-психическими расстройствами;
2. информирование обучающихся о важнейшей роли неспецифических психотерапевтических факторов, таких как эмпатия, конгруэнтность, принятие пациентов;
3. знакомство участников с основными методами профилактики эмоционального стресса;
4. усвоение персоналом теоретического минимума (прежде всего теории отношений), необходимого для осознанного участия в построении психотерапевтической среды.

Супервизионные мероприятия проводятся в групповой форме дифференцировано для врачей, среднего персонала, младшего и обслуживающего персонала. Основными формами мероприятий являются лекции, проблемные семинары и деловые игры.

## Общее собрание пациентов и персонала (большая группа)

Большая группа (регулярное общее собрание пациентов и персонала) — системообразующее для психотерапевтической среды мероприятие, в котором актуализируются лечебные и социальные факторы в трех плоскостях компетенции.

- Психологические (преимущественно психодинамические) факторы: предметом психотерапевтического воздействия большой группы является личность пациента (влияние группы на его чувства, поведение, когнитивные процессы), сама группа (ее влияние как надиндивидуального качества на личность и малые группы), интеракция и взаимоотношения между членами группы, а также малых групп между собой.
- Факторы социального научения — приобретение пациентами и медицинским персоналом микросоциального эмоционально насыщенного, обладающего высоким интериоризационным потенциалом опыта через усвоение содержательных компонентов человеческого поведения (побудительно-мотивационных и операциональных). Реализуется в двух основных направлениях — приобретение личностных (либо на уровне динамического стереотипа) реакций: 1) путем подражания поведению других людей; 2) путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде «внутренней модели внешнего мира».
- Социальные корректирующие факторы. Так же как и малая (6-12 человек), большая группа обладает социальным детерминизмом по отношению к актуальным событиям, в ней происходящим. Свободно развивающаяся группа определяет темы групповых дискуссий и межличностный контекст происходящих событий, которые будут максимально эффективны не только по отношению к максимальному числу участников, но и будут происходить на том уровне эмоционального напряжения, который позволяет сохранить активную позицию каждому.

Иначе говоря, большая группа является самоуправляемым (частично управляемым) психосоциальным мероприятием. Важнейшей функцией большой группы является предоставление всем ее членам обратной связи — индивидуально-ориентированной или социально-ориентирующей.

Возможны различные варианты регламента проведения больших групп. Наиболее адекватной является большая группа с двумя-тремя постоянными ведущими в ежедневном режиме длительностью 1-1,5 часа. Непременными требованиями являются:

1. Четкая (практически ритуальная) фиксация по времени проведения и длительности группы.
2. Подчеркнутая недирективность ведущих по отношению к темам высказываний участников.
3. Директивная позиция ведущих по отношению к культуре группы («говорит только один»; нежелательность личностно-оценочных суждений, а приоритет описательных высказываний; приоритет «Я-высказываний» и т.п.)
4. По возможности активная побуждающая позиция ведущих по отношению к пассивным участникам и мягкая регламентация неконструктивно-активных членов группы.

Самыми важными темами большой группы являются не только взаимоотношения участников группы, но и отношение к проводимому лечению, собственному клиническому состоянию, организации лечебного режима.

Для повышения ответственности и поддержания мотивированной активности участников большая группа избирает совет, в состав которого входят наиболее авторитетные представители пациентов и персонала. Совет наделяется полномочиями по коррекции режима и формы психосоциальных мероприятий, организации внутренней жизни отделения.

## Индивидуальное проблемное консультирование пациентов

Облигатными для проблемного консультирования пациентов являются своевременная диагностика и коррекция актуальных самостигматизирующих личностных механизмов трех основных типов.

1. Аутопсихический тип — изменение личной идентичности больного, т.е. его представления о своих индивидуальных признаках. Пациент считает причиной своей предполагаемой несостоятельности в каких-либо сферах жизни болезненные изменения. Отказывается от прежних стандартов, снижает требования к себе.
2. Компенсаторный тип — частичное игнорирование проявления своего заболевания. Утрированные представления о несостоятельности психически больных. Подчеркивание собственных отличий от «типичного» аддиктивного больного с формальным признанием психического заболевания у себя.
3. Социореверсивный тип — изменение восприятия своей принадлежности определенной социальной группе с одновременной трактовкой отношения к себе со стороны окружающих (здоровых) как предвзятого.

Возможно предъявление пациентами других типов психологических проблем, при этом консультантом предпочтение отдается тем из них, которые ассоциированы с жизнью пациента вне стационара.

## Общее собрание пациентов и персонала в ЛРС типа С

Является факультативным психосоциальным мероприятием (ПСМ) для среды типа С.

Большая группа, проводимая в контексте реабилитационной среды, имеет технологическое сходство с общим собранием персонала и пациентов, описанным для психотерапевтической среды типа В. Однако, цели реабилитации обуславливают ряд характерных особенностей этого мероприятия:

1. Ведущий (ведущие) группы в обязательном порядке должны обладать относительно высоким формальным статусом. Это облегчит участникам группы актуализацию их социальных ролей в группе и будет способствовать влиянию социальной самоидентификации на содержание высказываний.
2. Ведущий (ведущие) большой группы активнее вмешиваются в содержание дискуссий, при этом поддержка участникам оказывается в двух основных аспектах:
  - социометрические оценки (высказывания, содержащие информацию о своей или чужой групповой роли и месте в неформальной иерархии);
  - практически значимая информация об общественно-полезной деятельности. (Высказывания, содержащие информацию об участии в трудовых процессах, хозяйственной деятельности, милые-проектах).
3. Желательно участие в работе большой группы пациентов из других отделений, членов их семей, представителей общественных организаций и других учреждений.

## Группы милые-терапии

ПСМ являются обязательными для стационаров в случае среднего срока госпитализации более 21 дня, в остальных случаях — факультативными.

Эти группы могут быть различными по величине (от 3-х до 20-и человек) и представляют собой одну из личностно-значимых форм спонтанной занятости пациентов. Деятельность этих групп носит предметно-творческий характер, направлена на реализацию какого-либо социально (микросоциально) значимого проекта. Спектр таких проектов достаточно сложно регламентировать (от украшения палат и выпуска стенгазет до коммерческой деятельности), но все они должны обладать рядом свойств:

1. Содержание проекта должно быть адекватно компетенции участников милые-группы и организационным условиям отделений (стационара);
2. реализация проекта требует совместной групповой деятельности, способствует идентификации групповых ролей и стимулирует коммуникацию между пациентами;
3. реализованный (реализуемый) проект может быть представлен другим пациентам и персоналу отделения (стационара).

Организация или самоорганизация пациентов в милые-группы может происходить как на большой группе, так и инициироваться во время индивидуального общения врача (любого специалиста) с пациентом.

## Тренинги социально значимой коммуникации (Модель для ЛРС типа С)

Данный тип психотерапевтических групп относится к поведенческому направлению психотерапии и проводится на общих для социально-психологических тренингов принципах. Содержание занятий определяется социально-значимыми проблемами, предъявленными пациентами, задачи определяются во многом максимальным уровнем социального функционирования, детерминированного личностными особенностями участников и особенностями их клинического состояния. (Диапазон возможных тем от «тренинга навыков самообслуживания» до «тренинга по собеседованию при устройстве на работу» и т.п.)

## Основные варианты организации лечебно-реабилитационной среды

Построение психотерапевтической среды в лечебно-профилактическом учреждении может осуществляться в 3-х основных организационных вариантах:

1. Структурный. Для этого варианта характерна организационная опора на конкретное отделение, в рамках которого, исходя из его преимущественного профиля, организуется ЛРС определенного типа; обязательные мероприятия проводятся внутри отделения и сотрудниками отделения.
2. Функциональный. При отсутствии достаточной для структурного типа организационно-материальной базы предложенная ЛРС используется как методологическая основа для направления на обязательные и факультативные мероприятия пациентов, которым показан тот или иной тип среды. Мероприятия проводятся для пациентов разных отделений, но гомогенны по типу медицинского вмешательства.
3. Сочетанный. При этом типе оптимальным является проведение обязательных мероприятий внутри отделения, а факультативные могут быть организованы вне его.

## Организационные аспекты лечебно-реабилитационной среды

Внедрение лечебно-реабилитационных сред в систему наркологической помощи производится на основании организационных регламентов (технологических карт). Технологическая карта ЛРС составляется для каждого лечебно-профилактического учреждения; технологические карты различных ЛПУ, оказывающих наркологическую помощь, составляются в едином формате, их содержание должно быть согласовано с главным наркологом региона.

Технологическая карта ЛРС в обязательном порядке включает в себя следующие компоненты.

1. Перечень психосоциальных мероприятий, проводимых в ЛПУ. Может включать в себя, кроме обязательных (облигатных), и дополнительные (факультативные) психосоциальные мероприятия, определяемые организационной и кадровой спецификой конкретного подразделения ЛПУ.

2. «Регламент участников» психосоциального мероприятия. Включает в себя зафиксированные показания и противопоказания для пациентов, участвующих в мероприятии. Определяет ответственного ведущего мероприятия и его квалификационный уровень. Определяет должностные обязанности вспомогательного персонала по отношению к данному мероприятию.
3. «Организационный регламент». В этом разделе технологической карты определяются минимальные организационные требования (кадровая и материально-техническая обеспеченность) к каждому проводимому в ЛПУ психосоциальному мероприятию.
4. «Временной регламент». Определяет частоту и длительность каждого психосоциального мероприятия.
5. «Регламент ведения». Представляет собой супервизионные поведенческие критерии к ведущему мероприятию.
6. «Регламент оценки психосоциального мероприятия». В данном документе представлены клиничко-психологические критерии, по которым оценивается степень эффективности проводимых отдельных мероприятий. Может включать в себя как процессуальные супервизионные критерии, так и индивидуальные клиничко-психологические показатели «на выходе».
7. «Регламент оценки лечебно-реабилитационной среды». Зафиксированный перечень организационных, клиничко-психологических и социальных показателей, по которым оценивается эффективность того или иного типа ЛРС в лечебно-профилактическом учреждении.

Дифференцированный подход к построению психотерапевтических сред, основанный на четком определении их типа и идентификации их супервизионных профилей позволяет управлять качеством психосоциальной помощи в стационарных условиях, а функциональные варианты построения психотерапевтической среды актуальны прежде всего для амбулаторных учреждений. Предложенный методологический подход позволяет выработать четкие показания для разных клинических групп пациентов для широкого спектра психотерапевтических и психосоциальных мероприятий. В приложении к настоящему изданию приведены технологические карты различных моделей психотерапевтической среды.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СООБЩЕСТВА

Терапевтические сообщества (ТС) играют значительную роль в реабилитации пациентов с зависимостью. В связи с тем, что большинство из них использует элементы или принципы психотерапии, в их состав входят специалисты, принимающие участие в их организации и управлении, представляется возможным рассматривать ТС как особую форму психотерапии в наркологии.

Основной целью ТС является создание благоприятных условий для изменения асоциального образа жизни наркозависимого через сообщество активных и заинтересованных людей, работающих и обучающихся вместе, чтобы помочь самим себе и друг другу (Soyez V., De Leon G., Broekaert E., Rosseel Y., 2006).

В настоящее время ТС представляют собой достаточно сложные институты по оказанию реабилитационных услуг. Понятие ТС является общим и включает множество краткосрочных и длительных программ с проживанием, а также дневных и амбулаторных программ, которые предлагают широкий спектр услуг наркозависимым пациентам. (Melnick G; De Leon G., Hiller M. et al., 2000).



Таким образом, «Терапевтическое Сообщество» — это свободная от наркотиков социальная среда, в которой люди с проблемами зависимости сосуществуют в организованном и структурированном пространстве, позволяющем осуществить и стимулировать их личностные изменения и сделать возможным свободную от зависимости жизнь в обществе. ТС формирует миниатюру общества, в котором жители, выполняют различные роли и придерживаются ясных правил, чтобы продвинуться в выздоровлении (De Leon G., Sades S., Mc Kendrick K., 2000).

В настоящее время Терапевтические Сообщества для больных наркоманией образуют спектр более чем из 500 описанных резидентских программ (то есть со стационарным пребыванием). Из них наиболее известны программы «Синаноне», «Дайтопе», «Getway House», «Maieusis», «Monar», «Familia» и пр., использующие разные психотерапевтические модели, основанные на принципе добровольного соблюдения участниками программы строгого режима и безусловного принятия всех правил распорядка и норм поведения. ТС — это прежде всего модель социального обучения позитивному (здоровому) образу жизни и личностного роста зависимых людей (Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н., 2002).

ТС работают в 65 странах и объединены в национальные и межгосударственные Федерации (Союзы). Старейшими федерациями ТС являются (WFTC — Всемирная федерация ТС; EFTC — Европейская федерация ТС; TCA — Терапевтические сообщества Америки; AFTC — африканская федерация ТС; ATCA — австралийская ассоциация Терапевтических Сообществ и др.). В 1998 году была создана FTCSCEE — Федерация Терапевтических Сообществ средней и Восточной Европы, в которую входит 11 стран (в их числе Россия и Украина). Председателем FTCSCEE является польский психиатр Анджей Май-Маевский, директор лечебно-наркологического центра «Familia» в Гливицах.

Несмотря на то, что современные ТС оказывают лечебную и реабилитационную помощь людям, имеющим психиатрические диагнозы, личностные эмоциональные и поведенческие расстройства, наибольшую распространенность получили ТС для зависимых от алкоголя и наркотических веществ. Это было обусловлено тем, что именно эта категория больных поверила в возможность обретения трезвости и здоровья в программах АА и НА, а врачи — психиатры в 30-40 годы прошлого века не очень жаловали лечить наркологических больных. Первые ТС обосновывались, как правило, на отдаленных от городов территориях, в приспособленных для совместного проживания и обучения помещениях. Руководителями программ ТС были наиболее способные и энергичные зависимые от алкоголя или наркотиков, обретшие трезвость и желающие передать другим свой опыт нахождения в программах первых ТС, в основе которых была общинная поддержка, простые, но довольно строгие правила нахождения в ТС, четкий распорядок дня и недели, разумное чередование умственных (групповые занятия, чтение специальной литературы, ведение дневников) и физических (самообслуживание, посильный труд для поддержания общинной жизни, спортивные мероприятия) нагрузок.

В старейших ТС Америки «Синаноне» и «Дайтопе» разрабатывалась методология традиционных ТС для наркозависимых, определялись оптимальные сроки пребывания в стационарном ТС, стадии реабилитации: ориентация, индукция, первичное лечение и подготовка к возвращению в общество (De Leon G., 2000). Персонал традиционных ТС состоит из специалистов, прошедших обучение в ТС, имеющих (или не имеющих) собственный опыт выздоровления, и работников, оказывающих необходимые услуги для полноценного функционирования круглосуточного реабилитационного Центра (инструкторов, педагогов, юристов, администраторов, бухгалтеров и т.д.).

В последнее десятилетие наметилась тенденция сокращения сроков пребывания резидентов в долгосрочных программах (с 18-24 до 3-12 месяцев). Традиционная модель ТС явилась основой для появления множества модифицированных программ, в том числе и амбулаторных (Guydish J., Werdegart D., Sorensen L.J., Clark W., Acampora A. A., 1995; De Leon G., 2010).

Обязательными для всех видов ТС являются общие правила нахождения участника в программе ТС:

- запрещено употребление алкоголя, наркотических веществ и лекарственных средств (без назначения врача);
- запрещено моральное и физическое насилие и даже угрозы его применения;
- запрещены сексуальные отношения.

В некоторых (особенно религиозных ТС) также запрещается курение табака.

Для сотрудников, работающих в ТС и волонтеров (бывших участников программы, имеющих длительный срок трезвости) сформулированы этические правила ТС (WFTC):

1. Быть образцом зрелости и ответственности, служить положительным образцом для подражания.
2. Сохранять всю информацию о клиенте в строжайшей тайне, давать членам ТС информацию о правилах и традициях, действующих в ТС.
3. Обеспечить всех членов ТС экземпляром «Хартии о правах члена ТС» и добиваться, чтобы эти права понимали и выполняли как пациенты, так и персонал.
4. Уважать всех клиентов, поддерживать с ними профессиональные отношения, которые не опираются на желание подчинять, либо наказывать их.
5. Обеспечить обслуживание вне зависимости от расы, вероисповедания, национальной принадлежности, сексуальной ориентации, возраста, инвалидности, предыдущих судимостей, финансового положения, уважая позицию клиентов в случае особых обстоятельств.
6. Признавать, если пациенту это полезно, направление его в другой центр или учреждение.
7. Запрещены любые сексуальные отношения между сотрудниками и клиентами (и семьями клиентов).
8. Адекватно комментировать любые работы, выполненные лично для сотрудника.
9. Предотвращение эксплуатации клиента для личной выгоды.

Этот этический кодекс относится ко всем сотрудникам ТС в любое время, как на работе, так и вне ее. Принятие этого кодекса способствовало очищению зарегистрированных в национальных и международных ассоциациях ТС от лечебных программ, порочащих идеи и концептуальные основы взаимопомощи наркологических больных в реабилитационных центрах.

Несмотря на то, что некоторые ТС «мягко» противостоят психотерапевтическим программам, реализуемым специалистами в области психотерапии, очевидно стоит рассматривать ТС как ресурс развития психотерапевтических подходов в лечении и профилактике зависимостей.

## ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНЕЙ ЗАВИСИМОСТИ

- 5.1. Психотерапия пациентов с алкогольной зависимостью
- 5.2. Психотерапия зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков)
- 5.3. Психотерапия пациентов с зависимостью от лекарственных препаратов
- 5.4. Лечение табачной зависимости
- 5.5. Особенности психотерапии нехимических зависимостей

Наблюдая закономерности развития психотерапевтической помощи в современных условиях в нашей стране, можно говорить о практическом отсутствии проведения психотерапевтической работы с пациентами наркологического профиля. Исключение составляют, пожалуй, немногие государственные и частные учреждения, большинство которых представлено авторами данной монографии. Также отчасти психотерапевтическую помощь в наркологии представляют существующие отдельно от учреждений, в качестве частнопрактикующих, специалисты, делающие акцент на значимости психологических механизмов зависимости и строящие в соответствии с этим собственные программы лечения. Основные усилия в помощи пациентам с зависимостями сегодня прилагаются в области психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии либо сосредоточены на биологических и психофизиологических механизмах зависимостей.

При таком положении отечественной психотерапии в области наркологии разработка психотерапевтических способов работы с зависимыми пациентами крайне сложна. Можно говорить о том, что узкоспециализированных программ психотерапевтического лечения тех или иных форм зависимостей (от инъекционных наркотиков, алкоголя или нехимических зависимостей) на сегодняшний день в России фактически не существует. Скорее, проводятся попытки создания таких программ. Однако, понимание специалистами сходств и различий в реализации психотерапии применительно к различным формам болезней зависимости, исходя из особенностей психосоциальных механизмов страдания в том или ином клиническом случае, по-прежнему нет. Это происходит в связи с продолжающимся отрицанием превалирующей роли личностных механизмов в формировании зависимости у человека.

В данной главе рассматриваются особенности применения психотерапии при лечении и реабилитации отдельных формы болезней зависимости и общие характеристики наиболее проверенного клиническим опытом и исследованиями психотерапевтического взаимодействия с пациентами различных клинических групп.

## 5.1. ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В настоящем разделе приводятся общие принципы психотерапевтической помощи больным алкоголизмом. Психотерапия в настоящее время считается основным методом лечения больных алкоголизмом.

Традиционным для лечения хронического алкоголизма является применение различных вариантов *индивидуальной психотерапии*, в основе которых находится *суггестивное воздействие*. Как правило, суггестивные методы воздействия применяются в сочетании с элементами рациональной психотерапии, трудотерапии, методиками поведенческой психотерапии и рядом вспомогательных методов (библиотерапия, арт-терапия и др.). Эта традиция была заложена отечественными учеными прошлого и особенно В.М. Бехтеревым, развившим метод коллективной гипнотерапии алкоголиков. В лечебную триаду В.М. Бехтерева, принципиально сохранившую свое значение до настоящего времени, входило убеждение в состоянии наяву, мотивированное внушение в состоянии гипноза, продолжающее темы психотерапевтических бесед с больными, самовнушение и самоутверждение пациента.

Однако в связи с прогрессом в психотерапии и пониманием существенного влияния социокультурных факторов, значимость психотерапевтических программ, в основе которых находится гипнотерапия, стала снижаться. В качестве современных подходов, продолжающих эту традицию, можно рассматривать попытки применения методик нейролингвистического программирования (НЛП), эриксоновского гипноза, а также разработанных вне научных парадигм современной психотерапии научно не обоснованных методик «кодирования», «программирования» и т.п.

До настоящего времени продолжают попытки использования в терапии алкоголизма аутогенной тренировки. Целью ее является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка может способствовать закреплению аверсивной реакции, поэтому используется как важный компонент терапии алкоголиков в качестве активного метода саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания при применении аверсивных подходов.

Для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, которые обычно испытывают лица, страдающие алкоголизмом, в состоянии абстиненции (в том числе и достаточно длительной), используются методы поведенческой терапии — систематическая десенсибилизация и др. При лечении алкоголизма применяются также и другие методы поведенческой психотерапии.

Большая часть методов терапии больных алкоголизмом (гипнотерапия, апоморфинотерапия, аутотренинг и др.) применяется в группах, что способствует повышению эффективности лечебного воздействия.

Существенное значение психологических механизмов в развитии и поддержании алкогольной зависимости, а также отсутствие патогенетической терапии алкоголизма определяют ведущую роль *личностно-ориентированной психотерапии* в комплексе противорецидивного лечения (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., 2002).

В последнее время в рамках личностно-ориентированной психотерапии наблюдается тенденция уделять большее внимание нарушениям межличностных отношений при алкоголизме, в первую очередь, отношениям в семье. Другой особенностью лечения алкоголизма в настоящее время является сочетание личностно-ориентированной

психотерапии, главная цель которой — достижение трезвости на основе формирования у больного мотивации отказа от употребления алкоголя, внутренней установки на трезвость, с методами, создающими мотивацию, которую можно определить как внешнюю. Последнее достигается при манипуляции внешними условиями, в определенном смысле вынуждающими больного не пить вне зависимости от наличия и колебаний его внутренних установок (назначение тетурама и других подобных препаратов, ограничения режима стационара и другие, кратко описанные выше). Если результатом лично-ориентированной психотерапии является позиция больного: «Я не пью, потому что не хочу», то в случае методов внешней мотивации: «Я не пью, потому что принял капсулу и т. п.». Соотношение методов формирования внутренней и внешней мотивации зависит от этапа лечебного процесса, а также от особенностей конкретной лечебной программы. Особенностью наркологической помощи в России в настоящее время является неоправданно широкое распространение методов, создающих внешнюю мотивацию и обещающих быстрое избавление от алкоголизма. Такие методы могут быть эффективны в ограниченном числе случаев, когда внутренняя установка уже сформирована, что без специального лечения случается редко. Чаще всего, учитывая описанные ранее нарушения мотивации и системы отношений при алкоголизме, необходимо соответствующее воздействие на личность, последовательное формирование внутренней мотивации в длительном терапевтическом процессе (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., 2002).

Соблюдение трезвости пациентом в период лечения является неременным условием проведения психотерапии. Встречается ошибочная позиция психотерапевтов, рассматривающих алкоголизм как симптом расстройства личности и проводящих психотерапию продолжающих пить пациентов. Лечение оказывается в этих случаях неэффективным. Поэтому в начале лечения все усилия направлены на обеспечение трезвости пациента в этот период, что достигается с помощью дезинтоксикации, применения дифференцированных ограничительных режимов стационара и т.д. Исключение из этого принципа составляет комплекс специальных психотерапевтических воздействий, направленных на формирование мотивации лечения. Они могут осуществляться в период пьянства и способствовать его прекращению и обращению на лечение. По сути, такие воздействия являются началом терапии, поскольку мотивация к лечению при алкоголизме — основа эффективного лечения.

Поскольку алкоголизм — хроническое заболевание с вероятностью рецидивов, необходимо устанавливать долгосрочный контакт с пациентом и обеспечивать доступность и психологическую комфортность для него получения помощи в будущем в случае рецидива или для его профилактики.

При лечении алкоголизма осуществляется индивидуальный дифференцированный подход. Необходимо ставить реальные терапевтические задачи, опираясь на оценку статуса пациента, знание целей, которые он ставит при лечении: поступил ли он только на дезинтоксикацию или возможен длительный лечебный контракт, насколько вынуждено или самостоятельно его намерение прекратить пить, какие имеются личностные, социально-психологические и другие ресурсы, поддерживающие его трезвость. Эффективен только тот метод, который соответствует состоянию пациента, когда и терапевт, и пациент верят в успех.

Существенное влияние на отношения врача и больного при лечении алкоголизма оказывает психологический механизм переноса, который обычно интенсивен при этом заболевании и может проявляться манипулятивным, агрессивным или пассивно-созависимым типами поведения, характерными для общения больных алкоголизмом

со значимыми людьми. Терапевт должен также осознавать проявления контрпереноса, свои чувства разочарования, раздражения, безнадежности или, наоборот, ощущение всемогущества.

Врач может помочь больному алкоголизмом в достижении трезвости, но не может остановить пьянство, принудить к воздержанию. Признание алкоголизма болезнью, требующей лечения, не снимает с пациента ответственности за свое поведение. Понимая это, врач устанавливает пределы поведения пациента и условия, при которых лечение может продолжаться. В случае несоблюдения этих условий пациентом лечение прерывается, при этом оговаривается возможность возобновления лечения в будущем.

Важным принципом терапии алкоголизма является охват всех доступных ресурсов. Понимание алкогольных проблем пациента членами семьи, коллегами по работе, друзьями и т.д. обеспечивает необходимую для соблюдения трезвости поддержку. Сильные стороны пациента, особенности личности, интеллектуальные способности и интересы — это тот ресурс, который также может формировать и поддерживать ремиссию.

Большое значение в лечении алкогольной зависимости имеет *семейная психотерапия*, которая выступает в качестве важного дополнения к индивидуальной психотерапии и проводится обычно с самого начала лечения больного (психотерапия супружеских пар, в группах жен, мужа которых страдают алкоголизмом, и др.). При этом задача семейной психотерапии — выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость.

Семейная психотерапия при алкоголизме, как и при других заболеваниях, направлена на изменение межличностных отношений и нормализацию психологического климата в семье.

Развитие общей теории систем и рассмотрение алкогольной зависимости с позиций системного семейного подхода как симптома семейной дисфункции предполагает включение в психотерапию всех членов семьи больного алкоголизмом. Особое внимание при этом обращается на равновесие, эмоциональный баланс, гомеостаз семейной системы. Анализируя такие понятия как роли, общение, адаптивная функция пьянства, системные психотерапевты устанавливают, на чем может быть основано лечебное вмешательство. При этом очень важно знать, каковы ресурсы здорового функционирования всех членов семьи и является ли потребность в выздоровлении пациента насущной потребностью семьи. Опыт работы с семьями после устранения дисгармонических отношений без учета их влияния на равновесие системы показал, что это может приводить либо к ранним рецидивам, либо, вследствие выхода системы из равновесия, к появлению других симптомов и проблем. Поэтому целью системной психотерапии является не помощь одному члену семьи, а всем членам семейной системы, чтобы достигнутые изменения положительно сказывались на обоих супругах или семье в целом. Главная цель семейной психотерапии при этом подходе — изменение организации всей системы — достигается путем изменения ролей и коалиций в семье, использования когнитивного подхода для смягчения эмоциональной напряженности, что должно способствовать также дифференциации каждого индивида.

Важной задачей семейной психотерапии является повышение дифференцированности и автономности каждого члена семьи. Уровень дифференциации, потребностей и конфликтов каждой личности будет воздействовать на типы ролей, правил и пр., ус-

танавливающихся в семье пациента с алкогольной зависимостью как развивающейся семейной системе.

Другим направлением системного семейного подхода является структурная семейная психотерапия, базирующаяся на теории семьи. Целью структурной семейной психотерапии является также изменение организации всей семейной системы, основанное на понимании того, что в пределах нормы супружеская пара должна иметь четко выраженные границы функционирования, отличные от подсистем родителей и детей. При алкоголизме в контексте этого подхода, помимо фокусирования на проблемах болезни, выделения роли каждого члена семьи в проявлениях алкоголизма у других членов и осознания на этой основе своей ответственности за пьянство больного, а также оценки влияния алкоголизма на жизнь остальных членов семьи, главное внимание обращается на реконструкцию семьи, восстановление «Я» каждого члена семьи и целостности всей семьи.

Необходимость включения семьи больного в лечебно-реабилитационный процесс определяется пониманием того положения, что, с одной стороны, алкоголизм неблагоприятно влияет на функционирование семьи и здоровье ее членов, а с другой стороны, неблагоприятные семейные отношения, дисфункционирующая семейная система могут способствовать алкоголизму и поддерживать его.

Задачи семейной психотерапии, в известной степени, отражают этапность психотерапевтических воздействий и определяются этапом лечебного процесса и ремиссии. Семейная психотерапия начинается на этапе становления ремиссии одновременно с формированием у больного мотива трезвости, когда анализ семейной ситуации составной частью входит в индивидуальную работу с больным по преодолению у него алкогольной анозогнозии и формированию установки на абсолютную трезвость. Упрочению трезвеннической установки больного способствует формирование его положительной мотивации на семью, на адекватное выполнение им своих семейных ролей. Семейная психотерапия продолжается и на этапе стабилизации ремиссии, наступающей через 3-6 месяцев после начала противоалкогольного лечения, здесь ее роль возрастает в связи с реадaptацией больного и его семьи к трезвому образу жизни. Благодаря своевременному разрешению семейных конфликтов в ремиссии, созданию условий, нейтрализующих отрицательное влияние окружающей среды при проведении поддерживающей семейной психотерапии, возрастает успешность профилактики рецидивов.

Каждому этапу вовлечения семьи в терапевтический процесс соответствуют свои задачи и методы разрешения. Нередко вовлечение семьи в психотерапию начинается на догоспитальном этапе, что связано с формированием мотивации больного к лечению. Для прекращения больным пьянства и обращения за лечебной помощью рекомендуются определенные системы поведенческих методов для родственников больного, еще не нашедшие в отечественной практике достаточного распространения. Известно, что для больных алкоголизмом из-за имеющихся защитных механизмов обращение за помощью представляет известные психологические трудности. Поэтому адекватное поведение родственников может явиться условием для повышения мотивации к лечению. Обычно обращению больного за помощью предшествует изменение семейной ситуации, когда близкие увеличивают психологическую дистанцию между собой и больным и когда возникает угроза разрыва отношений.

В рамках унилатеральной системной семейной терапии, согласно которой изменения у одного члена семьи неминуемо приводят к изменениям у других, разработан подход, сосредоточенный на непьющем члене семьи. Целью этого подхода является усиление позитивных способностей непьющего члена семьи, улучшение функциони-



рования семьи и поощрение большей трезвости у пьющего. Он заключается в серии последовательных шагов, помогающих супруге (супругу) в противопоставлении своей позиции алкоголизму мужа (жены) и готовящих почву для перехода к спланированной конфронтации.

В тех случаях, когда проведение тактики конфронтации с больным для достижения его трезвости и направления на лечение оказывается безуспешным, может быть рекомендована следующая лечебная стратегия: 1) урегулирование семейной системы через объяснение проблем и обучение семьи приемам преодоления негативных чувств; 2) участие родственников в специальных группах поддержки и самопомощи по модели алкогольных анонимов для нормализации эмоционального климата в семье или необходимого эмоционального уровня общения со злоупотребляющим алкоголем. В этих группах большее внимание уделяется аспектам самопонимания, внутреннего анализа и развития собственного «Я», нежели отношениям с больным; 3) супругам предлагается сделать выбор относительно своего поведения: а) продолжать делать то, что вы делаете; б) отдалиться, в том числе эмоционально, от больного; в) отделиться, физически отстраниться от него. Если обращающийся за помощью родственник не останавливается на втором или третьем решении, то он фактически остается на прежних позициях. В случае выбора второго варианта решения супруга учат не критиковать употребляющего алкоголь, принять ситуацию, как она есть, жить с больным и быть ответственным за собственные реакции на его злоупотребление.

Формирование готовности семьи к сотрудничеству с врачом в лечении больного — следующий важный аспект психотерапевтической работы с родственниками. Она начинается с момента обращения пациента за помощью или с момента госпитализации. В это время врач чаще всего имеет дело с семьей, находящейся в состоянии кризиса или «шатания основ», когда обращение за помощью оказывается неизбежным шагом для сохранения семьи. В этот период больной и все члены семьи оказываются наиболее податливы психотерапевтическому воздействию, нежели на более поздних этапах лечения. Для формирования мотивации к участию в лечении больного очень важно выявить и подчеркнуть индивидуальную заинтересованность каждого члена семьи в успехе лечения при участии его в терапии. Включение всех членов семьи в психотерапию является более плодотворным, нежели только супружеская терапия, так как члены семейной системы трех поколений могут воздействовать на больных алкоголизмом. В процессе формирования мотивации больного к лечению и семьи к сотрудничеству с врачом может выявиться сопротивление семейной системы, каждый член которой выполняет свою жестко фиксированную роль. Это сопротивление может выразиться в заявлениях «он не придет» и др., и представляет собой те же защитные структуры, что и у больного (отрицание, иллюзии и пр.). Психотерапевт в процессе «интервенции» или в индивидуальной работе с членами семьи должен помочь каждому и всей семье стать менее ригидным и более открытым к изменению. В некоторых случаях оказывается целесообразным подчеркнуть, что отстранение от лечения представляет собой объективное желание способствовать продолжению пьянства. Такая постановка вопроса заставляет этого члена семьи более объективно взглянуть на свою роль в пьянстве больного. При использовании всего комплекса приемов, направленных на формирование мотивации у членов семьи, возможно успешное создание мотивации для 70% семей больных среди первично обратившихся за помощью.

При первичном обращении больного за помощью у родственников пациентов нередко выявляются нереалистические ожидания и представления относительно заболевания, целей и результатов противоалкогольного лечения. Со стороны пациента в

период обращения за помощью может выявиться амбивалентность чувств и ожиданий относительно своей способности контролировать частоту и дозу приемов алкоголя. Обращение за помощью рассматривается при этом как временная уступка членам семьи. Поэтому в этот период очень важно провести интервью или диагностическую беседу со всеми членами семьи (или ее значимыми членами), включая больного, по уточнению не только анамнестических сведений, но и ожидаемых результатов лечения и истинных намерений всех заинтересованных лиц, обращающихся за лечебной помощью. Осознание членами семьи необходимости своего участия в разрешении алкогольных проблем и сотрудничества с врачом в лечении больного является предпосылкой для семейной психотерапии.

Условно в психотерапевтической работе с семьями больных могут быть выделены несколько стадий, отражающих последовательность разрешения задач в этих семьях 1) семейная диагностика; 2) разрешение конфликта, связанного с пьянством; 3) разрешение других конфликтов, препятствующих нормализации психологического климата семьи; 4) реконструкция всей системы семейных отношений.

Семейная диагностика включает определение типологии семьи и выяснение отношения членов семьи к больному и его болезни. Для уточнения типа семейных отношений важно выяснение ролевых отношений в родительской семье и в настоящей семье, уточнение особенностей функционирования семьи до развития алкоголизма у больного и после его возникновения. Уточнение характера семейных отношений и типа семьи позволяет прогнозировать стратегию психотерапевтического воздействия. Разрешение алкогольного конфликта и прекращение пьянства сами по себе не приводят к восстановлению эмоционально благоприятного климата в семье, где есть нарушения ролевых отношений и невротизация членов семьи в результате злоупотребления больным алкоголем. В дисгармоничных семьях с ранее конфликтными отношениями по мере разрешения конфликтов, связанных со злоупотреблением алкоголем и его последствиями, возникает необходимость в реконструкции всей системы семейных отношений для улучшения психологического климата семьи. Тем более, что нередко алкоголь использовался больным в таких семьях как средство разрешения семейных конфликтов, компенсации своей неудовлетворенности в супружеских отношениях, во взаимоотношениях с родителями или детьми.

Важный аспект семейной диагностики унилатеральной выяснение отношения родственников к больному и его болезни. Некоторые виды этого отношения (безразличное, манипулятивное, созависимое и др.), а также неправильные представления родственников об алкоголизме нуждаются в специальной коррекции, так как они оказывают непосредственное влияние на эффективность лечения.

На этапе становления ремиссии психокоррекционная работа с родственниками больных направлена на формирование правильных представлений об алкоголизме и готовности к сотрудничеству с врачом. Она проводится в форме индивидуальных занятий или групповой психотерапии супругов, родителей, обнаруживающих невротические расстройства и неадекватные типы отношения к больному.

Формирование правильных представлений семьи об алкоголизме, принятие ими концепции болезни, так же как и преодоление алкогольной анозогнозии и упрочение установок больного на трезвость способствуют разрешению алкогольного конфликта. В противном случае остается проблематичным сохранение брака или прежних теплых отношений между больными и его родными, которые могут отказать ему в своей поддержке. Наиболее успешно эти задачи разрешаются в групповой психотерапии больных и параллельно проводимой групповой психотерапии супругов (родителей) боль-

ных. Психотерапия проводится на протяжении 1,5–3 месяцев по одному разу в неделю. Продолжительность каждого занятия 1,5–2 часа. Группы больных формируются из 7–8 человек, гетерогенных по возрасту, образованию, продолжительности брака. Состав групп не меняется в течение всего курса занятий, занятия с родственниками проводятся в вечерние часы. Основным методом работы в группе жен больных является свободная вербальная дискуссия, хотя часть занятий тематически запрограммирована (является ли алкоголизм болезнью, признаки предрецидива и др.). В дальнейшем на этапе стабилизации ремиссии группы больных и супругов объединяются в группы супружеских пар для разрешения конфликтов, вызванных последствиями злоупотребления алкоголем. Групповая психотерапия супружеских пар проводится после объединения групп больных и супругов, закончивших курс своих программ, в течение первых трех месяцев по одному разу в неделю, а затем на протяжении 6–9 месяцев по 2 раза в месяц. После года психотерапевтической работы группа супружеских пар встречается 1 раз в месяц. Продолжительность одного занятия 3 часа. По мере необходимости проводятся дополнительные занятия с группами больных алкоголизмом, с отдельными семьями, а также проводятся индивидуальные консультации.

Основным методом работы в группе супружеских пар является неструктурированная дискуссия. По мере необходимости применяются различные невербальные методики, ролевые проигрывания, позволяющие выявить или найти пути решения возникающих в группе проблем и противоречий. Занятия обычно начинаются с самоотчетов членов группы о своем самочувствии, по ходу которых возникает необходимость обсуждения наиболее общих и значимых проблем. Особое внимание обращается на способность супругов чувствовать душевное состояние друг друга, на умение поставить себя на место супруга в трудных ситуациях. С этой целью при проигрывании ролевых ситуаций супруги не только исполняют свою роль, но и меняются местами. Подобные приемы помогают углубить взаимопонимание супругов и способствуют снятию эмоционального напряжения в семье и психотерапевтической группе. Для разрешения актуальных ролевых конфликтов на групповых занятиях обсуждаются проблемы рационального распределения семейных обязанностей, семейного бюджета, вопросы, связанные с воспитанием детей, проведением досуга и т.п. При необходимости к лечению привлекаются дети и другие значимые члены семьи, используется профессиональная помощь других специалистов (педагогов, сексопатологов и др.). Со временем на этапе сформировавшейся ремиссии работа групп поддерживающей семейной терапии все более пополняется элементами социотерапевтической работы, что открывает новые возможности для реабилитации больных алкоголизмом и их семей.

Следует отметить, что в настоящее время все большее признание получает представление о том, что собственно модификация семейных отношений начинается после достаточно длительной психотерапевтической работы, сфокусированной на решении алкогольных проблем. Степень включения родственников в психотерапию и объем психотерапевтического вмешательства в современных семейных подходах определяется, главным образом, типологией семейных отношений. Например, в тех случаях, когда алкоголизм больного не является следствием нарушенных семейных отношений, для семьи рекомендуется только образовательный подход, направленный на разъяснение характера заболевания. Психотерапия сосредоточена на пациенте, а семья выступает в качестве поддержки. В семьях с невротическими отношениями необходима психотерапия всей семьи или супругов для перестройки всех семейных и супружеских отношений. В дезинтегративных семьях подход к собственно семейной психотерапии возможен лишь спустя 6 месяцев, так как сначала надо достичь длительной ремиссии,

а затем искать возможности хотя бы частичного восстановления семейных отношений. При распаде семьи рекомендуется включение больного в другие социальные связи, вовлечение в группы взаимопомощи.

Однако, следует признать, что такие семьи в периоды становления и стабилизации ремиссии больного алкоголизмом, как правило, не обращаются в специализированные психотерапевтические центры ни по проблемам семейных отношений, ни по проблемам детей. У них обычно наблюдается отрицание всех других проблем, кроме алкоголизма того, кто проходит лечение. При этом родители отрицают влияние алкоголизма на детей: «дети не знают», что папа или мама злоупотребляют алкоголем. В настоящее время дети из таких семей оказываются вне поля зрения специалистов, поскольку система наркологической помощи ориентирована на работу только с самим больным, а в специализированные центры для детей и подростков такие родители обычно не обращаются.

Вместе с тем, как было показано выше, у детей в таких семьях могут наблюдаться различные эмоциональные, поведенческие или когнитивные нарушения. Кроме того, при ремиссии больного алкоголизмом, могут быть необходимы значительные изменения семейных отношений, ролей и правил жизни семьи, требующие специальной консультации и коррекции.

На этапе стабилизации и сформировавшейся ремиссии включение родственников в терапевтический процесс, прежде всего, связано с тем, что, во-первых, именно в ремиссии выявляется неумение супругов общаться и разрешать текущие проблемы; во-вторых, члены семьи нуждаются в обучении по идентификации актуализации влечения к алкоголю или других признаков предрецидивного состояния; в-третьих, лечение невротических расстройств и неадекватных типов отношения к больному у членов семьи — достаточно длительный процесс. Задачами супружеской психотерапии в этот период является усиление положительных чувств супругов друг к другу и улучшение их взаимоотношений, а также помощь в разрешении конфликтов и проблем, в усилении желаемых позитивных изменений. Этим целям отвечает разработанная групповая психотерапия поведения супружеских пар для алкоголиков и их жен в ремиссии. Программа тренировки навыков общения и решения проблем включает 10 структурированных занятий, «репетиций» с домашними заданиями и проверкой их выполнения на следующем занятии. Процедура каждого занятия включает 5 мишеней воздействия.

Во время занятий для восстановления навыков по общению врач использует инструкцию, моделирование, поведенческие репетиции, внушение, обратную связь, чтобы научить супругов более эффективному общению. Тренировки начинаются обычно с беспроблемных или нейтральных областей и продвигаются к проблемным или отягощенным, после того как каждый навык апробирован на менее проблемном уровне. На сеансах общения супругов обучают навыкам говорить, прямо выражать как положительные, так и отрицательные чувства, избегая обвинения и уклончивости, характерных для «алкогольного» брака. Для достижения соглашения, контракта и желаемых изменений в поведении каждый партнер должен научиться выражать свои желания позитивно — что ты хочешь (а не чего ты не хочешь), специфически — что, где, когда и в форме просьбы, а не требования с оттенком угрозы. Психотерапевт помогает парам обсуждать условия желаемых изменений, используя специфические запросы, компромиссы и письменные соглашения. Эти тренировки помогают разрешению конфликтов супругов и профилактике рецидивов.

С целью обучения семьи распознаванию признаков рецидива болезни используется образовательный подход, который в ряде случаев может выступать как самостоя-

тельный. В этой связи представляется новым опыт создания групп для членов семьи, где дискуссии посвящены, в основном, предупреждению рецидивов. Родственники приглашаются для таких занятий вместе с больными, прекратившими алкоголизацию. Занятия носят структурированный характер. Члены группы учатся распознавать депрессию, одиночество, гнев, как существенные пусковые факторы рецидива. Затем члены группы разбиваются на подгруппы, в которых отрабатываются новые подходы к решению проблем, в результате каждый член семьи и больной получают новые знания и навыки по общению.

Важным направлением психотерапии с родственниками в этот период является лечение созависимости и невротических расстройств у членов семьи. Признание родными больного концепции болезни алкоголизма лишь начальный этап изменения отношения к больному и своих взаимоотношений с ним. Лечение созависимости длительный процесс, который включает изменения на когнитивном, аффективном, поведенческом и духовном уровне. Излечение от созависимости — это процесс общей реорганизации видения мира пациента, который может успешно решаться, если в качестве модели изменений выбрана системная семейная теория. Одной из главных целей психотерапии при этом подходе является помощь личности дифференцироваться от других, чтобы сохранить эмоциональную автономность в системе взаимоотношений. Самодифференциация включает право заботы о себе, потребность достичь эмоциональной дистанции от больного, ответственности за себя вместо других.

Некоторые авторы отмечают, что лечение созависимости растягивается на годы, и требует использования различных направлений и методов психотерапии. В настоящее время для лечения значимых близких (супругов, детей, родителей), обнаруживающих признаки созависимости, достаточно часто применяется гештальт-психотерапия. В отличие от психоаналитического подхода она фокусирует свое внимание не на прошлом, а на текущем опыте индивида, на том, как он воспринимает свое существование. И если на начальном этапе лечения в центре психотерапии находится «Я» больного (кто я и как мне быть счастливым), то в дальнейшем психотерапия касается проблем взаимоотношений с другими людьми, а на заключительном этапе — духовных проблем.

Учитывая роль психосоциальных факторов в возникновении, течении, компенсации и декомпенсации алкоголизма, важнейшее место в его комплексном лечении следует отвести *групповой психотерапии*.

В исследованиях отечественных авторов, как и во многих зарубежных работах, подчеркивается, что групповая психотерапия при алкоголизме обычно включена в более широкую программу лечебно-восстановительных воздействий: купирование похмельного синдрома и последствий интоксикации путем использования медикаментозных и общеукрепляющих средств, индивидуальная психотерапия (рациональная, гипноз и др.), поддерживающая психотерапия, трудотерапия, культурно-развлекательные мероприятия и т. п. Что касается форм групповой психотерапии, то при алкоголизме основу ее составляют дискуссионные (недирективные) варианты с частым использованием дополнительных технических приемов (пантомима, разыгрывание ролевых ситуаций, проективный рисунок и др.).

К средствам воздействия групповой психотерапии относят: структурирование хода занятий, сбор информации, интерпретации (конфронтации, актуализации, построение гипотез), убеждение и переубеждение, предоставление информации, постановка заданий, в том числе и домашних. Возможные приемы стимуляции работы группы — составление самоотчетов на тему «Почему я пил», «Каковы мои планы на будущее» и т.п.

Прием «лечебной перспективы» — приглашение в группу бывших пациентов с длительной ремиссией.

Основным методом является дискуссия, наряду с которой применяются и другие техники: психодрама, ролевые проигрывания, социограмма, психогимнастика, проективный рисунок, коллективные рисунки больных, чтение и совместное обсуждение литературы. Занятия могут быть тематическими, которые особенно показаны в начале работы группы, как наиболее простые дискуссии. Биографические занятия посвящены истории развития и становления личности одного или нескольких больных, интеракционная ориентация занятий, связанная с выяснением динамики взаимоотношений больных, представляет собой высший вариант групповой ориентации. В кризисных ситуациях эффективным бывает использование невербальных методик.

Дифференцируя цели групповой психотерапии при алкоголизме на задачи первого (изменение отношения к болезни, преодоление алкогольной анозогнозии) и второго этапов (коррекция интрапсихических и межличностных проблем), для их решения привлекают различные методики. Вначале это дискуссионные формы психотерапии (в том числе биографически-ориентированные занятия), лекции и др., затем наряду с дискуссией используются проективный рисунок, разыгрывание ролевых ситуаций, пантомима, поведенческие приемы. Сочетание последних является более адекватным для воздействия на механизмы психологической защиты, анализ истинных мотивов поведения, идентификацию больными своих эмоциональных состояний, выделение способов межличностного поведения, повышение адекватности представления о себе.

Психотерапевты в работе с группой оказываются в положении людей, поведение и эмоциональные проявления которых являются моделью, составляющей основу взаимоотношений больных в группе. При авторитарной позиции терапевта больные, как правило, относятся друг к другу эмоционально нейтрально, без выраженного взаимного интереса. Агрессивность психотерапевта почти всегда копируется больными и проявляется особенно ярко в контактах вне группы. В противоположность этому полная недирективность терапевта, доходящая до индифферентного отношения ко всем реакциям пациентов, нередко приводит к образованию подгрупп и тем самым ослабляет действие групповых механизмов. Наиболее негативные последствия порождает позиция терапевта, при которой последний стремится поставить себя в центр эмоциональных связей между членами группы. Такая позиция со временем создает у больных выраженное напряжение, обусловленное чрезмерной зависимостью от терапевта и переживанием неспособности самостоятельно решать стоящие перед ними проблемы. Таким образом, рассмотренные варианты поведения терапевта не могут расцениваться как конструктивные, так как способствуют усилению у больных их защитного повеления.

Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, способствуя улучшению взаимоотношений между ними, создает наиболее благоприятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, нахождения путей разрешения конфликтных ситуаций — как связанных, так и не связанных с алкоголизмом. Важным элементом психотерапевтической тематики является формирование соответствующего реагирования пациента на возможные рецидивы болезни, то есть готовности быстрого установления контакта с лечебными учреждениями. При необходимости на последних занятиях обсуждаются перспективы дальнейшего общения больных друг с другом, их встречи в клубе пациентов, лечившихся от алкоголизма, в летнем лагере и т.д. Сеансы групповой психотерапии проводятся 2-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в группах по 7-9 человек. Некоторые авторы считают предпочтительными закрытые группы, включаю-

щие пациентов с разными клиническими проявлениями алкоголизма, отличающихся по возрасту, профессии, образовательному уровню, с различными сроками алкогольной зависимости. Работа в гомогенных группах — рабочих, лиц с техническим или гуманитарным образованием, людей, близких по возрасту, — менее эффективна. Занятия проводятся одним или двумя психотерапевтами (в качестве котерапевта может выступать врач-нарколог или психолог). Важным показателем к групповой психотерапии является наличие у пациентов мотивации к выздоровлению и особенно к участию в работе группы. Основными противопоказаниями могут быть явно негативное отношение больного к групповой психотерапии, выраженные симптомы деградации личности.

В случае групповой психотерапии пожилых алкоголиков отмечается менее интенсивная групповая динамика, пациенты более зависимы от активности психотерапевта, положительные терапевтические результаты наблюдаются на более поздних стадиях лечения, для включения группы в активную деятельность требуется гораздо больше времени. Установлено, что терапевтически эффективнее группы, составленные из пациентов, начавших злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте. При групповой психотерапии женщин, страдающих алкоголизмом, прежде всего приходится учитывать заинтересованность пациенток в разрешении таких проблем, как социально-психологическая изолированность, нарушения женской роли, трудности в общении с противоположным полом, в воспитании детей и др. При этом вопросы, связанные с преодолением алкогольной анозогнозии, сохраняя свое значение, отступают на второй план. Подчеркивается специфика отношений между психотерапевтом и группой пациенток: особое значение здесь приобретает наличие у психотерапевта достаточно выраженной эмпатии, отказ от осуждающих моральных оценок и пр.

Большое влияние на формирование ремиссии оказывает участие в движении самопомощи, религиозное мировоззрение. Часть исследователей подчеркивает тесную связь между прекращением потребления алкоголя и участием в собраниях групп Анонимных Алкоголиков.

Сравнение видов и методов лечения демонстрирует лишь несущественные различия в их результативности. По мнению большинства специалистов, наибольший эффект достигается, когда терапия учитывает индивидуальные качества и потребности пациента, а также сопровождается поддержкой после лечения. Немалое значение имеет интенсивность и качество терапевтических сеансов.

Осмысление разнообразных концепций о причинах возникновения зависимости от алкоголя показывает, что для лечения, и прежде всего «упорядочения» отдельных плоскостей, участвующих в формировании болезни, необходим многопрофильный коллектив профессионалов. В нем, наряду с врачом, должны быть представлены психологи или соответственно подготовленные специалисты в области педагогики, ресоциализации, социологии, семейных отношений, отдыха и здорового образа жизни, социальные работники, духовные лица. Особая роль отводится инструкторам, которыми становятся чаще всего люди, не пьющие несколько лет, в прошлом страдавшие алкоголизмом. Пройдя соответствующую подготовку, благодаря личному опыту они являются наиболее полезными особенно на первом этапе лечения, когда преодолевается алкогольная анозогнозия. Благодаря им процесс выработки реалистического взгляда на болезнь происходит быстрее и эффективнее. Будучи ярким примером выздоровления от алкоголизма, они вселяют в больных и коллег по коллективу надежду на успех.

Программа выздоровления рассчитана на несколько месяцев и даже лет. Ее началом являются интенсивные, структурированные, проводимые в стационарных услови-

ях в течение нескольких недель занятия. Стационарное лечение зависимых от алкоголя лиц, в отличие от госпитального лечения других заболеваний, не рассчитано только на тяжелых, так называемых безнадежных больных. Стационарные условия позволяют повысить интенсивность занятий и в короткое время добиться того, на что в амбулаторных условиях требуются многие месяцы. Второй этап — это поддерживающая терапия, осуществляемая в амбулаторных условиях. В диспансерах, располагающих только амбулаторными программами терапии, процесс выздоровления проходит гораздо медленнее из-за низкой интенсивности занятий. Очень ценным дополнением ко всем формам терапии является участие в собраниях групп Анонимных Алкоголиков, членов их семей в собраниях Аль-Анон (для лиц, связанных эмоционально с алкоголиками) и Аль-Атин (для детей алкоголиков). Для части пациентов полезны контакты с Клубом абстинентов, располагающим квалифицированной терапевтической помощью.

Кроме указанных методов лечения зависимых от алкоголя лиц, существуют программы, направленные на воспитание, образование, просвещение окружающей пациента среды, на выработку более рационального поведения в случаях рецидива болезни и быстрое обращение за помощью.



## 5.2. ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ЗАПРЕЩЕННЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (НАРКОТИКОВ)

Основные принципы психотерапии наркоманий рассматриваются в единстве с современными концепциями лечения наркоманий вообще и включают в себя добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков (Иванец, 1995, 2001). Эффективные психотерапевтические программы предполагают использование целого комплекса психотерапевтических подходов, включающих в себя различные методы и формы психотерапии, которые применяются бригадой специалистов в единстве с комплексом психофармакотерапии и других немедикаментозных методов лечения.

В настоящее время лечебная тактика должна строиться с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ).

Известно, что в клинической картине всех вариантов наркоманий прослеживаются определенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабстинентных расстройств, этап формирования терапевтической ремиссии. Таким образом, психотерапия должна строиться с учетом периода заболевания.

Период интоксикации, если нет признаков передозировки, лечения практически не требует. При передозировке проводится дезинтоксикационная, симптоматическая и антидотная терапия, но эта проблема в большей степени относится к области токсикологии.

На этом этапе психотерапия направлена на повышение мотивации больного с целью преодоления явлений абстиненции, и кроме того в некоторых случаях позволяет снизить болезненные проявления абстиненции. Для потенцирования фармакотерапии на этом этапе после установления психотерапевтического контакта возможно применение различных вариантов суггестивной психотерапии и вооруженного внушения.

Период после купирования острых абстинентных расстройств изучен значительно меньше, отсутствует даже его общепринятое наименование. В специальной литературе его называют периодом протрагированных абстинентных расстройств, постабстинентным периодом, отставленными проявлениями абстинентного периода и даже началом формирования терапевтической ремиссии. Тем не менее, он имеет определенную структуру, в его течении наблюдается закономерная смена отдельных синдромов и симптомов, прежде всего психопатологических нарушений, таких как депрессии различной глубины и структуры, влечение к ПАВ, астенические состояния и инсомнические расстройства, нередко служащие причиной рецидивов.

Психотерапевтическая программа на этом этапе включает в себя сочетания симптоматрированных методов психотерапии различной ориентации, ведущее место среди которых занимают когнитивно-поведенческая психотерапия, поведенческие методы, арт-терапия. В случае выраженных депрессивных и астенических расстройств на этом этапе может применяться психотерапия по Клерману и Вейсману, в сочетании с антидепрессантами.

В существующей практике наркологических учреждений после купирования явлений абстиненции часто терапевтические программы завершаются, в то время как для предотвращения повторных эпизодов употребления ПАВ необходим комплекс психотерапевтических и социально-реабилитационных мероприятий.

После купирования явлений абстиненции, в реабилитационно-терапевтических программах психотерапевтические методы приобретают наибольшее значение. На

этом этапе большее значение приобретают личностно-ориентированные методы психотерапии, направленные на проработку комплекса психологических и психосоциальных факторов возникновения стремления к употреблению наркотиков.

Методы *индивидуальной психотерапии*, применяемые при работе с зависимыми от психоактивных веществ, можно разделить на три группы: 1) когнитивно-поведенческие методы; 2) методы, направленные на развитие личности; 3) интегративные методы. Когнитивно-поведенческие методы направлены на патологические процессы, которые происходят в личности пациента и приводят к патологической системе реагирования на окружающую реальность. Пациент рассматривается как объект воздействия и целью является изменение поведения пациента. Когнитивно-поведенческая терапия как правило является краткосрочной, результат достигается относительно быстро и пациент проводит большую часть работы самостоятельно вне сессий. При данном методе психотерапии взаимоотношения пациента и психотерапевта характеризуются как патерналистические, директивные со стороны психотерапевта, где ответственность в большей степени лежит на психотерапевте.

Развивающие личность методы направлены на нормативно-компенсаторные процессы, происходящие в личности зависимого пациента. Пациент, опять же, рассматривается как субъект воздействия, цель — выявление и проработка внутриличностных конфликтов, приводящих к патологическому реагированию на жизненные процессы, рост, гармонизация и устранение патологических процессов, происходящих в личности пациента. Терапия направлена на работу с личностью пациента, является долгосрочной и достаточно трудоемкой. При данном виде психотерапии взаимоотношения пациент-психотерапевт являются партнерскими и ответственность за результат лечения является обоюдной.

Важной задачей индивидуальной психотерапии с зависимыми пациентами является формирование и поддержание у больных осознанной мотивации к стойкой ремиссии, активизация внутриличностного конфликта, работа с патологической частью личности пациента, позитивное подкрепление нормативной личности и снижение патологического влечения к психоактивному веществу. Другой задачей индивидуальной психотерапии является решение конкретных, достаточно типичных проблем зависимых пациентов: чувство вины, обиды, ощущение «внутренней пустоты», тревоги, агрессии, проблемы межличностного общения и других, а также поддержка и помощь в решении социальных трудностей и актуальных проблем.

Необходимо отметить крайне значимую роль *когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП)* при лечении большинства видов химической зависимости. По данным мировых исследований, проводимых в течение последних 10-и лет, КПП является лидирующим методом не только в лечении зависимости от ПАВ. За последние десять лет произошел большой прогресс в формировании и применении когнитивно-поведенческой психотерапии применительно к лечению различного вида зависимостей.

На сегодняшний день проведено огромное количество контролируемых рандомизированных исследований, которые показали высокую эффективность КПП при лечении зависимости от ПАВ, связанных с этим патологических состояний и формирования стойкой ремиссии. Большим плюсом КПП является возможность ее применения в различных условиях — наркологический стационар, внебольничное отделение, частные центры и домашние условия, а также в разных формах психотерапии — индивидуальная, групповая, семейная. При проведении КПП используются различные техники, описанные ниже, и она может применяться так же в комбинации с мотивационным интервью. КПП фокусируется на модификации, усилении мотивации и исследует поведение, связанное с использованием ПАВ с целью изменения жизненного стиля и поведения зависимых личностей.

Убеждения, связанные с приемом ПАВ, соотносятся с более общими основными убеждениями. Когнитивная модель предполагает, что зависимость является результатом взаимодействия между первичным контактом с ПАВ и когнициями, которые формируются под действием основных убеждений. Существует два вида убеждений, связанных с приемом ПАВ: 1) облегчение и 2) позитивный опыт. Пациенты, которые считают, что их ситуация в школе очень сложная, учителя их не понимают, а одноклассники не обращают внимания, начинают думать, что они «заслужили» отдых после школы — курение или употребление ПАВ снижает стресс, при этом можно будет приятно поговорить с друзьями и привлечь больше внимания. Этих умозаключений достаточно, чтобы вызвать автоматические мысли «надо снять стресс», которые и являются спусковым крючком для формирования зависимости. Далее при формировании зависимости к ПАВ возникают и другие умозаключения: облегчающие убеждения — я не могу выносить эту необходимость, есть только один способ бороться с зависимостью — отдалиться ей. И далее, таким образом, когнитивный цикл у пациента с зависимостью закрывается, приводя к постоянному употреблению ПАВ.

В рамках интегративного подхода в психотерапии наркоманий активно используется *Континуальная психотерапия по Ю.В. Валентуку*. Эта концепция ориентирована на работу с инвариантными процессами существования пациентов, и основана на принципах, которые также инвариантны для ряда систем психотерапии. Принцип сочетания континуальных и дискретных воздействий в значительной мере отражает специфику континуального подхода в психотерапии. Более подробно данный метод описан в главе о частных методах психотерапии.

В лечении больных зависимостью от психоактивных веществ могут использоваться различные модели *семейной психотерапии*, направленные на создание микросоциальной среды, которая способствовала бы активации механизмов выздоровления и адаптации больных, а также преодоления частых семейных кризисов, сопутствующих этим расстройствам. В зависимости от готовности семей начать бороться со своими проблемами возможно либо «прямое вмешательство», либо «семейное вмешательство». Прямое вмешательство предполагает конфронтацию с больным алкоголизмом семьи в целом, товарищей по работе, администрации, врачей, друзей и других лиц. При семейном вмешательстве конфронтация осуществляется с не употребляющими алкоголь членами семьи. Определяющим фактором в лечении зависимостей является то, что пациенты должны рассматриваться в контексте семьи или социума, в особенности в контексте той семьи, которая поддерживает применение ПАВ. Включение членов семьи в лечение играет важную роль в снижении потребности и в обращении ко многим темам, которые являются актуальными для пациента. Многие исследования показали хорошие результаты семейной терапии как и для подростков, так и для взрослых пациентов и для разных форм зависимостей. Семейная психотерапия является методом, который включает в себя многие техники, включая перечисленные выше. Например, подписание контрактов и поведенческих принципов. Эти методы требуют участия независимого члена семьи или созависимого партнера. Краткосрочная стратегическая семейная психотерапия также показала высокую эффективность, несмотря на то, что она менее интенсивна и затрагивает меньше систем, при частоте встреч раз в неделю. Она ассоциируется с высоким уровнем ремиссии и высоким снижением деструктивного поведения (агрессией). Также использование семейной психотерапии при работе с зависимыми пациентами обуславливает создание микросоциальной среды, которая способствует адаптации пациентов, активации механизмов выздоровления и повышению мотивации к ремиссии и лечению. Также семейная психотерапия помогает пре-

одолению семейных кризисов и восстановлению и реструктуризации семейных отношений и решению проблем в семье, которые часто сопровождают семьи пациентов, страдающих зависимостью. Дети в зависимых семьях хоть и не являются мишенью психотерапии, но должны являться активными участниками процесса. При различных исследованиях отмечалось улучшение общего и психологического состояния ребенка, что говорит о том, что своевременное и эффективное лечение у зависимых личностей может улучшать и значительно облегчать состояние детей, которые так или иначе оказываются под воздействием зависимой семьи.

Семейная стратегическая психотерапия зависимостей вбирает в себя все самое лучшее и продуктивное, что есть в каждом отдельном методическом подходе. В нашем случае — это интеграция структурного, стратегического, трансгенерационного (межпоколенного), нарративного и психообразовательного направлений (Кулаков С.А., Васисов С.Б., 2006). Опишем вкратце эти подходы.

Структурная семейная психотерапия (Minuchin S.). Психотерапевты этого направления исходят из положения, согласно которому симптом есть отражение дисфункции всей семейной системы. При этом они не сосредотачивают свое внимание на симптоме, а стремятся к достижению структурных изменений в семейной системе, по мере достижения которых необходимость в роли симптома как стабилизатора гомеостаза исчезает, и купируется сам симптом.

Стратегическая семейная психотерапия (Erikson M., Haley J., Madanes C., Papp P., Palazzoli-Selvini M.). Отличительной особенностью этого направления считается фокусирование внимания психотерапевта на симптоме и выработке стратегии его устранения. При этом психотерапевт стремится понять, каким образом симптоматическое поведение поддерживает гомеостатический баланс в семейной системе, после чего осуществляются психотерапевтические интервенции, позволяющие изменить последовательность коммуникативных актов, направленных на поддержание симптома. Кроме того, обращается внимание на иерархию отношений в семье. Считается, что если родители восстановят иерархию в семье, то пациенту нет необходимости использовать симптом в борьбе за власть. Для этого используются разработанные психотерапевтом прямые задания (директивы), а также ряд других приемов поведенческой коррекции.

Трансгенерационная семейная психотерапия (Bowen M.) базируется на психодинамических концепциях объектных отношений, теории систем и триангуляции («треугольников отношений»). Постулируется, что прошлое активно присутствует в настоящем, и семья использует текущее взаимодействие для разрешения прошлых конфликтов, сложившихся в родительской семье. Выбор партнера в любом возрасте и обращение с детьми имеют в своей основе проективный характер, поскольку супруг и дети замещают отсутствующие фигуры в прошлых объектных отношениях. Аддиктивное поведение в исследуемых семьях является межпоколенной (трансгенерационной) проблемой, которая представлена в виде возрастания различных аналогов аддиктивного поведения, и их доля увеличивается от прародителей к внукам. Перечисленным общетеоретическим положениям межпоколенной семейной терапии соответствуют подходы к изучению семейной ситуации: концепция лояльности и работа с генограммой. Под лояльностью понимается передача из поколения в поколение определенных установок и схем поведения, присущих данной семье, в том числе конфликтных и дисфункциональных; поэтому проблемы рассматриваются как результат межпоколенного взаимодействия. Семейные психотерапевты данной ориентации не фокусируют внимание на симптоме, как в «стратегическом направлении», а способствуют формированию рационального и объективного отношения к проблемам, уменьшая тем самым эмоциональную реактив-

ность членов семьи. При этом используются техники интерпретации, анализа переносов, психологического просвещения и работа с родительской семьей.

Интервью по генограмме является ценным методическим приемом, помогающим «присоединиться» и быстро сориентироваться в семейной истории. Сбор информации о семейной истории обычно проходит в контексте общего семейного интервью, и терапевт не может игнорировать проблему, с которой пришла семья. Поэтому конструирование генограммы должно быть частью более широкой задачи присоединения и помощи семье. Проводя интервью, терапевт двигается от представленной проблемы к более широкому семейному и социальному контексту; от настоящей семейной ситуации — к исторической хронологии семейных событий; от легких вопросов — к трудным, провоцирующим тревогу; от очевидных фактов — к суждениям о взаимоотношениях и далее — к циркулярным гипотезам о семейном функционировании.

Когда семья приходит с проблемой, она часто имеет собственную точку зрения на ее природу. Как правило, это ригидный, несистемный взгляд, основанный на вере, что только один человек, носитель симптомов, нуждается в изменении. Любые попытки двигаться непосредственно в другие проблемные зоны семьи часто будут блокироваться яростным их отрицанием. Вопросы по генограмме позволяют проникнуть в сердце семейного опыта (рождения, смерти, болезни и интенсивности взаимоотношений) относительно безопасным для семьи способом и разблокировать важные темы.

Сбор информации касается следующих областей:

- состав семьи;
- демографическая информация о семье (имена, пол, возраст, стаж брака, род занятий и образование членов семьи);
- настоящее состояние проблемы;
- история развития проблемы;
- анализ жизненного цикла семьи и линии времени (рождения, смерти, браки, разводы, переезды, проблемы с работой, болезни членов семьи и т. д.);
- реакции семьи на важные события семейной истории;
- родительские семьи каждого из супругов.

Целью является сбор информации, по крайней мере, о трех-четырех поколениях, включая поколение идентифицированного пациента. Важной информацией являются сведения о приемных детях, выкидышах, абортах, рано умерших детях, другие значимые для семьи люди (друзья, коллеги по работе, учителя, врачи и т. д.); семейные взаимоотношения (есть ли в семье какие-либо ее члены, которые прервали взаимоотношения друг с другом, есть ли кто-нибудь, кто находится в серьезном конфликте, какие члены семьи очень близки друг к другу, кто кому в семье доверяет больше всего, из-за каких тем чаще всего возникают конфликты). Иногда полезно спрашивать, как присутствующие на встрече люди были бы охарактеризованы другими членами семьи. Задавая циркулярные вопросы, терапевт и члены семьи могут обнаружить различия во взаимоотношениях с разными членами семьи и ввести новую информацию. Анализу подлежат семейные роли, трудные для семьи темы: имеет ли кто-нибудь из членов семьи серьезные медицинские или психиатрические проблемы, проблемы с физическим или сексуальным насилием, употребляют ли в семье наркотики, злоупотребляют ли алкоголем, арестовывались ли когда-нибудь, если — «да», то — за что, каков их статус сейчас. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Начинаешь собирать анамнез — и убеждаешься, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Историческая перспектива расширенной семьи нередко выявляет стереотипы отношений (например, созависимости или насилия) и проливает

свет на формирование симптома. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на симптомы «идентифицированного пациента».

Нарративный подход в отличие от предыдущих, более директивных направлений, предполагает, что пациент является тем, чьи знания и эмоции должны изучаться и использоваться для изменений. Семейный психотерапевт выступает попутчиком, умеющим чрезвычайно внимательно выслушивать истории людей об их жизни. В контексте данного подхода терапевт с помощью рефлексивных вопросов, ориентированных на время, предлагает пациенту переместиться в будущее, где пациент выбирает предпочтительный для него вариант или варианты поведения, «оглядывается» оттуда на настоящее или прошлое, и может переписать свою историю таким образом, чтобы способствовать наступлению желательного будущего.

Возможен обратный вариант, когда с помощью уникальных эпизодов терапевт помогает пациенту найти в его прошлом предпочтительный для этого пациента (семьи) опыт и распространить его на настоящее и будущее. Именно уникальные эпизоды представляют основной ресурс пациента.

Нарративный подход заставляет психотерапевта искать скрытые смыслы, пространства и разрывы, признаки конфликтующих историй. Такая практика позволяет открыть клапан для тех аспектов жизненных нарративов людей, которые находятся на периферии и еще не обрели свою историю; ослабить хватку доминирующих, ограничивающих историй. Кроме того, есть возможность показать, что общепринятый смысл того или иного повествования — это всего лишь одна из возможных интерпретаций, избегая роли эксперта, создать новый конструкт и развить его, если выяснится, что, по мнению пациента, он для него более желателен. Семейный психотерапевт и его пациенты, таким образом, вместе конструируют семейную историю и ведущий «нарратив», который поддерживает дисфункциональные отношения в данной семье. Важно расширять понимание проблем пациентов за счет анализа их социокультуральной среды.

Говоря о различных направлениях в семейной психотерапии, необходимо сделать акцент на том, что приверженность терапевта одному подходу не дает гарантии того, что терапия будет успешной (Кулаков С.А., Ваисов С.Б., 2006). В идеале не предпочтения психотерапевта являются доминирующим фактором эффективности терапии, а особенности семьи и специфика ее проблемы.

Например, в семьях, содержащих «идентифицированного пациента» с наркотической зависимостью, изолированное использование нарративного подхода вряд ли будет эффективным.

Условно в семейной психотерапии выделяют следующие этапы: объединение психотерапевта с семьей, присоединение к предъявляемой ею структуре ролей; формулирование терапевтического запроса; реконструкция семейных отношений. Краткосрочная семейная психотерапия состоит из двух этапов: присоединения и стратегий устранения дисфункциональных паттернов взаимодействия в семье (границ). Принципы присоединения изложены в Приложении в общем семейно-диагностическом интервью.

Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов.

*Психообразовательный подход семейной психотерапии* в комплексной реабилитации зависимых от ПАВ разработан С.А. Кулаковым и С.Б. Ваисовым (2006). Подобно другим постмодернистским подходам, модель семейной терапии с элементами психообразова-

тельного подхода заметно отличается от традиционной семейной психотерапии, когда внимание обычно сосредоточено на редукции симптома, что равносильно устранению проблемы. При психообразовательном подходе психотерапевт помогает членам семьи понять происхождение проблемы, совладать с ней и получить ориентиры для работы.

Психообразовательный подход осуществляется в групповой форме, поэтому участники имеют возможность получить поддержку друг от друга, что способствует снижению негативных эмоций из-за «идентифицированного пациента». Предложенный вариант психообразовательного подхода как «тренинг родительской компетентности». Термин «тренинг родительской компетентности» соотносится с понятиями «семья как ко-терапевт» и «руководство родителями».

Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосредованным подходом к психотерапии «идентифицированного пациента» и опирается на принципы системного подхода. Это означает, что психотерапия с родителями может проходить даже без непосредственного присутствия детей. Между тем концепции родительского тренинга могут иметь более сложные целевые установки: совместная работа с родителями направлена на изменение системы ценностей, способности к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Они служат задаче психического оздоровления ребенка и способствуют процессу его развития путем достижения взаимопонимания между родителями и ребенком, выработке адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, улучшения настроения и обеспечения больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга служит признание воспитательной компетентности родителей и их способности совместно влиять на приобретение пациентом социального опыта в повседневной жизни, осуществлять задачи для развития ребенка и помогать в решении трудных проблем. Метод основан также на решающем влиянии, которое родители оказывают на жизненные обстоятельства, например на жилищные условия и режим дня пациента. При этом исходят не из «психотерапевтической одаренности» родителей, а просто учитывают тот факт, что и незначительные воздействия со стороны всей семьи в поддержку специальных психотерапевтических мероприятий по отношению к ребенку существенно повышают эффективность психотерапии. Родители в соответствии с их индивидуальными возможностями включаются в процесс психотерапии ребенка как «помощники». Роль психолога (психотерапевта) — это роль тренера, который обучает членов семьи конструктивному взаимодействию с зависимым подростком. Следует отметить, что форма обучения и способ представления материала (например, лекция, видеофильм, брошюры) зависят от уровня подготовленности родителей, отведенного на тренинг времени, возраста пациентов и вида проблемного поведения.

*Групповые методы* психотерапевтической работы также широко применяются в психотерапии зависимых от ПАВ. Групповые методы психотерапевтической работы позволяют получить непосредственный жизненный опыт и позитивное развитие личности наркологических пациентов. Они направлены на раскрытие и мобилизацию ресурсов личности пациентов, решение их личных, семейных и социальных проблем, формирование навыков психической (психофизиологической) саморегуляции и адекватного поведения в различных проблемных ситуациях, в том числе — в ситуациях повышенного риска вовлечения в наркотизацию. В ходе целевых занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации — адекватного межличностного общения, конструктивного, содержательного — а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств. Происходит идентификация пациентами себя как наркологических больных, у них формируются адекватные представления о механизмах развития

наркологических заболеваний, их последствий и осложнений. Закрепляется активная роль пациента в процессе реабилитации, обеспечивается принятие им личной ответственности за ее эффективность, а также индивидуальная готовность пациентов к ведению жизни без наркотиков.

Другим вариантом групповой работы с наркозависимыми является *мультисемейная групповая терапия (МСГТ)*. В мультисемейной группе, включающей в качестве участников пациентов, семьи пациентов и специалистов, фактически представляющие собой психотерапевтическое общество. Это дает широкие возможности для понимания проблемы и изменения семьи. Например, матери, реагируя на глубокие чувства пациентов, лучше понимают собственные переживания, или мать с отцом, наблюдая за взаимодействием других родителей, обучаются более эффективным действиям.

В процессе участия в МСГТ родственники пациента проходят три этапа лечения:

- получение опыта облегчения;
- понимание своей роли в семейной дисфункции;
- постепенное изменение через поддержку членов своей семьи и других семей.

Таким образом, мультисемейная групповая терапия эффективно решает следующие задачи:

- обучение эффективной коммуникации через решение актуальных проблем взаимодействия;
- привнесение в свою семью опыта разрешения проблем взаимодействия другой семьи;
- обратная связь, как от пациентов, так и их родственников;
- формирование рекомендаций членам семьи с учетом индивидуальных особенностей коммуникации.

МСГТ является ценным методологическим и методическим подходом в реабилитации зависимых от ПАВ, внедрение которого в реабилитацию наркозависимых в России представляется весьма перспективным.

Одним из вариантов интеграционной модели психотерапии является *миннесотская модель лечения зависимости* в стационарном психотерапевтическом отделении, которая была апробирована в нашей стране В.В. Батищевым (2000). Она представляет собой поэтапную психотерапию, направленную на постепенное восстановление соматического, психологического и социального статуса пациента. Выделяются следующие этапы интеграционной психотерапии:

- дезинтоксикация и купирование абстинентного синдрома;
- лично-психологическая и социальная реабилитация;
- адаптация в социальной среде.

Программа формируется из ряда различных по особенностям психотерапевтического воздействия разделов программы. Первым является познаватель-информационный. Следующий раздел характеризуется психотерапевтическим воздействием в малых группах. В дальнейшем пациентов привлекают к участию в одной из форм реабилитации, показавшей свою эффективность — обществах «Анонимных наркоманов». Следующий компонент программы — это индивидуальная психотерапия, которая в рамках данной программы осуществляется только по просьбе самого пациента. Это объясняется авторами высокой интенсивностью работы в программе в целом, что может спровоцировать чрезмерное эмоциональное напряжение у больных. Последним этапом является семейная психотерапия. Все перечисленные компоненты программы базируются на активно формирующейся терапевтической среде психотерапевтического отделения.



### 5.3. ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Лекарственная зависимость развивается при повторном периодическом или длительном применении препаратов, наносящих вред принимающему его лицу, а нередко и обществу. У такого индивида появляются непреодолимое желание или потребность принять препарат, а в случае воздержания от него наступает болезненное состояние (синдром отмены, или абстиненция).

Лекарственная зависимость включает три основные составляющие: 1) эмоциональная (психическая) зависимость, которая появляется вначале и характеризуется общей эмоциональной лабильностью при воздержании от приема препарата; 2) физическая зависимость, которая следует за эмоциональной и проявляется в нарушениях физиологического состояния при воздержании от приема препарата; 3) толерантность, развивающаяся по отношению ко многим препаратам, в том числе и не вызывающим зависимости.

Попытки дифференцировать длительное регулярное применение препаратов без медицинских показаний на две категории (зависимость и привыкание) оказались безуспешными. Зависимость определяли как состояние, при котором желание принять препарат непреодолимо и сопровождается психической и физической зависимостью, оно губительно как для личности, так и для общества. Привыкание к препарату описывали как желание, при котором зависимость носит психологический характер, что вредно только для конкретного лица. Но различия оказались несущественными, так как разграничить просто желание и непреодолимое желание часто невозможно, а отсутствие выраженной физической зависимости характерно для пристрастия к таким стимуляторам центральной нервной системы, как кокаин и амфетамин (фенамин), т.е. средствам, вызывающим наркоманию; к тому же вред, наносимый отдельной личностью, трудно отделить от угрозы для всего общества.

Экспертный комитет ВОЗ по проблемам лекарственной зависимости предложил объединить определением «лекарственная зависимость» как зависимость, так и привыкание. Различные формы лекарственной зависимости имеют общие проявления. Важными детерминантами развития зависимости являются особенности личности и социально-экономические условия, а также сам препарат и его доступность. Зависимость не представляет собой проблемы преимущественно фармакологической, так как нередко больные наркоманией заменяют предпочитаемое средство другим.

Психотерапия зависимых от лекарственных препаратов имеет сходство с психотерапией зависимых от запрещенных психоактивных веществ (наркотиков). Это, прежде всего, апелляция к личности больного и определенная последовательность терапевтических воздействий (детоксикация, общеукрепляющее лечение, поддерживающая психотерапия). Отличительной особенностью является то, что злоупотребляющие легальными лекарственными препаратами, как правило, не совершают антиобщественных действий и уголовных преступлений, употребление ими лекарственных средств связано с самолечением или неправильным назначением фармакологических средств. Они консультируются у врачей, знакомятся с действием лекарственных препаратов по аннотациям, справочникам и учебникам, на тематических веб-сайтах.

Чрезвычайно широк спектр нервно-психических и соматических расстройств, при которых пациенты ищут препараты, способные нормализовать их состояние. Если используемый лекарственный препарат хотя бы в какой-то степени оправдывает ожидания и на какое-то время нормализует состояние, пациент переходит от эпизодического к систематическому приему лекарства. При этом быстрое симптоматическое улучшение для пациента очевидно, а побочные токсические последствия самолечения отсрочены, и обычно полностью игнорируются больным.

Когда привычное лекарственное средство не оказывает желаемого эффекта, ищут ему замену либо обращаются за помощью в медицинское учреждение. В начале лечения необходимо учитывать основные мотивы больного, заставившие его обратиться за медицинской помощью. В дальнейшем следует укреплять установку на отказ от употребления привычных лекарственных препаратов. При этом основной акцент делается не столько на вреде приема лекарств без назначения врача, сколько на необходимости квалифицированного лечения заболевания.

Если пациент реально ощущает возможность нормализации своего состояния без употребления привычных лекарственных препаратов и понимает вред злоупотребления ими, индивидуальная психотерапия, как правило, бывает успешной. При отсутствии благоприятного прогноза исхода лечения злоупотребляющего лекарственными препаратами следует госпитализировать в психотерапевтическое отделение, проконсультировать у врача психиатра-нарколога с целью уточнения диагноза, обеспечить усиленный контроль со стороны медицинского персонала и вовлечь больного в интенсивные психотерапевтические программы, в том числе и в групповые их формы. В случае продолжения злоупотребления лекарственными препаратами пациент может быть госпитализирован в специализированное наркологическое отделение.

Психотерапию проводят дифференцированно с учетом типа лекарственной зависимости, отражающим динамику развития ее основных компонентов (скорость формирования психической и физической зависимости от препарата), и личностных особенностей больных.

Всевозрастающее внимание к личности зависимого, роли принимаемых им препаратов в его жизни и понимание того, что лекарственная зависимость является часто выражением личностных проблем пациента, обуславливают более активное использование групповой психотерапии в системе лечения наркомании. Такой метод лечения показан лицам, страдающим от лекарственной зависимости разных типов, особенно из-за постоянного чувства психического дискомфорта и наличия аффективных нарушений, которые не связаны непосредственно с состоянием абстиненции. Но контакт с этими больными, как правило, затруднен с самого начала, так как, опасаясь лишиться препарата, они скрывают сам факт привязанности к нему. Но из-за указанных выше особенностей поведения наркоманов, при наличии выраженной недоверчивости пациента и затруднениях при налаживании контактов, групповой психотерапии нередко предшествует индивидуальная психотерапия в качестве подготовительного этапа к работе в группе.

## 5.4. ЛЕЧЕНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Зависимость от курения внесена в международную классификацию болезней Всемирной организации здравоохранения и является отдельным самостоятельным заболеванием. Табачная зависимость развивается в 6-8 раз быстрее, чем алкогольная.

Курение табака нередко называют эпидемией, чумой XX века. И действительно, в большинстве стран Европы свыше 50% мужчин выкуривают в среднем по 15 сигарет в день. Число курящих женщин колеблется от 10 до 50%, превышая во многих странах 30%-ный рубеж. На территории бывшего СССР насчитывается свыше 70 млн. курильщиков. По данным, полученным в 80-е годы, в СССР курили около 75% мужчин и 20% женщин. Несмотря на то что в последние годы доля курящих в большинстве стран уменьшается, абсолютное их число растет, главным образом за счет женщин и молодежи.

Ежегодно во всем мире от болезней, связанных с курением, умирает 3 млн. человек. В текущем десятилетии от этих болезней только на территории бывшего СССР умрет около 5 млн. человек. В США потери, связанные с курением, составляют почти 26 млрд. долл. в год, то есть 11,3% от урона, наносимого всеми заболеваниями.

Несмотря на важность обсуждаемой проблемы, изучена она далеко не достаточно. Слабо разработанными остаются многие вопросы клиники и лечения табачной зависимости. Отчасти это может быть связано с отношением общества к курению как к социально приемлемой привычке. Вместе с тем большинство специалистов считают, что никотинизм является вариантом токсикомании, причем одним из наиболее упорных и трудно поддающихся лечению. Так же как и большинство других токсикоманий, никотинизм проходит через фазы психологической и физической зависимости с формированием на заключительной стадии абстинентного синдрома, характеризующегося появлением ряда соматических и психических неприятных ощущений при прекращении курения.

Синдром лишения никотина очень разнообразен в своих проявлениях. Это может быть чувство тяжести в голове, сильная головная боль, снижение или потеря аппетита, жажда, мышечный и вегетативный дискомфорт (потливость, колебания температуры тела, лабильность пульса). Отмечается повышенная раздражительность, снижение памяти и работоспособности. Появляется непреодолимое желание выкурить сигарету натошак. Это стремление обусловлено необходимостью снять неприятные ощущения, появляющиеся по утрам, особенно кашель (утренний кашель курильщика). Нарушается сон, временами курильщик просыпается ночью, чтобы выкурить сигарету или папиросу.

Однако табачной зависимости присущ и ряд специфических черт, отличающих ее от других токсикоманий. Так, при ней не развивается выраженных психических нарушений и изменений личности, что, очевидно, и делает этот вид патологического пристрастия социально терпимым. Кроме того, при никотинизме роль психологических факторов в становлении пристрастия, по-видимому, выше, чем при любой другой токсикомании. До сих пор неясно, каким образом никотин может оказывать эйфоризирующее действие. В некоторых работах доказывается, что, хотя никотин и играет определенную роль в формировании табачной зависимости, она весьма мала по сравнению со значением психологических факторов.

Отсюда с очевидностью вытекает ведущее место методов психотерапевтического воздействия в лечении никотинизма. Терапия этого состояния — весьма сложная, комплексная задача. Вместе с тем несомненно, что в российских условиях далеко не

каждый больной обратится к психотерапевту с просьбой избавить его от пристрастия к курению. Поэтому действия врача общей практики, а также узких специалистов в различных областях соматической медицины в отношении этой категории пациентов также имеют немаловажное значение.

Психотерапия является одним из ведущих методов лечения табакокурения. На всех этапах лечения психотерапевт уделяет внимание рациональной, убеждающей, разъяснительной психотерапии, направленной на устранение неправильных представлений о болезни, преодоление анозогнозии (доведение до осознания наличия болезненной зависимости), усиление возможностей личности контролировать и подавлять состояние абстиненции. Процесс психотерапии табачной зависимости включает несколько этапов:

- подготовительно-разъяснительная беседа;
- ослабление (подавление) синдрома отмены;
- лечение сопутствующих психопатологических расстройств;
- коррекция патологического стереотипа в поведении курильщика табака;
- адаптация к некурительному стилю поведения;
- осознание невозможности («опасности рецидива») возобновления курения (самоконтроль личности).

Врачебные рекомендации и рациональная психотерапия как методы борьбы с табакокурением. По приведенным результатам исследования даже такая простейшая мера, как совет врача прекратить курение, оказывается достаточно действенной: в 9,7% случаев больные бросают курить.

Лечение начинают с психотерапевтической беседы, налаживания контакта с пациентом, установления доверия и разъяснения вреда употребления табака, укрепления волевых усилий пациента, направленных на воздержание. При этом не следует умалять роль активности личности в лечебном процессе. Больному необходимо объяснить природу его симптомов на фоне отмены курения и возможность их уменьшения. Любое убеждение всегда несет в себе окраску, «заряд» эмоциональности, и таким образом включает в себя механизм внушения, основанный на доверии, авторитете врача, с которым обычно связывают свою надежду на выздоровление. Психотерапия осуществляется как в директивной, так и недирективной форме. Выбор подхода определяется чертами личности курильщика, предпочтениями врача и динамикой отношений «психотерапевт-больной».

*Поведенческая терапия* заключается в обучении пациента поведенческим приемам, помогающим преодолеть табачную зависимость. Поведенческая терапия включает «самоуправление»: пациент обучается «самоконтролю», записывая условия, при которых усиливается желание курить. Пациент также осуществляет «контроль над стимулами», при котором стимулы, побуждающие к курению, исключаются из окружающей обстановки. Курение может ассоциироваться с ключевыми моментами поведения в течение дня (желание закурить утром после пробуждения, прием кофе или чая, прибытие на работу, обеденный перерыв, после еды, после работы, перед сном и др.).

Поведенческая психотерапия направлена на обучение новым навыкам и ломку старых привычек. При этом необходимо:

- обсудить с пациентом, в каких ситуациях у него возникает наиболее сильное желание закурить и определить, как избегать и преодолевать эти ситуации путем отвлечения на другие занятия или изменения в распорядке дня;
- дома и на работе следует убрать все предметы, связанные с курением (пепельницы, сигареты, зажигалки, спички);

- следует избегать общения с курильщиками, особенно в ситуациях, когда они курят или могут закурить;
- следует сообщить окружающим и близким о намерении бросить курить;
- обсудить и определить приемы для погашения рефлекса со стороны полости рта — можно жевать морковь, яблоки, семечки, карамель, жвачку или держать во рту соломинку или пустой мундштук и вдыхать через них воздух, имитируя процесс курения;
- порекомендовать пациенту, чтобы его руки вне работы были заняты каким-либо предметом (брелок, карандаш и т.п.);
- рекомендовать регулярно чистить зубы, подчеркнуть, что через несколько дней после отказа от курения зубы очистятся от желтого налета;
- рекомендовать повысить физическую активность путем регулярных занятий гимнастическими упражнениями, бегом и т.п.;
- следует больше пить жидкости, исключая алкоголь и кофе, что поспособствует быстрому выведению табачных токсинов из организма;
- следует максимально занять свободное время;
- рекомендовать ежедневно откладывать в сторону, в копилку, деньги, которые пациент тратил бы на сигареты, и по мере накопления определенной суммы купить на нее заранее намеченную вещь;
- при внезапно возникшем остром желании закурить следует начать двигаться и постараться занять себя чем-то или сменить обстановку;
- чтобы снять желание закурить, можно также задержать дыхание на вдохе или выдохе на 10-20 секунд.

Прием психотерапии табачной зависимости, названный автором «*парадоксальной стратегией*», предложил С.М. Сенченко (этот прием — «метод парадоксальной интенции» — в психотерапевтической литературе предложил и описал В. Франкл). Начиная с третьего-четвертого сеанса психотерапии на фоне дискомфорта, вызванного частичным прекращением курения, врач начинает отговаривать больного от борьбы с курением и предлагает отказаться от дальнейших усилий. Очевидно, что такой прием пригоден для работы лишь с некоторыми курильщиками, а именно с теми, в характере которых прослеживаются черты ригидности, упорства, настойчивости. Парадоксальный совет врача возбуждает в людях такого типа внутренне свойственный им дух противоречия, что ведет к формированию твердой установки на прерывание курения. При этом важно, чтобы врач, во-первых, правильно подобрал больных, а во-вторых, чтобы он не переусердствовал в своем мнимом стремлении отговорить пациента от дальнейших усилий. И то и другое требует определенного мастерства и психотерапевтического опыта.

В психотерапии табачной зависимости применяются и элементы *аверсивной терапии*. Подобных методов достаточно много, однако наибольшей популярностью пользуются приемы с использованием инъекций апоморфина, «быстрого курения» (в психотерапевтической литературе этот прием относится к классическим поведенческим методикам наводнения — *прим. сост.*) и гипнотерапии.

Этот метод может использоваться в комплексной терапии курения, однако существенным его недостатком является то, что в данном случае характер отрицательного безусловного раздражителя (инъекция апоморфина) не совпадает с тем типом поведения, к которому вырабатывается отвращение (курение). В то же время известно, что максимальным терапевтическим эффектом обладают виды аверсионной терапии, основанные на стимулах, свойственных тому способу поведения, который требуется ус-

транить. Данному правилу удовлетворяет методика «быстрого курения», являющаяся самым распространенным способом лечения табачной зависимости во всем мире.

В основе метода лежит принцип, согласно которому подкрепляющий аспект любого стимула редуцируется и в конце концов становится аверсионным в том случае, если этот стимул предъявляется с необычно высокой частотой и интенсивностью. Таким образом, в данном случае в качестве отрицательного безусловного раздражителя (аверсионного стимула) используется само курение.

Сеансы «быстрого курения» проводятся, как правило, с группой больных в двадцать человек, что способствует взаимной суггестии и созданию атмосферы сотрудничества. На сеанс в качестве «зрителей» можно пригласить и будущих участников терапии. Перед его началом врач эмоционально заявляет, что «курить будет противно, гадко, отвратительно. Вид и запах табачного дыма будет вызывать отвращение, кашель, слюноотечение, тошноту и рвоту». Затем следует команда: «А теперь закуривайте!». Далее через каждые 6 секунд врач командует: «Затягивайтесь!», и пациент курит в таком ускоренном темпе до появления рвоты. Всего проводится три-пять сеансов.

В психотерапии табачной зависимости используются и *групповые методы психотерапии*. При этом используют взаимное положительное влияние лиц, желающих бросить курить, и социально-гигиеническую информацию. Оптимально проведение групповой психотерапии в форме сеансов для группы, численностью более трех, но менее десяти пациентов. Участники подбираются для работы в группе по признакам общности их социальных и психологических проблем, что будет способствовать установлению между ними хорошего контакта, налаживанию эмоциональных связей, возникновению чувства доверия и взаимопонимания, ощущения общности. У больных возникает возможность смотреть на себя и свои проблемы «со стороны», не чувствовать свое одиночество и бессилие. Совместная работа над различными вопросами и аспектами жизни помогает пациентам, участвующим в сеансах групповой терапии, по-другому оценить себя, взглянуть на свое поведение. Достижение особой обстановки доверия и взаимопонимания способствует выработке другого стиля жизни, с определенными установками. Такие устремления позволяют поверить в себя и свои возможности.

## 5.5. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ГЕМБЛИНГА (ИГРОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ)

Большинство специалистов, работающих с патологическими игроками, используют главным образом когнитивно-поведенческие методы психотерапии. Эффективным способом помощи и реабилитации игроков считается привлечение их к деятельности обществ «Анонимных игроков», создаваемых по типу обществ анонимных алкоголиков.

Первоначально с игроками проводится интенсивный курс поддерживающей психотерапии с целью преодоления фазы разочарования. После 2-3 недель занятий, с пациентом обычно заключается терапевтический контракт, согласно которому он обязуется сделать все, что в его силах, чтобы избежать очередного срыва. К заключению такого контракта обычно привлекаются члены семьи. Большое значение уделяется групповой психотерапии, поскольку хроническое манипулятивное и нечестное поведение лучше всего осознается в групповой ситуации. В дальнейшем пациент привлекается к деятельности общества «Анонимных игроков» и постепенно начинает разрешать проблемы, которые он создал в финансовой, личной и семейной сферах. При таком подходе к терапии стойкое улучшение достигается приблизительно в 50% случаев.

Программа стационарного лечения, предложенная J. Taber (1988), предполагает добровольную, минимум 28-дневную, госпитализацию в специализированный лечебный центр. Программа ставит своей задачей достижение двух психотерапевтических целей: а) воздержание от игры; б) изменение образа жизни, характерного для патологических игроков. Наибольшее внимание уделяется дисциплине, так как, по мнению J. Taber, для большинства игроков характерно отсутствие способности к самоограничению и порядку. Кроме того, пациенты обязательно посещают психообразовательные занятия, обучаются релаксации и занимаются в психотерапевтических группах. Постепенно игроки привлекаются к работе общества «Анонимных игроков». По данным J. Taber, такая система психотерапии позволяла достигнуть полной стойкой ремиссии в течение года у 54% пациентов, а у 16% процентов были короткие игровые эпизоды с последующим длительным периодом воздержания.

В.В. Зайцев (2003) предложил психотерапевтическую программу, основанную на одновременном анализе стадий игровой зависимости, выделенных R.L. Custer (1984), и фаз игрового цикла, описанных автором (Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф., 2003). Ниже приводится краткое описание фаз игрового цикла.

1. Фаза воздержания. Характеризуется воздержанием от игры главным образом из-за отсутствия денег, давления микросоциального окружения или выраженного депрессивного состояния после очередной игры.

2. Фаза «автоматических фантазий». Главной характеристикой этой фазы является учащение спонтанных фантазий об игре, причем пациент проигрывает в своем воображении, как правило, состояние азарта и предвкушение выигрыша, сопровождающее начало игры, и вытесняет эпизоды проигрышей. Название «автоматические» отражает то, что они возникают или совершенно спонтанно, или под действием косвенных стимулов.

3. Фаза нарастания эмоционального напряжения. Главная черта этого периода — нарастание эмоционального напряжения, которое может иметь тоскливо-депрессив-

Таблица 11.

## Стадии реконвалесценции пациентов с игровой зависимостью по J. Taber

Критическая стадия	Стадия восстановления	Стадия роста
Искреннее желание найти помощь.	Оплата долгов, формирование бюджета.	Большую часть времени отсутствует стремление к игре.
Надежда.	Планы восстановления своей репутации и экономического статуса.	Инсайт относительно особенностей своей личности.
Реалистическое восприятие жизни.	Улучшение супружеских и семейных отношений.	Развитие навыков проблемно-решающего поведения.
Прекращение игры.	Принятие своих слабых и сильных сторон.	Выражение искренней привязанности и любви к родственникам и знакомым.
Ответственное мышление.	Появление новых интересов.	Понимание себя и других.
Опора на себя.	Восстановление самоуважения.	Часто жертвование своими интересами ради других.
Прояснение мышления.	Семья и друзья начинают доверять пациенту.	
Способность принимать решение.	Разрешение проблем с законом.	
Попытки разрешения проблем.	Увеличение времени, проводимого с семьей.	
Возвращение на работу.	Уменьшение нетерпимости по отношению к окружающим.	
	Уменьшение раздражительного поведения.	
	Учащение эпизодов эмоциональной релаксации.	

ный, дистимический или смешанный характер, сочетающий в себе повышенную, но нецеленаправленную активность, с нервной и раздражительностью.

4. Фаза принятия решения играть. Как правило, решение играть приходит двумя путями: а) пациент под действием нарастающих фантазий в «телеграфном» когнитивном стиле планирует способ реализации своего желания. Такой способ принятия решения характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Решение играть приходит сразу же после игрового эпизода и в его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыгаться. Этот механизм принятия решения характерен для второй и третьей стадии заболевания, когда промежуток между игровыми эпизодами заполнен отчаянными попытками остановиться.

5. Фаза вытеснения принятого решения. Это наиболее важный этап, который обуславливает беззащитность сознательного «Я» по отношению к желанию играть. Суть



этой фазы заключается в том, что интенсивность осознаваемого больным желания играть начинает уменьшаться и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением, что, как правило, является отражением иррациональных когнитивных схем. Иногда в это время нормализуются или относительно улучшаются экономический и социальный статус больного. Сочетание вышеперечисленных условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого для себя риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (получение большой суммы денег на руки, прием алкоголя, попытка сыграть ради развлечения и отдыха и т.п.).

6. Фаза реализации принятого решения. Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Очень часто игроки описывают этот период как состояние «суженного сознания», «транса», заявляют, что они «становятся как зомби». Несмотря на то, что в сознании пациента в этот период появляются конструктивные контраргументы, они очень быстро нейтрализуются всем набором описанных выше иррациональных схем мышления. У игрока в это время доминируют представления о возможности контролировать себя и разумно подходить к вопросу вероятности выигрыша. При этом происходит смешение представлений о влиянии на игровой процесс (размер ставок, выбор комбинаций, различные ритуальные действия) с представлениями о влиянии на исход игры (выигрыш или проигрыш). В большинстве случаев, пока не проигрываются все деньги, пациент не прекращает играть независимо от того, выигрывает он на каком-либо этапе игры или проигрывает. Принципиально важно различать, с одной стороны, фазы игрового цикла, отражающие положение игрока в конкретный период времени в континууме сознательного контроля над своим поведением, а с другой — стадии игровой зависимости по R.L. Custer (выигрышей, проигрышей и отчаяния), отражающие степень личной и социальной дезадаптации пациента в процессе развития болезни. Это позволяет создавать структурированный план психотерапевтических и реабилитационных мероприятий в работе с патологическими игроками, ориентированный как на обучение пациентов способам контроля над поведением, так и на восстановление личностного и социального статуса.

В процессе предложенной В.В. Зайцевым поэтапной психотерапевтической программы решаются следующие задачи:

- диагностическая;
- психообразования;
- создание стратегии контроля над импульсом к игре;
- создание поддерживающей семейной среды;
- решение социальных проблем, созданных в результате игровой зависимости.

В среднем весь цикл психотерапии занимает от 16-и до 20-и сессий.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДРУГИХ ВИДОВ НЕХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Проблемы дифференцированной психотерапии нехимических зависимостей разработаны в настоящее время недостаточно. Существующая практика предполагает использование отдельных психотерапевтических методов, а также сочетание индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Общими рекомендациями будут разработка индивидуальной психотерапевтической программы на основании вышеприведенных принципов.

Особенности психотерапии *аддикции отношений*. Может определяться в значительной мере семейным положением пациента. При наличии семьи показана семейная

психотерапия, которая может выступать основной формой психотерапии при лечении этой формы аддикций. Семейную (супружескую) психотерапию рекомендуется проводить парой разнополюх психотерапевтов.

Психотерапия различных вариантов *«работоголизма»* может быть реализована в индивидуальной программе, сочетающей индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию и экзистенциальную групповую психотерапию для проработки возможных экзистенциальных проблем, лежащих в основе этой формы аддикции.

При различных формах *Интернет-зависимости* также показана семейная психотерапия, в связи с существующими предположениями о том, что «интернет отношения», лежащие в основе подобных нарушений в значительной мере обуславливаются сложностями и проблемами семейной системы, в которую включен пациент.

Такая форма аддиктивного поведения как *спортивная аддикция (аддикция упражнений)* чрезвычайно редко попадает в поле зрения врачей-психотерапевтов. Наша практика показывает, что при работе с такими пациентами показана психотерапия, в значительной мере схожая с психотерапией затажных невротических расстройств, а на заключительном этапе может быть показана экзистенциальная или гуманистическая психотерапия, позволяющие изменить отношения с близким окружением и позволить сформулировать новые жизненные цели взамен, как правило, неэффективных попыток достижения значительных спортивных результатов, которые такие пациенты рассматривают как способ добиться успеха и создать ощущение «наполненности» жизни.

При наличии такой формы нехимической зависимости, сравнительно новой для нашей страны, как *аддикция к трате денег (покупкам)*, с нашей точки зрения, показан курс когнитивно-поведенческой психотерапии, которая помогает пациенту справиться с иррациональными когнициями, лежащими в основе поведенческих стратегий, способствующих накоплению, как правило, межперсональных проблем при неэффективных способах переработки стресса.

Пациенты с *коммуникативными аддикциями* попадают в поле зрения врача-психотерапевта вследствие возникающих состояний расстройств адаптации, обусловленные значительными временными затратами на взаимодействие со своими «группами по интересам», что представляется им как высокая «насыщенность» и «содержательность» жизни при значительной сложности в построении близких отношениях. А у таких людей, как правило, страдают семейные отношения или даже не формируются долговременные близкие отношения. При подобных состояниях показана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия в связи с тем, что эти состояния имеют определенное сходство с невротическими (предневротическими) состояниями, включая сочетания межперсональных сложностей и интрапсихических механизмов формирования проблем при неэффективных стратегиях совладания.

Случаи *аддикции к еде (пищевые аддикции)*, представляют для психотерапии значительные трудности. Сложность лечения таких расстройств сопоставима с лечением алкогольной зависимости или нервной анорексии. Для их лечения должны применяться комплексные программы и индивидуальные программы психотерапии, включающие индивидуальную и, как правило, семейную психотерапию, а также психотерапию в условиях психотерапевтической среды.

Психотерапия *аддиктивного суицидального поведения* наблюдается, как правило, у подростков или не завершивших сепарацию людей с признаками инфантилизма, в связи с чем психотерапия таких состояний имеет сходные особенности с психотерапией личностных нарушений у подростков с обязательным привлечением семьи в программы семейной психотерапии.

## ГЛАВА 6. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

- 6.1. Общие положения и характеристики современных психотерапевтически-ориентированных реабилитационных моделей в наркологии
- 6.2. Примеры психотерапевтически-ориентированных реабилитационных моделей в наркологии

Цель данной главы — осветить общие принципы целостных моделей или систем психотерапии и реабилитации, применяющиеся или возможные к применению в наркологической практике в России и ближнем зарубежье. Она состоит из двух подразделов.

В первой половине главы демонстрируются общие положения моделей и систем психотерапии и реабилитации в наркологии. Вторая половина посвящена примерам вариантов моделей и систем реабилитации, уже использующихся на практике в ряде наркологических учреждений страны.

## 6.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКИ СОВРЕМЕННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ В НАРКОЛОГИИ

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Одной из главных особенностей болезней зависимости (в понимании А.Л. Каткова «социальных эпидемий» (2011)) является факт того, что традиционные способы противодействия, выстраиваемые по аналогии с биологическими эпидемиями, малоэффективны, либо не эффективны вовсе. Недооценка данного обстоятельства, в сущности, и предопределила ситуацию глубокого кризиса системы наркологической помощи населению (основного ресурса противодействия распространению зависимости от ПАВ в социальном секторе), наблюдаемого в 80-90-е годы прошлого столетия практически повсеместно.

Трезвая оценка данного факта послужила начальным импульсом к весьма действенным, а подчас и революционным изменениям системы наркологической помощи населению во многих странах. В общих чертах основные тенденции развития наркологической службы в системе здравоохранения США, Канады, Западной и Восточной Европы, стран Балтии в 80-90-е годы сводятся к следующему:

1. система специализированной наркологической помощи все более тесно смыкается с деятельностью других организаций, занятых в данной сфере и альтернативными социальными формами противодействия распространению алкоголизма и наркоманий;
2. организация, структура, кадровая спецификация наркологической службы становятся все более разнообразными, гибкими, адекватными потребностям многих социальных групп;
3. ассортимент антинаркотических и антиалкогольных услуг, предоставляемых наркологическими учреждениями населению, в силу всего сказанного, значительно расширяется, при одновременном снижении степени обструкции, риска поражения в правах и общественного порицания наркозависимых;

4. первостепенная роль в условиях многоуровневой, разнообразной и многопрофильной лечебно-реабилитационной деятельности отводится эффективной координации и полноценному мониторингу проблемы распространения алкоголизма и наркозависимости;
5. при этом абсолютно приоритетным является использование терапевтических и организационных принципов и подходов с доказательной эффективностью.

Третья позиция в данном перечне расширялась, в основном, за счет гибких, соответствующих основным ожиданиям и потребностям зависимых лиц, программ медико-социальной реабилитации, основным стрержнем которых являлись развивающие социотерапевтические и психотерапевтические технологии.

К последним в полной мере применимы 7 из 13 принципов эффективного лечения зависимых от алкоголя и наркотиков, сформулированных наиболее авторитетной в сфере доказательной наркологической практики организацией — Национальным институтом злоупотребления наркотиков (NIDA).

В общем перечне они таковы:

1. *не существует лечения, которое в равной мере подходило бы для всех индивидов.* Решающее значение имеет соответствие условий лечения, формы вмешательства и предлагаемых услуг проблемам и потребностям пациента;
2. *потребность в лечении должна незамедлительно удовлетворяться.* Лица, нуждающиеся в лечении, могут оказаться вне лечебной системы, если лечение не будет вполне доступным;
3. *эффективное лечение должно ориентироваться на совокупность разнообразных потребностей индивида, а не только на потребление им ПАВ.* Оно должно быть адресовано паттерну потребления индивидом ПАВ и тесно связано с решением его медицинских, психологических, социальных, профессиональных и юридических проблем;
4. *лечение должно быть гибким* в соответствии с оценкой потребностей пациента, которые могут изменяться в ходе лечения;
5. *решающее значение для эффективности лечения имеет адекватность его продолжительности состоянию пациента.* Сроки лечения зависят от потребностей пациента. У большинства пациентов заметное улучшение здоровья наступает по истечении примерно 3-х месяцев после начала лечения. Продолжение лечения может улучшить его результаты. Программы лечения должны включать в себя стратегии предотвращения преждевременного прекращения пациентами лечения;
6. *индивидуальное и (или) групповое консультирование и различные виды поведенческой терапии являются существенным компонентом эффективного лечения алкоголизма и наркомании.* В ходе лечения развивается мотивация пациентов, у них вырабатываются навыки противодействия употреблению ПАВ; виды активности, связанные с употреблением ПАВ, заменяются конструктивной и вознаграждаемой деятельностью, не сочетающейся с приемом ПАВ, у них улучшается способность к разрешению проблем. Поведенческая терапия облегчает также межличностные отношения;
7. *выздоровление зависимых от алкоголя и особенно наркотиков может быть длительным процессом, зачастую требующим повторных курсов лечения.* Как и при других хронических заболеваниях, рецидивы употребления ПАВ могут иметь место как во время, так и непосредственно после окончания успешного лечения. Участие в программах самопомощи во время лечения и по его окончании помогает поддерживать состояние воздержания (NIDA, 2000).

Представленность реабилитационных подходов в современной наркологии чрезвычайно широка. Так, по данным агентства SamSha, отвечающего за психиатрический и наркологический секторы в министерстве здравоохранения и социального развития США, в настоящее время в мире насчитывается около пяти тысяч реабилитационных программ, представленных, в основном, непрофессиональными и низко структурированными авторскими проектами либо усеченными вариантами реабилитации с использованием принципов терапевтического сообщества (свыше 500 зарегистрированных методик), а также программами с использованием идеологии «12 шагов» (свыше 100 вариантов). При этом какой-либо общепринятой классификации обозначенного множества реабилитационных программ и подходов не существует. Многочисленные ассоциации, объединяющие более или менее родственные по идеологии, структуре и содержанию реабилитационные программы и персонал, ответственный за их реализацию, разрабатывают, в основном, лишь собственные направления.

Тем не менее, по основным литературным источникам прослеживается, по крайней мере, несколько вариантов систематизации (с возможностью их перекрещивания) реабилитационных программ и подходов, практикуемых в отношении зависимых от ПАВ.

Можно систематизировать программы реабилитации на основании требований к резидентам соответствующих программ в отношении абстиненции. Часть реабилитационных программ осуществляется только при полной абстиненции, а другая часть — это реабилитационные программы, включающие участников без требований полной абстиненции.

Вторым подходом может быть типология, основанная на профессиональной принадлежности и квалификации персонала. По этому основанию выделяются 1) профессиональные реабилитационные программы, 2) непрофессиональные реабилитационные программы, а также 3) смешанные реабилитационные программы.

Третьим вариантом систематизации может быть подход, основанный на технологическом содержании программ. Выделяются различные технологические подходы, в частности 1) т.н. высокоструктурированные реабилитационные программы, 2) низкоструктурированные реабилитационные программы, а также 3) среднеструктурированные реабилитационные программы.

Еще одним вариантом может быть типология программ, основанная на форме организации помощи и вовлечения резидента. Это предполагает выделение 1) реабилитационных программ с круглосуточным содержанием в стационаре, 2) реабилитационных программ с амбулаторным режимом участия, а также 3) реабилитационных программ со свободным режимом посещения реабилитантами.

Важным является подход к типологизации программ реабилитации, основанный на дифференцировке сфер реализации реабилитационных программ, обычно соответствующих общей идеологии практикуемых подходов. Здесь можно выделить: 1) реабилитационные программы, реализуемые в системе здравоохранения, 2) реабилитационные программы, реализуемые в социальной сфере, 3) реабилитационные программы, реализуемые в конфессиональной сфере (созданные религиозными организациями), 4) реабилитационные программы, реализуемые при сотрудничестве каких-либо из выше-названных секторов социальной и конфессиональной активности.

В большинстве стран Европы и США реализуются, в основном, смешанные средне- и высокоструктурированные программы реабилитации зависимых от ПАВ. При этом имеет место продуктивное сотрудничество медицинского и социального сектора.

Форсированное развитие реабилитационного направления видится как один из возможных вариантов реформирования постсоветской наркологии в части расширения ассортимента услуг и повышения эффективности лечения зависимых от ПАВ.

Суть и основная идея данного направления состоит в том, что основные положения лечебно-реабилитационного подхода, используемого в общемедицинской сети и основанного на выявлении дефицитов биологических функций, социальных навыков, полноценной компенсации выявленных дефицитов, — полностью применимы в наркологической практике (Lieberman R.P., 1993). В то же время любая химическая зависимость рассматривается как проявление глубинных личностных проблем, что необходимо учитывать при реализации лечебно-реабилитационных программ в наркологии (McCaffry B.R., 1996).

По мнению М.М. Кабанова (1980), реабилитация одновременно представляет собой цель — восстановления или сохранения статуса личности, процесс — имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, а также и метод — подхода к больному и человеку. При этом реабилитационный метод включает принципы партнерства специалиста и больного, разносторонности усилий воздействия, единства психологических и биологических методов, ступенчатости усилий.

Универсальные этапы общего реабилитационного процесса предполагают проведение восстановительной терапии (медикаментозное и другое лечение, направленное на восстановление функций), реадaptационных мероприятий (восстановление адаптационных навыков), собственно реабилитационных подходов, рассматриваемых как восстановление индивидуальной и общественной ценности больного (Кабанов М.М., 1976, 1980). Успешное прохождение данных этапов предопределяет параметры длительности и качества ремиссии — основных индикаторов эффективности комплексной терапии зависимых от ПАВ.

Реабилитация больных с зависимостью от ПАВ имеет специфику, связанную с тем, что по мере развития патологической зависимости серьезно страдают личность пациента, его связи с ближайшим социальным окружением и в целом уровень адаптации в обществе. Реабилитация в наркологии — системный и многоаспектный процесс. Основные его составляющие, в соответствии с концептуальными основами реабилитации зависимых от ПАВ, разработанных Ю.В. Валентиком (2002), предполагают медицинскую реабилитацию, психологическую (личностную), в том числе духовную реабилитацию и социальную реабилитацию. При этом собственно психотерапевтические подходы и технологии присутствуют во всех перечисленных компонентах.

Главная цель реабилитации зависимых от ПАВ, согласно концепции Ю.В. Валентика, — восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, полноценная реинтеграция в общество на основе восстановления здоровья и обретения способности к успешному социальному функционированию.

Основными задачами реабилитационного процесса являются формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе и отказ от ПАВ (в случае, если речь идет о программах медико-социальной реабилитации с полной абстиненцией), дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости от ПАВ, предупреждение рецидивов, устранение или компенсация медицинских последствий приема ПАВ, устранение или компенсация личностных нарушений и стимуляция личностного роста, формирование или восстановление конструктивного взаимодействия с ближайшим социальным окружением, восстановление полноценного социального функционирования на основе полученных адаптивных навыков.

Из перечисленных задач часть прямо адресована к профессиональной психотерапии, а часть предполагает комплексное психотерапевтическое воздействие в сочетании с другими компонентами медико-социальной реабилитации (МСР).

Также следует иметь в виду, что сам по себе процесс доведения до будущего резидента и усвоения им основных принципов реализации программы медико-социальной реабилитации (таких, например, как добровольность, отказ от употребления ПАВ, ответственность, опора на социальные ценности и нормы, групповые форматы реализации основных практик, поэтапное продвижение к главному результату — освобождению от зависимости и др.) есть начало вовлечения больного в общий контекст когнитивно-поведенческой терапии, в рамках которого выполняются практически все реабилитационные программы, претендующие на приемлемые, в смысле эффективности, результаты.

Таким образом, как показывают многочисленные, в том числе и наши собственные (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009) исследования по определению роли и места психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых лиц, психотерапевтические техники в наркологической практике используются как единственный метод терапии, как опосредованная психотерапия в сочетании с различными плацебо-носителями, в сочетании с детоксикационными методиками лечения, в сочетании с приемом психофармакологических и других препаратов различного спектра действия, в сочетании с другими развивающими технологиями (консультативными, тренинговыми), а также в комплексе лечебных, коррекционных и других технологий, представляющих программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

В отношении психотерапевтических технологий, используемых в программах реабилитации химически зависимых лиц, следует рассматривать три основные модели данного вида помощи, охватывающие весь спектр имеющихся на сегодняшний день возможностей.

1. Модель «необъявленной» психотерапии с использованием общего психотерапевтического контекста, в поле которого основная идеология соответствующей реабилитационной программы выполняет функцию когнитивного компонента, требования режима, структурированное поведение персонала — функцию поведенческого компонента, а форма реализации основных помогающих и развивающих технологий содержит элементы групповой психотерапии.
2. Модель так называемого психотерапевтического режима в отделении или центре, где реализуются основные этапы, как правило, высокоструктурированных программ медико-социальной реабилитации, представляющего собой особый кодекс отношений между реабилитационной бригадой и резидентами программы, между членами реабилитационной бригады, включая руководство отделения или центра; специальные деонтологические и профессиональные требования, предъявляемые к участникам реабилитационной бригады и прочему персоналу, особые экологические правила подготовки и организации труда специалистов реабилитационной бригады, — что в совокупности создает специальную, экологически выверенную информационную среду, максимально способствующую достижению главного результата — освобождению резидентов от зависимости.
3. Модель собственно психотерапевтического компонента в программах МСР зависимых от ПАВ, представленного определенным набором психотерапевтических интервенций, классифицируемых по направлениям и модальностям профессиональной психотерапии; при этом в каждой структурированной реабилитационной программе существуют свои предпочтения в отношении используемых психотерапевтических методов, которые формируются, чаще всего, по субъективным критериям.



## МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВАННЫЕ НА ИДЕОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА И ПРОГРАММЫ «12 ШАГОВ»

В данном разделе описываются основные психотерапевтические контексты наиболее распространенных подходов в реабилитации зависимых от ПАВ, известных под названиями 1) *терапевтического сообщества (ТС)*, объединяющего более 500 разновидностей реабилитационных программ, реализуемых в наркологических клиниках и центрах Западной и Восточной Европы, США и Канады, странах Юго-Восточной и Центральной Азии; 2) «12 шагов», включающего свыше 100 вариантов реабилитационных программ, реализуемых в различных регионах мира. Обозначенные подходы по объему охватываемого контингента зависимых лиц существенно превосходят все прочие формы организации реабилитационного процесса, включая и высоко структурированные профессиональные программы, реализуемые в наркологических клиниках системы здравоохранения.

Сам по себе факт «долгожительств», общего поступательного развития и повсеместного распространения данных подходов свидетельствует, как минимум, об их устойчивой терапевтической основе, отвечающей ожиданиям и потребностям существенной части зависимых лиц.

Аналитические данные о сходстве и различии базовых психотерапевтических компонентов рассматриваемых реабилитационных подходов могут представлять несомненный интерес для профессиональных психотерапевтов, специализирующихся в сфере профилактики и лечения зависимых от психоактивных веществ.

Краткие исторические сведения, организационные и функциональные характеристики реабилитационной программы «12 шагов» следующие. Наиболее распространенные названия, употребляемые в специальной и популярной литературе: «12 шагов», «Анонимные алкоголики (АА)», «Анонимные наркоманы (АН)». Впервые 12-шаговая модель освобождения от алкогольной зависимости описана в книге В. Вилсона «Анонимные алкоголики», изданной в Нью-Йорке в 1937 году. У истоков движения «12 шагов» стоят Вильям Грифт Вилсон (бывший алкоголик, биржевой маклер) и Роберт Халбрук Смит (бывший алкоголик, врач-хирург). Инициатива и основной вклад в развитие движения «12 шагов» принадлежит В. Вилсону. Программа «12 шагов» реализуется в сети закрытых ассоциаций и клубов Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН), распространенных повсеместно (т.е. в каждом более или менее крупном городе Западной, Восточной Европы, бывших союзных республик СССР такие сообщества функционируют). Однако сведения о местонахождении АА и АН открыто не публикуются в силу принципа анонимности. Клиенты программы «12 шагов» — лица, зависимые от алкоголя (АА) или наркотиков (АН), прошедшие курсы детоксикации, купирования острых абстинентных расстройств. В случае алкогольной зависимости это условие не обязательно. Достаточно появиться на первом собрании АА трезвым.

Функциональные и организационные характеристики 12-шаговых программ, специализированных на реабилитации больных алкоголизмом (АА) и наркоманией (АН) следующие. Главным в идеологии сообщества АА и АН является признание алкоголизма и наркомании как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни человека. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и неизлечимыми, но все остальные аспекты проявлений заболевания, по мнению АА и АН, могут направленно корректироваться. «12 шагов» провозглашаются программой личного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 Традиций» — суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

## 12 шагов для поддержания трезвого образа жизни

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем и наркотиками, признали, что мы потеряли контроль над собой.
2. Пришли к убеждению, что Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение отдать нашу волю и нашу жизнь Богу так, как мы Его понимаем.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признались перед Силой, более могущественной, чем мы, перед собой и каким-либо человеком в истинной природе наших заблуждений.
6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог, — так, как мы его понимаем, — избавил нас от всех наших недостатков.
7. Смиренно просили Его исправить наши недостатки.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и приготовились возместить причиненный нами ущерб.
9. Лично возместили ущерб всем этим людям, где это только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, — так, как мы понимаем Его, — молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти Шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

## 12 традиций, норм организации сообществ

1. Наше общее благо должно быть превыше всего — личное выздоровление зависит от единства АА и АН.
2. В делах нашей группы нет авторитета выше, чем любящий нас Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может предстать в нашем групповом сознании. Наши руководители — всего лишь облеченные доверием исполнители, они нами не управляют.
3. Единственное условие для членства в АА и АН — это желание бросить пить и употреблять наркотики.
4. Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается других групп или АА и АН в целом.
5. У каждой группы есть лишь одна главная цель — донести наши идеи до тех алкоголиков и наркоманов, которые все еще страдают.
6. Группе АА и АН никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АА и АН для использования какой-либо родственной организации или посторонней компании, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем не отвлекали нас от нашей главной цели.
7. Каждой группе АА и АН следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.

8. Сообщество Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.
9. Сообществу АА и АН никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления; однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.
10. Сообщества АА и АН не придерживаются какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому имя АА и АН не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.
11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах со средствами массовой информации.
12. Анонимность — духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Главная идея программы «12 шагов», как это следует из всего сказанного, заключается в том, что человек, у которого сформировались алкогольная или наркотическая зависимость и который потерял контроль над своим поведением, все же может обойтись без ежедневного приема привычной дозы алкоголя или наркотика при признании факта утраты контроля над своим поведением в отношении употребления алкоголя и наркотиков, признания факта того, что существует некая могущественная Сила («Бог — так, как мы его понимаем»), которая, в случае установления с ней определенных отношений, может даровать волю и силу для возврата здравомыслия, исправления недостатков, духовного пробуждения, — т.е. возврата контроля над своим поведением и возможности трудовой жизни. Важным аспектом эффективности работы в ТС является признание необходимости систематической работы в обществе. Что предполагает регулярное посещение собраний АА и АН, проработку основных программных документов «12 шагов», «12 традиций», соблюдение правил и форм поведения, которые прописаны в основном руководстве по формированию и выполнению программы трезвой жизни — знаменитой «Синей книги» анонимных алкоголиков и наркоманов.

Наша интерпретация этих главных идеологических постулатов программы «12 шагов» заключается в следующем.

Зависимые от алкоголя или наркотиков освобождаются от фрустрации, связанной с необходимостью решения непосильной для него задачи — восстановления контроля над своим поведением и достижения полной и длительной абстиненции. Вместе с тем они обретают надежду, что задача эта будет решена другими, более могущественными инстанциями, в реальность которых они, безусловно, верят (программа «12 шагов» имеет смысл лишь для верующих людей). При этом факт бесплодности и бесперспективности своих собственных усилий, и доказательства могущественности Силы («Бога — так, как мы его понимаем») подтверждаются «правдой жизни», т.е. многочисленными неудачными попытками самостоятельного решения проблемы алкогольной или наркотической зависимости в прошлом, а также реальными фактами того, что у членов АА и АН, «перепоручивших» глобальную проблему освобождения от зависимости Богу, почти всегда достает сил сохранить трезвость в течение дня. На большее они не претендуют. Таким образом, из антиресурсного состояния, связанного с ощущением фрустрации, безнадежности и отсутствия перспективы, большой алкоголизмом или наркоманией переходит в ресурсное состояние относительного спокойствия, появления отчетливой перспективы в отношении того, что его главная проблема

имеет шансы на успешное решение, а те конкретные шаги, которые для этого нужно сделать, вполне ему по силам.

Зависимые от алкоголя и наркотиков освобождаются от иллюзорной защиты, проявляющейся в том числе в феномене анозогнозии, которая заключается в необходимости убеждать себя и окружающих в сохраняющейся способности контролировать свое поведение, связанное с приемом алкоголя и наркотиков. В такой защитной реакции, требующей много сил и энергии для подавления импульсов «неприятной правды», более нет необходимости. Конфронтация личностных противоречий, обслуживающих феномен зависимости и дефицитарных защитно-совладающих механизмов, призванных «сохранить лицо», т.е. иллюзию контроля над ситуацией — на этом исчерпана.

Необходимость использования патологической личностной защиты снимается актуализацией сравнительно более эффективного ряда копинг-механизмов, и в том числе «Религиозности». Уход от необходимости постоянного использования защитных механизмов высвобождает для личности часть ресурсов. Теперь зависимый может заниматься полезным и посильным делом, используя для этого освобождающуюся энергию, осваивать правила и принципы жизни в соответствии с идеологией «12 шагов».

Последующее продвижение зависимых от алкоголя и наркотиков в программе «12 шагов» происходит в двух очень важных направлениях. Первое направление связано с усилением копинг-стратегий и использование индивидуального, и, что более важно индуцированного коллективного самовнушения. При этом актуализируются и механизмы формирования лечебной перспективы. Второе важнейшее направление собственного развития — вовлечение в новую форму зависимости от ТС, в том числе за счет регулярных практик, предписанных 12-шаговой программой. При этом в условиях отказа от объекта патологической зависимости у реабилитантов начинает формироваться личностная «внутренняя картина здоровья», атрибутированная стратегиями достижения личных целей без алкогольной или наркотической зависимости, возвращение к реальному и одновременно облегченному (в условиях ТС) социальному функционированию. Оба направления изменений сочетаются. Таким образом, на каждом этапе 12-шаговой программы зависимые лица получают реальные психологические ресурсы, необходимые для успешной реализации следующих этапов. Эта весьма важная особенность рассматриваемой реабилитационной модели, по-видимому, и объясняет ее реальную эффективность и популярность во многих регионах мира.

Посещение групповых собраний — неотъемлемая часть процесса работы по программе АА и АН. Основной лозунг сообщества — «90 дней — 90 собраний»: новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группу. Эта рекомендация имеет глубокий смысл. Именно этот начальный период воздержания наиболее опасен в плане возникновения и развития рецидива заболевания. В этот сложный период больные нуждаются в наиболее интенсивной помощи и поддержке на пути к восстановлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА и АН на этом этапе реализации программы позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных ее положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное — чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологической комфортности и покоя. Слушая рассказы других участников группы, пациенты могут узнавать себя в других, видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для

определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

Программу «12 Шагов» можно разделить на два больших этапа.

*Первый этап* включает в себя Шаги с 1-го по 8-й. Их задача — обучение больного адекватному социальному взаимодействию с людьми, имеющими такие же как у него проблемы, но ведущими трезвый образ жизни. Подобное обучение возможно лишь при неразрывном контакте с группой «Анонимных Алкоголиков», «Анонимных Наркоманов».

*Второй этап* охватывает Шаги с 9-го по 12-й. На этом этапе человек выносит знания и умения, полученные в группе, «вовне» — для налаживания и совершенствования функционирования в окружающем его социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью.

На особое значение в этом плане традиций сообщества указывает, в первую очередь, само отношение к ним членов сообщества. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своем собственном пути в программе — и это воспринимается другими резидентами совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения традиций сообщества большинство членов АА и АН жестко встает на их защиту. Столь непоколебимая позиция присутствует у людей лишь тогда, когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов» — как защиту и гарантию безопасности личности зависимого, нацеленного на процесс реабилитации. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Особое внимание следует уделить психотерапевтической роли лозунгов АА и АН. Они являются своеобразным спасательным кругом для «выздоровливающего» человека в новых трудных непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность достаточно уверенно функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые, трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. Лозунг — это своего рода клише, направляющее мысли и действия «выздоровливающего» на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевавшихся лишь с помощью ПАВ.

Наиболее важным представляется лозунг «Живи одним днем», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и сейчас». Эта «формула» направлена на то, чтобы весь процесс восстановления проходил под знаком осознания действительности и сосредоточенности на настоящем. Конструктивное его использование позволяет больному не тратить энергию на переживание ошибок прошлого и беспокойство о будущем, а сосредоточиться на решении настоящих, актуальных проблем. Кроме того, лозунги (девизы) АА и АН можно рассматривать как способ противодействия тем сценарным установкам, которые получены и закреплены зависимым в процессе искаженного личностного развития.

Таким образом, наиболее отчетливо в программе «12 шагов» проявляется компонент групповой психотерапии. Далее можно выделить компоненты мотивационной, когнитивной, поведенческой психотерапии, а также достаточно специфические стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии.

Краткое описание психотерапевтических компонентов программы «12 шагов» следующее.

## Компоненты групповой психотерапии программ «12 шагов»

Многими исследователями отмечается факт того, что в практике собрания АА и АН присутствуют почти все терапевтические факторы групповой психотерапии:

1. Вселение надежды — закрепление веры в успешность восстановления по системе АА и АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я — ходи на группы, работай по программе, как я, и все у тебя получится». Вера в успех — это очень важный фактор эффективности данной программы.
2. Универсальность переживаний. Многие алкоголики и наркоманы считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей — как внутри сообщества, так и вне его, что, несомненно, облегчает становление процесса реабилитации. Кроме того, некоторые больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группы, а в процессе общения с другими членами группы находят у себя еще ряд проблем, мешающих восстановлению, но до прихода в группу «не определенных» и не осознававшихся.
3. Предоставление информации — это возможность и необходимость обмена членов групп АА и АН информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в жизни алкоголика или наркомана, так как трудности большинства больных имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приемы работы по отдельным «шкагам», «традициям» и «лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для подобного обмена информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.
4. Альтруизм — ощущение взаимной необходимости как старожил АА и АН, так и новичков — оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА и АН не привлекаются новые, «свежие» алкоголики и наркоманы, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм — это важный элемент взаимодействия членов АА и АН, без которого невозможно личное выздоровление.
5. Корректирующая рекапитуляция первичной семейной группы. Те отношения, которые складываются между участниками группы АА и АН, с течением времени начинают походить на такие же формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими. То есть в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность

или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе и работы в группе, эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях группы, так и вне собраний.

6. Развитие навыков социализации. В процессе работы в группах АА и АН участники, во-первых, учится адекватно общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения учится говорить коротко, ясно, понятно, правильно расставлять смысловые акценты в своей речи. Важную роль здесь также играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе. Далее, несомненно важным моментом является переосмысление участниками АА и АН своих взаимоотношений с социальным окружением. Что достигается углубленной переработкой шагов 4, 6, 8, 9, 12, которые в совокупности направлены на установление конструктивных, доверительных отношений с социумом, возможных после признания и усиленного возмещения причиненного ущерба.
7. Имитационное поведение. Некоторые больные, приходящие в сообщество, не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предлагается «копировать», то есть имитировать поведение успешно работающих по программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами (девизами), «формулами» программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они аккумулируют опыт многих людей, посещающих АА и АН, по преодолению тех или иных трудностей, у них появляется масса образцов поведения. В дальнейшем больной оказывается в состоянии экспериментировать, самостоятельно используя весь имеющийся у себя арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения в повседневной жизни.
8. Межличностное научение. В группах АА и АН каждый их участник исследует испытываемые им и другими участниками группы как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков и наркоманов», что в дальнейшем позволяет ему перенести многие из этих опробованных на группе действий и суждений на жизнь вне группы — для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми.
9. Сплоченность группы способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик и наркоман в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и нуждается, таким образом, в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности приведет к распаду группы АА и АН и даже сообщества АА и АН в целом, вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект даже в «выживших», но закрытых и «замкнутых на себя» группах. Сплоченность сообщества как основной принцип существования АА и АН и «выздоровления» больных оговорен в «12 Традициях» АА и АН, где основополагающей по этому поводу следует считать 1-ю традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА и АН».

10. Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации и наркотизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых, не проанализированных эмоциях — таких как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению, — это переживание испытывают многие члены АА и АН после окончания собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы (и сообщества АА и АН в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.
11. Экзистенциальные факторы. Так или иначе, в ходе групповой работы участники АА и АН обсуждают несущие смыслы бытия, проводят углубленный самоанализ, добиваются «духовного пробуждения» (шаг 12), что в совокупности формирует обновленную жизненную мета-позицию бытия-в-мире, существенно более ресурсную, альтруистическую и ориентированную на воплощение основной идеи жизни, проработанной и сформулированной в ходе реализации прохождения этапов 12-шаговой программы.

Таким образом, терапевтические факторы и механизмы групповой психотерапии являются мощными стимулами к разрушению привычных способов самообмана, созданию новой самоидентификации и самосознания у пациентов-участников программ АА и АН, форсированному развитию нормативных личностных статусов, эмоциональной зрелости. В конечном итоге именно эти терапевтические достижения и обеспечивают устойчивость резидентов АА и АН к рецидивам употребления алкоголя и наркотиков. Все вышеприведенное позволяет говорить о том, что компонент групповой психотерапии является основным в программе «12 шагов».

Между тем даже и среди профессионалов наркологического, психотерапевтического профилей существует мнение о несовместимости основной идеологии реабилитационной программы «12 шагов» и классических принципов групповой психотерапии. Этот вопрос должен быть внимательно рассмотрен с целью, во-первых, устранить недоразумения, которые могут возникать при попытках совмещения практики классической групповой психотерапии с фрагментами программы «12 шагов» в рамках общей высокоструктурированной программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (такое совмещение отнюдь не является редкостью при современных мультимодальных подходах). А во-вторых, для того, чтобы прояснить позиции расхождения двух главных реабилитационных принципов — ТС, которое в большей степени ориентировано на идеологию классической групповой психотерапии, и «12 шагов», где формирование и работа групп осуществляются со своими, достаточно специфическими особенностями. Адекватное уяснение врачами-наркологами, психотерапевтами, психологами, консультантами по зависимостям как общих позиций, так и моментов расхождения и возможности неконфронтационной терапевтической утилизации такого рода диссоциаций, вне всякого сомнения, будет способствовать расширению их профессиональных компетенций и, конечно, только благотворно отразится на пациентах, получающих полипрагматичный и в то же время целостный реабилитационный опыт. К таким «недоразумениям» И. Ялом (2009), пожалуй, самый авторитетный специалист в области групповой психотерапии из ныне действующих, относит следующие:

1. Группы «12 шагов» отвергают психотерапию так же, как и медикаментозное лечение;
2. Группы «12 шагов» подталкивают к отказу от личной ответственности;



3. Группы «12 шагов» препятствуют проявлению сильного аффекта, что в соответствующем контексте является одним из мощных терапевтических факторов;
4. Классическая групповая психотерапия самодостаточна и может обходиться без насаждаемых принципов духовности и других «излишеств» 12-шаговой программы;
5. Классическая групповая психотерапия рассматривает отношения внутри группы анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (т.е. отношения между опытными старшими членами группы и теми, кто делает первые шаги) как регрессивные и не способствующие личностному росту.

При этом сам И. Ялом считает, что есть как лучшие образцы проведения групп в программе «12 шагов», для которых все вышесказанное неадекватно, так и худшие примеры. Но такие примеры можно найти в любых психотерапевтических подходах, а не только в группах «12 шагов». Поэтому не следует выносить обобщенные суждения о достоинствах и недостатках метода, основываясь только лишь на односторонних свидетельствах.

Существенное отличие мейнстрима групповой психотерапии (и, следовательно, идеологии ТС) от программы «12 шагов», по И. Ялому, заключается в том, что группы анонимных алкоголиков и наркоманов основаны на отношении их членов к «высшей власти» (т.е. «Силе, более могущественной, чем мы», «Богу — как мы его понимаем»), на подчинении ей и понимании самих себя по отношению к этой «высшей власти».

Таких отношений в мейнстриме групповой психотерапии не предусматривается. Залогом жизнеспособности и терапевтической динамики группы является взаимное общение, особенно в том, что происходит здесь и сейчас, перекрестная обратная связь.

По мнению И. Ялома, запрет на перекрестную обратную связь ни в коем случае не приводит к обезличиванию встреч на группах АА и АН. Участники таких групп чувствуют себя свободными, защищенными и имеют возможность самораскрываться «до дна». Но поскольку у этих групп нет специально подготовленных ведущих, которые могли бы регулировать отношения «здесь и сейчас», быстро обрабатывать получаемую информацию, решение групп АА и АН избегать интенсивных межличностных контактов и конфронтаций представляется вполне разумным.

Далее И. Ялом предлагает вариант «вольного перевода» идей, заложенных в программе «12 шагов» на язык понятной классической групповой психотерапии, полагая, что с помощью такой конструкции ведущие групп могут использовать этот общий инструментарий, который покрывает оба подхода, и поддерживает мысль о том, что групповой терапевтический процесс и процесс реабилитации по программе «12 шагов» могут облегчить протекание друг друга (таблица 12).

Следующие терапевтические компоненты — мотивационный, когнитивный, поведенческий, ресурсно-ориентированный — также имеют свои специфические особенности.

*Компоненты когнитивной и мотивационной психотерапии* здесь являются продолжением друг друга. Если отвлечься от общего с ТС и, вне всякого сомнения, важного мотивационного фактора — характеристик ресурсного статуса старших резидентов, стимулирующих стартовый комплекс мотивирующих переживаний (...они выглядят уверенными, сильными — победителями, а были такие же, как я... Я этого хочу и у меня это тоже получится...), то спецификой формирования терапевтической мотивации в программах «12 шагов» является позитивная реакция пациента на замену долго-

Таблица 12.

**Сближение подходов групп «12 шагов»  
и межличностных терапевтических групп по И. Ялому (2009)**

№ п/п	Принципы групп «12 шагов»	Межличностная групповая психотерапия
1	Признать, что алкоголь и наркотики одержали над нами верх и наши жизни стали неуправляемы.	Отказаться от претенциозности и контрзависимости. Начать формирование доверия групповому процессу и силе группы.
2	Поверить, что некая «Сила, более мощная, чем мы сами», может помочь нам вновь обрести рассудок.	Самовосстановление через отношения и человеческие связи. Превращение «Высшей Власти» в источник успокоения, заботы и надежды, который может заменить пристрастие к алкоголю и наркотикам.
3	Вверить волю и жизнь «Богу — так, как мы Его понимаем».	Обретение веры в терапевтическую процедуру и в добрую волю товарищей по группе.
4	Заглянуть внутрь себя, чтобы изучить себя и провести бесстрашную моральную «инвентаризацию» самих себя.	Самооткрытие. Поиск внутри себя. Узнать как можно больше о себе самом.
5	Признать перед Богом, перед самими собой и перед другим человеком точную природу пороков.	Самораскрытие. Поделиться своим внутренним миром с другими — опыт, который не только наполняет стыдом и чувством вины, но и дает вам мечты и надежды.
6	Быть совершенно готовым к тому, чтобы Бог избавил от «всех наших пороков».	Исследовать и высветить «здесь и сейчас» в условиях лечения все деструктивные межличностные поступки, которые вызывают рецидивы. Задача группы — помочь участникам найти внутри себя ресурсы для подготовки к действию.
7	Покорно попросить Его избавить от наших недостатков.	Признать межличностные чувства и поступки, которые мешают приносящим удовлетворение отношениям. Изменить их с помощью экспериментов с новым поведением. Требовать и принимать обратную связь, чтобы расширить свой межличностный репертуар. Хотя группа и предлагает возможность работать над твоими проблемами, ответственность за эту работу лежит на участнике групп.
8	«Составить список лиц, которым мы причинили вред, и быть готовыми искупить свою вину перед всеми».	Идентифицировать межличностные травмы, за которые вы несете ответственность, научиться сочувствовать другим людям. Постараться оценить влияние ваших поступков на других и быть готовым исправить причиненный вами вред.
9	Искупить свою вину перед этими людьми всюду, где это возможно, за исключением тех случаев, когда это причинит вред им или другим людям.	Использовать группу как испытательный полигон для выявления и исправления своих ошибок. Начать работу девятого шага, искупив свою вину перед теми членами группы, которым вы мешали или которых обидели.

№ п/п	Принципы групп «12 шагов»	Межличностная групповая психотерапия
10	Продолжить заниматься «личной инвентаризацией» и в тех случаях, когда мы были неправы, быстро признать свои ошибки.	Усвоить процесс саморефлексии, принять на себя ответственность и самораскрытие. Сделать эти атрибуты частью вашего пребывания в группе и жизни вне ее.
11	Искать с помощью молитв и медитации усовершенствования нашего сознательного контакта с Богом так, как мы понимаем Его, и молиться только о знании Его воли для нас и о том, чтобы у нас хватило сил ее реализовать.	Никакого прямого психотерапевтического внимания, но терапевтическая группа может поддерживать медитацию, успокаивающую сознание, и постижение духовного мира.
12	Придя в результате этих шагов к духовному возрождению, постараться донести эти знания до других наркоманов и алкоголиков.	Активно заботиться об окружающих, начиная с ваших товарищей по группе. Альтруистическое поведение заставит вас больше любить и уважать самих себя.

срочных, явно нереальных и неподъемных для него целей по установлению эффективного контроля над своим поведением — на ограниченные во времени, краткосрочные и вполне достижимые цели. Т.е. в данном случае всплеск мотивационной активности зависимых от ПАВ является следствием замены неадекватной (с точки зрения идеологов 12-шаговой программы) когнитивной модели продвижения пациента от состояния болезни-зависимости к состоянию здоровья-освобождения от зависимости, к существенно более реалистичной и приемлемой когнитивной схеме такого продвижения.

Далее имеет значение механизм мотивационного релизинга (т.е. откладывания и прогнозирования процесса необходимых терапевтических изменений мотивационной сферы зависимых лиц во времени). С этой точки зрения все также выглядит предельно реалистично: «Сначала принеси свое тело, мозг придет потом» — так сформулирован один из основополагающих тезисов программы «12 шагов», который, по сути, утверждает известную истину в отношении того, что внутренние мотивационные установки меняются при повторении и усвоении соответствующих внешних форматов поведения. И что эти изменения происходят тем быстрее, чем более точно внешние требования соответствуют искомому внутреннему состоянию субъекта.

*Собственно когнитивный психотерапевтический компонент* в 12-шаговой программе является достаточно директивным терапевтическим стержнем, вокруг которого выстраиваются все прочие компоненты реабилитационной программы. Из классического содержания когнитивной психотерапии зависимых лиц здесь следует отметить главенство проработки когнитивной модели перехода от состояния болезни-зависимости к состоянию здоровья — освобождения от зависимости. На втором месте по значимости стоит работа с неадекватными психологическими защитами и сценариям, оправдывающими употребление алкоголя и наркотиков. Такого рода сценарии безжалостно развенчиваются; до пациента разными путями доводится простая и понятная для него мысль: «Все твои проблемы возникают в результате употребления алкоголя и наркотиков, а не наоборот; и поэтому тебе пора перестать морочить этим голову, в первую очередь, себе и своим близким; пришло время серьезно приниматься за дело освобождения».

дения от зависимости». В связи со всем сказанным, третий компонент когнитивной психотерапии — работа с конкретными проблемами пациента, не имеющими прямого отношения к зависимости, представлен наиболее слабо или вовсе не представлен. Что, в целом, оправдано фокусированием на главных (с точки зрения идеологов «12 шагов») целях.

*Компонент поведенческой психотерапии.* Данный компонент существенно менее выражен, чем в реабилитационных программах, построенных по модели ТС. Интенсивной терапии средой, проводимой в условиях 24-часового терапевтического прессинга, с необходимостью соблюдения жестких правил и возможностью эффективного контроля их выполнения, здесь, по определению, быть не может — программа «12 шагов» реализуется, в основном, в амбулаторных условиях. И, несмотря на сравнительно высокую интенсивность первых месяцев (90 дней — 90 собраний), за исключением времени проведения собраний, резиденты 12-шаговых программ предоставлены сами себе. Вместе с тем — четкие модели желательного поведения, подкрепляемые «спонсорами» — опытными и успешными участниками терапевтического проекта, — и прорабатываемые при активном обсуждении главных традиций 12-шаговой программы, безусловно, оказывают позитивное терапевтическое влияние и формируют навыки совладающего поведения у зависимых лиц — участников АА и АН.

*Компонент ресурсно-ориентированных психотерапевтических стратегий.* Наша интерпретация общей идеологии реабилитационной программы «12 шагов» заключается в том, что основная специфика и реальная терапевтическая ценность данных программ связаны с продуманной пошаговой стратегией расширения доступа ко всем имеющимся группам психологических ресурсов у зависимого субъекта. И в первую очередь, к суперресурсам персонифицированных, в соответствии с личным мифом клиента, внесознательных инстанций. С последними, в результате последовательной реализации шагов 2, 3, 5, 6, 7, 11, устанавливаются особые отношения, которые можно охарактеризовать как отношения почти беспредельного доверия (Силе, более могущественной, чем мы, доверяется ни много, ни мало — жизнь зависимого субъекта и, далее, общие направления этой жизни, в соответствии с Его — Бога волей) и конструктивного сотрудничества. Такого рода сотрудничество предполагает осуществление ритуала молитвы, который можно обозначить и как практику ресурсного доступа, углубляющую и расширяющую контакт с суперресурсными инстанциями психического («соприкосновение с Богом так, как мы понимаем Его — шаг 11). Параллельно, как это следует из содержания шагов 3, 6, 7, 11, осуществляется процесс метапрограммирования внесознательных инстанций на освобождение от того, что названо «недостатками» — это может быть и патологическое влечение к алкоголю или наркотику, и неконтролируемые эмоциональные импульсы с агрессией и аутоагрессией, и импульсивное поведение, т.е. все то, что весьма сложно или невозможно контролировать сознательными усилиями, — и на дарование силы для этого.

Специально следует отметить то обстоятельство, что общая идеология «12 шагов» прямо нацелена на замену конфронтационной метапозиции, обычной для зависимого субъекта, на синергетическую, ориентированную на сотрудничество и открытую к изменениям, что, по нашим данным, открывает доступ к группе креативно-пластических ресурсов. Об этом косвенно и прямо свидетельствует содержание шагов 7, 8, 9, 10. Лучшие образцы практики реализации двенадцатишаговой программы (автору этих строк удалось побывать на нескольких таких встречах) также демонстрируют атмосферу потрясающего братства и поддержки, ощущаемой почти на физическом уровне. В такой атмосфере растворяются все статусные различия участников группы. Так, на одном из

собраний, проводимых в Восточной Европе, среди участников встречи АА были действующий министр правительства и безработный, но общий эмоциональный контекст и динамика работы группы были столь привлекательны и впечатляющи, что двое из приглашенных гостей попросили слова, признались в наличии у них проблем с алкоголем и были приняты в группу АА. В этих примерах особенно важной, задающей тон самоощущению и движению всей группы, виделась роль лидеров, которые, по нашему мнению, должны составлять позитивное ядро в количестве не менее 5-7 человек. Эти участники группы должны находиться в ресурсном статусе (т.е. в том неподдельном гиперпластическом состоянии, которое обеспечивается синергетической адаптационной стратегией внесознательных инстанций), особенно привлекательном для зависимых лиц, делающих первые шаги в сообществе. Если же этого не происходит, то группы сравнительно быстро регрессируют и распадаются. В связи со всем сказанным, мы считаем, что осмысленная синергетическая стратегия 12-шаговой программы, открывающая доступ к креативно-пластическим ресурсам участников профильных групп, является обязательным условием, обеспечивающим устойчивость развития АА и АН.

Специфика третьей стратегической линии «необъявленной» ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемой в программе «12 шагов», заключается в том, что личностный рост, обучение адаптивным навыкам, достижение эмоциональной зрелости и устойчивости к стрессовым воздействиям — т.е. все то, что можно обозначить как проработку и развитие нормативных личностных статусов — проводится не в таком форсированном режиме, как это предусмотрено в программах ТС. Другим существенным моментом является освобождение зависимого субъекта от «повышенных обязательств» и непосильной для него ответственности на первых этапах реализации программы. К этому стратегическому ходу можно относиться по-разному. Однако наблюдаемые нами факты свидетельствуют о том, что при правильно понятой и организованной терапевтической динамике, резиденты АА и АН последовательно возвращают себе те уровни ответственности, к которым они готовы на определенный момент по мере продвижения в программе.

На основании всего вышесказанного представляется логичным и обоснованным следующий вывод о существенных различиях в стратегиях необъявленной ресурсно-ориентированной психотерапии, реализуемых в программах ТС и «12 шагов»:

Изначальный дефицит в личностных свойствах, обеспечивающих эффективную самоорганизацию, и соответствующих поведенческих навыках, формирующих приемлемый уровень адаптации зависимого субъекта в агрессивной среде, в условиях ТС компенсируется сверхактивностью особого режима терапевтического сообщества, который, с одной стороны, является необходимым внешним фактором, структурирующим время, активность и формы поведения зависимого субъекта. А с другой — является мощным стимулом к форсированному развитию тех самых личностных свойств и поведенческих навыков, которые на завершающем этапе прохождения программы ТС должны «перехватить» эту важнейшую функцию и вернуть резиденту возможность контроля над своим поведением, а значит, и личную свободу, которую теперь следует понимать именно в таком, терапевтическом контексте.

Аналогичный дефицит слагаемых эффективной самоорганизации у зависимого субъекта в 12-шаговых программах компенсируется за счет продуманного пошагового метапрограммирования суперресурсных инстанций психического, которые таким образом призваны выполнить функцию утраченного контроля и давать зависимому субъекту шанс на поэтапное и посильное для него развитие соответствующих личностных свойств и навыков эффективной самоорганизации. При этом следует иметь в виду, что

реабилитационные программы, построенные по принципу «12 шагов», реализуются в основном в амбулаторных условиях, где возможность какого-либо внешнего группового контроля минимальна или вовсе отсутствует. Поэтому специально оформляемое в духе личного мифа клиента (участники программы «12 шагов» — это в основном верующие люди) делегирование функций внешнего контроля персонифицированным суперресурсным инстанциям — это, возможно, единственный выход для удержания больного в состоянии трезвости в первые и самые сложные для него дни, недели и месяцы вхождения в программу «12 шагов».

В данном контексте вопросы дифференцированного использования и экологически выверенного совмещения подходов ТС и «12 шагов» не представляют особой сложности. Так, например, фрагменты акцентированной ресурсно-ориентированной психотерапии с проработкой конструктивных вариантов сотрудничества с внесознательными инстанциями психического могут быть включены в программу противоречивой и поддерживающей терапии резидентов, находящихся на третьем этапе ТС. Единственное, чего следует всеми силами избегать, — это механического, непродуманного совмещения двух обозначенных подходов в рамках одной и той же реабилитационной программы, реализуемых, к тому же, недостаточно подготовленными, конкурирующими и конфронтирующими сотрудниками соответствующих учреждений и центров.

## МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ, ОСНОВАННАЯ НА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО РЕЖИМА В ПРОФИЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ИЛИ ЦЕНТРАХ

Термин «психотерапевтический режим» в специальной литературе стал появляться в 60-70-х годах прошлого столетия в связи с организацией отделений, специализирующихся на лечении невротизированных пациентов и больных с пограничными расстройствами психики, в общесоматической сети и сети психиатрических учреждений системы здравоохранения.

В отечественной наркологической теории и практике данный термин стал употребляться с начала 90-х годов в связи со всплеском активности по внедрению реабилитационных и психотерапевтических технологий в систему наркологической помощи зависимым от ПАВ. При этом считалось, что психотерапевтический режим в наркологических отделениях и центрах — это синоним особой психотерапевтической среды, основное назначение которой — создавать такие внешние условия для больных, которые максимально способствуют изменениям образа его повседневной жизни в клинике и за ее пределами, воссоздают стиль поведения, подразумевающего вначале избегание, преодоление, а затем и исключение аддиктивного поведения (Даренский И.Д., Белокрылов И.В., 2001).

Понятие психотерапевтического режима следует дифференцировать от близких терминов «реабилитационной среды» и «терапии реабилитационной средой» (Дудко Т.Г., 2002), в первую очередь, на тех основаниях, что последние термины употребимы в отношении всего уклада реабилитационных программ, в том числе низкоструктурированных и основанных лишь на 2-3-х видах занятости. В то время как термин «психотерапевтический режим» используется лишь в отношении специальных мероприятий, реализуемых в общем контексте высокоструктурированных реабилитационных программ,

предусматривающих наличие компонента профессиональных психотерапевтических интервенций. Последний компонент является основным терапевтическим стержнем данных программ, который необходимо подкреплять системой специальных мероприятий, в частности — особыми правилами реализации всех прочих терапевтических блоков программы. Что, собственно, и определяет функциональный смысл психотерапевтического режима в наркологических отделениях и центрах. В данной связи можно считать, что психотерапевтический режим восполняет дефицит идеологии, цементирующий и организующий весь строй таких подходов, как, например, ТС или «12 шагов». Нет никакой необходимости говорить о существенной роли такого рода построений, сводящих все усилия «разнокалиберного» персонала к некоему общему знаменателю, понятному для зависимого субъекта. Вопрос в том, являются ли психотерапевтические режимы заведомо более эффективными системообразующими факторами, чем организационные и идеологические концепты парапрофессиональных реабилитационных программ? Ответы на этот вопрос обычно зависят от степени профессионализма и общей подготовленности специалистов реабилитационной бригады, прочего персонала, занятого в реализации программы; общей и специальной компетентности руководителей соответствующих отделений и центров.

Функциональные и организационные характеристики психотерапевтического режима в профильных отделениях и центрах следующие.

Целями организации психотерапевтического режима являются следующие.

Формирование целостного терапевтического контекста, в рамках которого реализуется профессиональная, высокоструктурированная реабилитационная программа, понятного и приемлемого для зависимых лиц.

Формирование специальной, экологически выверенной информационной среды, способствующей максимально эффективному продвижению к главной цели — освобождению пациентов от химической зависимости.

Для достижения данных целей необходимо выполнение ряда условий, к числу которых относятся формирование и неукоснительное выполнение принципов и правил общего реабилитационного режима — контракт, правила дисциплины, санкции, поощрения, компетенции и многие другие позиции, представляющие организационный каркас реабилитационной программы, на основе которого только и может функционировать «надстройка» психотерапевтического режима.

Определение основного психотерапевтического компонента (методов и форм профессиональной психотерапии, используемых в групповой и индивидуальной формах) реабилитационной программы.

Подбор вспомогательных компонентов (консультативных, тренинговых, образовательных и других), которые потенциально способны усиливать основной психотерапевтический компонент.

Формирование целостной концепции реабилитационной программы, где ясно и доступно излагаются тезисы того, за счет каких именно механизмов, заложенных в терапевтической основе программы, резиденты будут иметь максимальные шансы на освобождение от зависимости; почему именно эти, а не другие механизмы и компоненты будут наиболее эффективно подвигать резидентов к искомому результату; какой глубокий смысл существует в том, чтобы неукоснительно соблюдать правила терапевтического режима, временно замещающего функции утраченного ими контроля.

Подбор и обучение персонала, который по своим основным компетенциям должен соответствовать компонентам реабилитационной программы; обучение персона-

ла смежным компетенциям и правилам реализации психотерапевтического режима в отделении (центре).

Собственно содержание психотерапевтического режима предполагает наличие обоснованной, целостной реабилитационной программы, включающей комплекс профессиональных психотерапевтических технологий, используемых как в групповых, так и в индивидуальных форматах — основной блок; а также комплекс других развивающих (коммуникативных, тренинговых, обучающих), информационных и социальных технологий, представляющих вспомогательный блок программы. Назначение каждого компонента программы, общий алгоритм его реализации должны быть известны и понятны всем специалистам реабилитационной бригады и прочему персоналу, включая руководство отделения или центра, так или иначе контактирующего с пациентами. Последнее обстоятельство, само собой разумеющееся в идеологии ТС (персонал в таких программах почти целиком подбирается из бывших резидентов, успешно завершивших полный реабилитационный курс и до тонкостей понимающих смысл, назначение и организационные нюансы каждого компонента), отнюдь не очевидно для персонала наркологического профиля, действующего в системе здравоохранения. Как правило, здесь имеет место обратная ситуация, в которой специалист реабилитационной бригады, неплохо зная свой участок работы, имеет лишь самые общие представления о деятельности смежных специалистов и не супервизирует все компоненты реабилитационного процесса. Исключение составляют лишь консультанты по зависимостям, которые также могут готовиться из бывших резидентов.

Такого рода ситуация, особенно в отсутствие целостной, основательно проработанной и должным образом оформленной (наличие общего документа и спецификаций, расписанных по основным компетенциям участников реабилитационной бригады) концепции реабилитационной программы, чревата часто возникающими диссонансами в терапевтических установках и рекомендациях, выдаваемых зависимым лицам при прохождении ими соответствующих терапевтических лент. Двойные сигналы, получаемые резидентом, подрывают веру в специалистов, вызывают когнитивный диссонанс, существенно снижают мотивацию на удержание в программе, что особенно дорого обходится на первых этапах прохождения МСР. И напротив, профессиональная сплоченность специалистов реабилитационной бригады, отработанное взаимодействие и наличие общих, соответствующих главному направлению реабилитационной программы, терапевтических установок, транслируемых резидентам МСР, однозначно способствуют терапевтическому прогрессу и успешной динамике ожидаемых изменений.

Для воспроизведения целостной реабилитационной системы и ее развития необходима организация процесса непрерывного профессионального образования для специалистов реабилитационной бригады таким образом, чтобы их компетенция в сфере смежных специальностей постоянно повышалась, появлялась возможность интервизорской и супервизорской практики по различным компонентам реабилитационной программы.

Другим важным условием реализации программ такого типа является наличие особого кодекса отношений между участниками реабилитационной бригады, прочими специалистами и персоналом отделения, которые можно охарактеризовать как сотрудничество и дружество, и которые являются образцом для резидентов программ реабилитации.

Необходимо наличие структурированных терапевтических отношений между персоналом и резидентами программ МСР, которые, по сути, сводятся к тому, что все



участники МСР — зависимые лица и персонал центра — представляют собой единую, открытую терапевтическую группу, где персоналу отводится роль «совокупного группового психотерапевта».

В данной связи все сотрудники, так или иначе контактирующие с пациентами, должны понимать всю важность таких особых, структурированных отношений для успешного продвижения резидентов реабилитационной программы к заявленным целям, осознавать свою роль в общем процессе выстраивания терапевтических отношений, отчетливо представлять и воспроизводить поведение и способы коммуникации, из которых эти отношения складываются. Кроме того должна существовать коллективная договоренность о реализации этого важного пункта реабилитационной программы, который, конечно, не сводится только лишь к выполнению прописанных в трудовом договоре деонтологических правил. К такого рода неформальному договору, условиям и фактам по его выполнению, необходимо постоянно возвращаться на собраниях реабилитационной бригады.

Сотрудники реабилитационных наркологических отделений и центров должны научиться понимать и различать истинные мотивы намерений и поведения зависимых пациентов, многие из которых поступают на лечение лишь под давлением обстоятельств, без какой-либо мотивации даже на сохранение трезвости в период вынужденного пребывания в наркологическом учреждении. Необходимо уметь противостоять явным или скрытым манипуляциям, прямым угрозам, провокациям конфликтов, шантажному поведению — т.е. всем тем атрибутам конфронтационной метапозиции (типичной для немотивированных либо слабо мотивированных пациентов, особенно в начальный период их пребывания в отделении или центре), привычно используемым зависимыми лицами для достижения своих, отнюдь не терапевтических целей, — без какого-либо ущерба для себя. Сотрудники профильных отделений и центров должны быть готовыми к постоянному тестированию на наличие «слабых мест», которое почти неизбежно в случае формирования негативного ядра из немотивированных пациентов или появления отрицательного лидера, манипулирующего поведением подчиненных ему зависимых лиц. Профессионально грамотное поведение персонала позволяет решать и эти непростые задачи с немалой пользой для основной группы зависимых, повышающих таким образом мотивацию на удержание в программах МСР.

Таким образом, эффективная реализация психотерапевтического режима требует практически непрерывной и достаточно интенсивной подготовительной работы с персоналом реабилитационных отделений или центров. И только в этом случае можно рассчитывать на формирование адекватного психотерапевтического «прессинга», необходимого для достижения целей высокоструктурированной реабилитационной программы. А также на формирование особого рода информационного резонанса, многократно усиливающего эффекты структурированных психотерапевтических технологий, используемых в МСР.

## МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ, ОСНОВАННАЯ НА ИДЕЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА

Обычно в программы Терапевтического сообщества (ТС) принимаются лица с различными типами химической (наркологической, алкогольной) зависимости после прохождения курса детоксикации и снятия острого абстинентного состояния.

Сверхзадача терапевтического сообщества — полное изменение стиля жизни, то есть не только воздержание от наркотиков, но и устранение антисоциального поведения, развитие полезных навыков и умений, развитие новых ценностных ориентаций.

Традиционное ТС требует изолированного стационарного, совместного пребывания, по крайней мере, на протяжении 12-15 месяцев от фазы «входа» в программу до фазы «выпуска» из программы и «повторного вхождения» (reentry) в общество. Некоторые ТС используют более короткий период пребывания 6-12 месяцев. В последнее время интенсивно развиваются амбулаторные реабилитационные программы, основанные на принципах ТС.

Персонал реабилитационных программ составляют медики, специалисты по педагогике, психическому здоровью, инструкторы по труду, а также администраторы. Численность вспомогательного персонала и его состав зависят от типа сообщества. Первичный персонал ТС — это, как правило, парапрофессионалы: бывшие наркоманы, которые успешно реабилитированы в ТС.

Основной «терапевт и учитель» в ТС — само сообщество, которое состоит из людей, равных друг другу, а персонал выполняет функцию проводника в процессе реабилитации. Персонал наблюдает за группами пациентов, распределяет рабочие функции и помогает их выполнению. Персонал также ведет терапевтические группы, индивидуальные консультации, организует социальные программы и отдых, осуществляет внешние контакты. Персонал, как правило, участвует в определении статуса пациентов, продвижении их вверх в иерархии, выписке, получении отпусков, принимает участие в планировании терапии при возникновении такой необходимости.

Для понимания сути функционирования ТС важнейшее значение имеет кодекс норм, которым руководствуются все члены ТС. Нормы определяют поведение всех членов ТС — как профессионалов, так и наркоманов — в одинаковой степени. Причем эти нормы должен быть способен описать каждый член ТС. Выполнение норм обеспечивается с помощью социального контроля. Социальные санкции должны быть наглядными. Это процедуры изменения статуса, ритуалы воздаяния почестей и бесчестия, различного рода неформальные, хорошо функционирующие каналы для выражения личностного одобрения и неодобрения. Это поддерживает включенность членов в программу. Все члены ТС должны быть проводниками системы: соответствовать ее нормам и выносить санкции за несоблюдение норм другими. Осуществление санкций оказывает такое же влияние (или даже еще большее) на человека, который эти санкции осуществляет. Должна существовать возможность испытать чувство удовлетворения для тех, кто соблюдает нормы. Все члены ТС должны эффективно наблюдать за выполнением другими членами нормативных стандартов сообщества. От каждого члена ожидают выполнения неформальных негативных санкций. О значительных нарушениях он должен ставить в известность сообщество для применения формальных санкций.

Существует градация уровней значимости иерархии, включающая всех членов ТС. При этом изолированное взаимодействие новичков между собой сводится к минимуму и усиливается взаимодействие новичков с ветеранами ТС. Статус в иерархии определяется универсальными критериями. Любой член организации имеет возможность продвижения по мере улучшения его соответствия нормам и ценностям организации. Перемещение в пределах иерархии должно проходить через последовательность определенных стадий.

Переход от одной стадии к другой сопровождается ритуалами сообщества.

Между всеми членами ТС должна быть по возможности высокая степень взаимодействия (исключая взаимодействие между новичками). Это увеличивает сплоченность

и позволяет развиваться межличностным навыкам. При этом взаимодействие должно охватывать широкий диапазон видов деятельности (формальные и неформальные групповые дискуссии, совместная работа, развлечения и т.д.). Поощряется широкий диапазон эмоциональной экспрессии, чтобы полностью сформировать потенциал и навыки взаимопонимания и обеспечивать непрерывное осознание проблем и напряжения в этой программе.

Членство в ТС включает изоляцию от более крупного социального контекста (включающего и наркоманическую «систему»), по крайней мере, на ранних стадиях членства. Этой изоляцией включается механизм «задействования», что мешает развиваться прежде существовавшим конфликтам и интенсифицирует социализацию. Изоляция должна быть длительной, чтобы способствовать формированию сильной внутренней социальной инфраструктуры. Присутствие старых членов дает возможность взаимодействовать с ними новичкам и видеть успех больных наркоманией, прошедших через терапевтическое сообщество.

Определяющей является структурированность жизни в программе. Среда реабилитации должна быть предсказуема и работать в пределах четких сроков и границ. Большинство программ запланировано в расчете на некоторую структуру и ежедневный ритм, структурирующий день, неделю, месяц и год — в зависимости от продолжительности. Все время должно использоваться для достижения главных целей и задач реабилитации — 24 часа в сутки. Все, что происходит в программе лечения, должно быть увязано и согласовано с главной целью реабилитации.

Структура состоит из шагов, достижение которых легко определяемо, и указывает на то, что достигается некоторый прогресс на пути к поставленным целям. Структура может быть почти механическая, разделяющая программу на формальные этапы или стадии, а передвижение от этапа к этапу определяется лишь прошедшим временем.

Четкий и предсказуемый график ежедневных действий важен, он создает определенность и целостность. Пациент начинает хорошо ориентироваться в ежедневной структуре, в пределах которой он может оценивать свою успешность и эффективность, способность вести не наркоманическую, не хаотическую, а нормальную жизнь. Самое главное, чтобы пациенты четко знали, чем заняться и где это сделать.

Элементы реабилитации должны служить целям программы. Каждый из них по своему укрепляет просоциальную ориентацию пациентов и готовит их к независимому проживанию в большем сообществе.

### *Структура дня ТС*

Структура дня ТС может включать следующие элементы:

- утренние и вечерние встречи всего сообщества;
- терапевтические группы;
- еженедельная встреча команды, посвященная оценке прогресса пациентов;
- еженедельные «группы работы с эмоциями»;
- встречи ответственных (ответственные за отдельные виды деятельности собирают подопечных и дают рекомендации по индивидуальной работе);
- индивидуальные консультации;
- образовательные занятия (адекватно возрасту, что не исключает сотрудничество с местными школами и т.д.);
- специальные тематические группы;
- планирование отпусков;

- семейные группы;
- работа по формированию сети (встречи с друзьями, обучение социальным навыкам);
- профессиональная подготовка (сотрудничество с соответствующими агентствами и предприятиями);
- экскурсии (в группах) как часть социального и физического обучения.

### *Структурирование недели ТС*

Предусматривается распределение отдельных видов деятельности по всей протяженности недели. Предусматриваются дни, акцентированные на образовательной деятельности, и дни, акцентированные на трудовой деятельности. Один день посвящается целиком уборке и другим видам работы на само ТС. Программа выходных дней отличается от программы будней.

### *Структурирование программы ТС*

Выделяется несколько стадий функционирования пациента в ТС.

#### *Стадия I. Индукционная («вход» в программу).*

Основные задачи здесь — диагностика, оценка нужд пациента, его проблем, ориентация его в сообществе. На этом этапе все пациенты испытывают стресс. Наиболее эффективный способ его преодоления — активное и полное участие во всей деятельности ТС. Быстрая ассимиляция особенно важна в тех случаях, когда у пациента существует амбивалентность в отношении дальнейшего пребывания в «добровольном заключении». Основное внимание уделяется обучению вживания в роль члена ТС. В ряде программ пациент имеет возможность освоиться и какое-то время наблюдать за жизнью реабилитационной структуры, не участвуя в ней активно. Как правило, его постоянно сопровождает один из опытных участников программы. В это время пациент как бы гость в ТС, обе стороны присматриваются друг к другу.

В момент приема сам пациент и его родственники (опекуны) подписывают контракт. Главное, что предстоит выяснить, — есть ли настоящее решение лечиться. В контракте пациент получает ответ на следующие вопросы: Что я буду делать в области терапии? Это могут быть контакты с другими, или работа с агрессией, или активность на группе, или откровенное исследование самого себя. Что буду делать по развитию своей личности? Например, учиться игре на гитаре, иностранным языкам, осуществлять физический тренинг. Что буду делать, работая на пользу центра? Это задачи по подготовке праздника или встречи с интересными людьми. Или задание сделать мебель для центра, провести ремонт и т.д.

Контракт включает возможное тестирование мочи на определение наркотиков.

Установлено, что в течение первых трех месяцев стационарной реабилитации в ТС до 50% новичков выбывают. Намерение оставить реабилитационную программу — важный предсказатель, те, кто на начальном этапе высказывают такое намерение, в большинстве случаев и выбывают, если с ними специально не работать в этом отношении. Если подобные намерения высказываются после начальных трех месяцев, уход происходит только в 20% случаев. То есть, чем раньше высказано такое намерение, тем больше вероятность, что оно будет реализовано. Психотерапевтическая работа с теми, кто заявляет о намерении уйти, дает эффект примерно в 50% случаев. Существенное значение имеют не только патологические расстройства, но

и способность принять терапевтические условия, что в целом может рассматриваться как «доступность терапии».

### *Стадия II. Основной этап реабилитации.*

На этом этапе главные задачи — социализация в ТС и начало личностного роста.

Выделяют 2 фазы на пути к стабильному состоянию: период нестабильного состояния пациента и период перехода к стабильному состоянию поведения. Пациент уже имеет конкретный статус в сообществе, в его психологическом состоянии зафиксированы определенные сдвиги, содействующие процессу выздоровления. После его достижения можно переходить к дальнейшим изменениям, включая деятельность вне ТС.

Переход на второй этап — процедура, напоминающая род праздника. Это всегда значимый момент, сопровождающийся переживаниями пациентов. Это делается на больших собраниях, где присутствуют все терапевты. Переходящий на другой этап пациент в центре внимания, все — терапевты и пациенты — высказываются о нем, подчеркивают его сильные и слабые стороны, высказывают пожелания. Терапевты дают согласие на переход на второй этап, когда они уверены, что принято решение об отказе от наркотиков. Должно быть также заметно, что он переходит от «темных» болезненных ценностей к «ясным» нормативным, поддерживаемым ТС.

Далее с пациентом заключается контракт на второй этап. В него уже включаются терапия с семьей и задачи, направленные вовне, — готовиться вернуться в школу, думать про работу, готовиться к возвращению в общество. Важно стимулировать самостоятельность. На этой фазе у пациента уже есть право выхода на несколько часов в город. По возвращении из отпуска пациент может подвергнуться тестированию на наркотики. Невыполнение контракта может привести к переводу на предыдущий этап — тогда он лишается привилегий, которые имеются во второй фазе. Например, он снова вынужден одеваться в простую рабочую одежду, не может на свое усмотрение заваривать чай, слушать музыку, когда захочет, ходить на прогулки и т.д.

Параллельно с групповой терапией ведется тренинг социальных ролей. Это роли в ключевых видах деятельности ТС. Например, это может быть ведение тех же терапевтических групп (роль «председателя группы»). Пациент также может вести общую группу (роль «председатель собрания сообщества») утром и вечером. Пациент, как правило, становится также руководителем отдельного вида деятельности, который практикуется в сообществе. Став ответственным руководителем, планирует, определяет и контролирует работу. Есть очень серьезные роли, например роль «заведующего домом», который следит за жизнью и бытом в целом, обеспечивает контроль порядка в доме. Или, например, роль «кассира», у которого находятся деньги членов ТС и который еженедельно может выдавать определенную сумму (на приобретение сигарет и т.д.). Каждый должен пройти одну или две таких роли на протяжении не менее чем 2-х месяцев.

Роли не подбираются так, чтобы максимально соответствовать характерологическим и личностным особенностям пациента. Напротив, роли подбираются так, чтобы человек учился тому, чего он не умеет. Некоторые быстро растут в процессе выполнения ролевых обязанностей, становятся очень умелыми и продуктивными. При успешном выполнении ролей повышается самооценка, стимулируется раскрытие нормативных частей личности. Если не очень получается справляться с возложенными обязанностями — не беда. Такому пациенту длительно пытаются оказать помощь и давать советы. Важно, чтобы пациенты, выполняя определенные обязанности, учились решать возникающие проблемы. Как правило, многие пациенты быстро справляются, но есть и такие, которые долго задерживаются.

Очень важный компонент работы ТС — коммуникативный тренинг, особенно навыки совладания с агрессией. Имея неразрешенные глубинные проблемы, пациент часто демонстрирует агрессию. Получался замкнутый круг, потому что насилие с любой стороны разрушает возможность контакта и продуктивного взаимодействия. У большинства молодых пациентов большие проблемы с агрессивным поведением в центре. Продолжая по инерции агрессивно реагировать на происходящее, они препятствуют созданию оздоровительной среды. Многие из них не чувствуют себя в безопасности. Более того, при высоком уровне агрессии в ТС часть из них просто утрачивает смысл пребывания в центре. Социально пациент нездоров, если нет возможности нормально общаться без насилия.

*Стадия III. Выход из программы (либо повторное включение — «reentry»).*

Третий этап — этап возврата домой. Пациент укрепляет навыки автономного принятия решений и самоуправления с меньшей степенью зависимости от штата или от других членов сообщества.

Выделяют 2, иногда 3 фазы — раннюю и позднюю.

На *ранней фазе* «reentry» идет подготовка к отделению от сообщества. Пациенты регулярно живут на базе сообщества.

На этап также заключается контракт. Это уже не такой контракт, как на предыдущих стадиях, то есть не такой большой и точно регламентирующий жизнь пациента. В контракте он определяет работу, учебу, помощь по дому, формы и частоту контакта с центром, работу по развитию личности.

На *поздней фазе* завершается успешное отделение и начинается регулярное независимое проживание за пределами ТС.

Первый месяц предполагает еженедельное возвращение в центр. Во втором месяце пациент уже может приезжать через 2–3 недели. Фактически он уже выписан из центра, но продолжает сотрудничество.

После успешного третьего этапа подготавливается праздничное завершение лечения. Организуется специальная встреча с участием всего сообщества и родственников. Пациенту вручают диплом, делают многочисленные пожелания, дарят подарки.

Бывшие члены ТС обычно работают неполный рабочий день. Они могут участвовать также в семейной или индивидуальной терапии. Это конец стационарного пребывания в ТС, но не конец участия в программе. От посещений постепенно переходят к еженедельным звонкам.

Если говорить о годичной реабилитационной программе, то этапы могут различаться следующим образом.

*Первый блок* (первый этап и первая фаза второго этапа) — 6 месяцев с исключительным пребыванием только в центре.

*Второй блок* (вторая фаза второго этапа и первая фаза третьего этапа) — 3 месяца с преимущественным пребыванием в центре и посещением дома (семьи) по уик-эндам с последующим возвращением.

*Третий блок* (вторая фаза третьего этапа) — 3 месяца с проживанием в основном дома и проведением уик-эндов в центре с последующим возвращением домой.

Историю болезни в реабилитационном центре пишет врач — психиатр-нарколог. Дневниковые записи на первой фазе еженедельные, на второй фазе — не реже 1 раза в 2 недели. Параллельно в отдельном протоколе историю заполняет психолог или педагог. Отдельные части документации заполняются с родственниками (опекунами) и самими пациентами.

Целесообразно сохранение последующего контакта с пациентом в форме амбулаторных поддерживающих групп. Занятия в них проводятся по собственной программе не чаще одного раза в неделю, это больше напоминает клуб пациентов. Кроме того, пациент должен иметь возможность посещать реабилитационный центр, не чаще одного раза в месяц.

### *Амбулаторные и стационарные формы ТС*

Насколько это возможно, важно использовать амбулаторные формы работы с пациентом. Дело не только в том, что амбулаторная помощь существенно дешевле, она не разрушает, возможно, полезные связи пациента с социумом, учит больного входить в реальную жизнь без наркотика.

Стационарные формы реабилитации всегда показаны следующим группам:

- 1) пациенты с двойным диагнозом (коморбидные психические расстройства);
- 2) пациенты, неспособные пребывать в ремиссии даже короткое время;
- 3) пациенты, живущие в тяжелых бытовых условиях, когда сложно контролировать поведение в отношении наркотических средств (например, употребление наркотических средств другими членами семьи, лица БОМЖ и т.д.).

### *Эффективность*

Отмечается более благоприятный прогноз для работающих пациентов — лиц с высшим образованием, менее интенсивно потребляющих опиаты (героин), имеющих меньшие проблемы с нарушением закона. Обычно эффективность реабилитации после нахождения пациента в ТС на протяжении не менее года оценивается цифрами порядка 50% долгосрочных ремиссий.

Эффективность реабилитации в терапевтических сообществах оценивается и применительно к прохождению программы ТС в целом. При этом число пациентов, вошедших в годовую реабилитационную программу, берется за 100%. Дальнейшая динамика такова.

Первый этап реабилитационной программы: без предварительной мотивационной работы отсеиваются (выпадение из программы из-за ее непринятия) может составить до 50% из числа пациентов, вошедших в программу.

Второй этап реабилитационной программы: отсеиваются до 10%.

Третий этап: отсеиваются до 5-7%.

Заканчивают программу около трети пациентов из числа вошедших в программу, при этом более чем у 50% из них определяется устойчивая многолетняя ремиссия.

Вышеназванные характеристики и главные идеологические тезисы ТС, сформулированные Максвеллом Джоунсом, позволяют достаточно отчетливо идентифицировать «необъявленные» компоненты психотерапии, заложенные в идее терапевтического сообщества, активные даже и в том случае, когда в общем контексте используемых практик и видов занятости фигурируют лишь режимные правила, специальные встречи, собрания ТС и трудовая занятость.

Речь идет о компонентах 1) мотивационной; 2) когнитивной; 3) поведенческой; 4) групповой; 5) семейной психотерапии (в том случае, если предусмотрены специальные встречи сообщества с семьями резидентов). Кроме того, следует обратить внимание и на опосредованные стратегии ресурсно-ориентированной психотерапии, в общем поле которых выстраивается идеология и практика ТС, поскольку именно данный аспект представляет специфику и сущностное отличие ТС от пси-

хотерапевтического наполнения программы «12 шагов» и других реабилитационных моделей.

*Компонент мотивационной психотерапии* в программах ТС (в случае отсутствия подготовленных специалистов-психотерапевтов, консультантов) реализуется опосредованно. Главную роль в повышении мотивации «новичков», проходящих первые стадии реабилитационной программы, выполняют старшие резиденты, в обязанности которых, помимо всего прочего, входит опека и поддержка «новичков».

### *Компонент когнитивной психотерапии*

При внимательном рассмотрении общей идеологии и содержания реабилитационных программ, оформляемых по принципу ТС — Dayton Village, Phoenix House, Getway House, Wolden House и др. — определяются, по крайней мере, две стратегии, которые можно отнести к компоненту когнитивной психотерапии. Первая стратегия связана с выявлением скрытых сценариев — программ, обслуживающих феномен зависимости и обрекающих резидентов на заведомое поражение — рецидив (в случае, если такого рода сценарий останется доминирующим), а также терапевтической замены данных деструктивных сценариев на конструктивные, представленные в общей философии и девизах соответствующих вариантов ТС. При этом практикуются достаточно простые, но в целом эффективные технологии как выявления «пораженческих» правил-сценариев (таких, например, как «героин умеет ждать», «наркоман смеется последним», «сколько веревочке не виться — конец всегда один» и др.), так и проработки конкурирующих девизов, представляющих идеологию конкретной реабилитационной программы. И то, и другое происходит в ходе проведения специальных терапевтических групп и собраний ТС, при деятельном участии подготовленного персонала и старших резидентов. Содержание прорабатываемых девизов (например, таких как: «Мы можем восстать из пламени зависимости, как птица Феникс восстает из пепла»; «Ты сам себя поставил в то положение, в котором находишься, но тот, кто хочет, — всегда может подняться»; «Никакой обед не бывает даром — сначала заработай, а потом накорми себя тем, что по вкусу» и др.) прямо противоположно пораженческим сценариям-правилам, но, кроме того, оно ясно указывает на единственное условие их воплощения в реальность — необходимость постоянной внешней и внутренней работы, что, собственно, и является содержанием программ ТС. Такого рода девизы, постоянно и под разными «углами» прорабатываемые на собраниях ТС, в итоге становятся внутренними убеждениями резидентов с хорошими шансами на реализацию в ходе продвижения по этапам терапевтической программы.

Вторая стратегия связана с выявлением скрытой метапозиции, особенно характерной для зависимых лиц и занимаемой по отношению к основным агентам события. Эти метапозиции — аутиста, оппозиционера, агрессора — свидетельствуют об укоренении зависимого субъекта в общем конфронтационном полюсе, который препятствует формированию ресурсного доступа, столь необходимого для успешного продвижения в программах ТС. В этом случае новичкам и резидентам демонстрируется несостоятельность их защитных штампов и установок и необходимость принятия следующих правил-девизов: «Мы здесь потому, что нет такого убежища, где мы можем спрятаться от самих себя»; «Человек, не открывающий себя глазами и сердцами других людей, погибнет»; «Тот, кто не делится своими секретами, не может уйти от вопросов»; «Тот, кто боится, что его познают, не может познать ни себя, ни других — он останется один»; «Будь сознательным и причастным» и др. Конструктивные правила-девизы и внутрен-



ние установки на сотрудничество, прорабатываемые на специальных встречах ТС, в ряде случаев подкрепляются тренингами коммуникативности, включаемыми в терапевтическую программу.

### *Компонент поведенческой терапии*

Данный компонент, вне всякого сомнения, является наиболее представленным, структурированным и последовательно выдерживаемым на протяжении всех этапов реабилитационных программ ТС. Его основными и весьма действенными технологиями являются: жесткий режим, организующий и структурирующий время и виды активности резидентов, отвлекающий от возможностей «движения вспять», подавляющий механизмы как центрального, так и периферического запуска патологического влечения; четко структурированные способы и правила позитивно-негативного подкрепления поведения резидента, с максимальным стимулированием конструктивных паттернов; возможность получения навыков совладающего поведения в специальных тренингах, адаптивных профессиональных навыков в специальных образовательных программах. Следует иметь в виду, что сама по себе программа ТС построена так, что каждый резидент находится «под увеличительным стеклом» фокуса внимания подготовленного персонала и старших резидентов, когда каждое его действие является предметом обсуждения и оценки со стороны окружающих лиц. В данном случае каждый старший резидент или штатный сотрудник, а также вся терапевтическая группа в целом — являются агентами развития резидента, продвигающегося к главной цели — освобождению от зависимости. В ходе этого процесса деструктивные поведенческие паттерны и установки замещаются на конструктивные, что и является целью терапевтического прессинга, осуществляемого с помощью компонентов поведенческой психотерапии.

### *Компонент групповой психотерапии*

Можно с уверенностью говорить о том, что ТС, по своей сути, — это специальная терапевтическая группа, функционирующая в режиме многомесячного марафона и включающая практически все терапевтические факторы, присущие классической групповой психотерапии.

### *Компонент семейной психотерапии*

Данный компонент действует лишь в том случае, когда в режим деятельности ТС включаются специальные семейные встречи, в ходе которых происходит: адекватное информирование о типичных проблемах, возникающих при общении с зависимыми лицами (например, обсуждаются особенности созависимых отношений и поведения); по мере возможности осуществляется переориентация семейных отношений на более конструктивные, способствующие продвижению резидентов к освобождению от зависимости и профилактике рецидивов; осуществляется психологическая поддержка членов семьи; проводится обучение приемам самопомощи.

Основная роль в проведении таких специальных встреч ТС отводится старшим консультантам, имеющим позитивный опыт решения семейных проблем. Однако в обсуждении возникающих дискуссионных вопросов принимают участие все члены ТС. Значение компонента семейной терапии повышается по мере продвижения резидентов от первой к третьей стадии реабилитационной программы.

## 6.2. ПРИМЕРЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ В НАРКОЛОГИИ

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ, АЛКОГОЛЬНОЙ, ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ «ЦЕНТР БЕХТЕРЕВ» (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

Исследование опийной зависимости обнаруживает, что она определяется рядом факторов: потребностью в контейнировании агрессии; желанием удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой; желанием ослабить депрессивное состояние. Пациенты на реабилитацию поступают с большим сроком злоупотребления ПАВ, коморбидными расстройствами, сопутствующими расстройствами личности, поэтому искусство реабилитационной команды заключается в подборе такого индивидуального реабилитационного маршрута, чтобы произошел сдвиг в сторону ремиссии, а не хронификации. Особое внимание следует обращать на пациентов с пограничной личностной организацией, у которых, несмотря на внешнюю компенсацию и отсутствие какой-либо симптоматики, сохраняется слабое или расщепленное Эго, приводя к внезапным декомпенсациям после многих лет «спокойного периода».

Ряд исследований обнаружил, что больные, страдающие различными видами зависимости, имеют больше трудностей, связанных с саморегуляцией, возникших в результате особенностей ранних фаз развития, чем обычные люди.

Как и при других «архаических заболеваниях Я» (Г. Аммон) в этиологии наркоманий играет роль комплекс био-психо-социо-духовных факторов.

В настоящее время уже проведены исследования, доказывающие, что после краткосрочного (1-2 недели) пребывания в стационаре только у 10% алкоголиков и только у 2-3% наркоманов наблюдается ремиссия в течение года. При проведении поддерживающей психотерапии длительностью около 3-х месяцев после детоксикации, ремиссия около года наблюдается у 10-15% наркоманов. При более длительной (6-12 месяцев) работе с наркозависимыми трезвость в течение года фиксировалась уже у 30% пациентов. Это доказывает эффективность длительной психотерапии и реабилитации.

Как показывает наша практика наблюдения за пациентами в течение 12 лет по окончании стационарной программы, все более становится очевидной ригидность и ограниченность некоторых моделей реабилитации. Поэтому зависимые, прекращающие по какой-то причине посещение групп Анонимных алкоголиков (Анонимных наркоманов), или участники терапевтических или религиозных сообществ, вернувшись в свой привычный социум, остаются без привычной поддержки, безопасного окружения и подвергаются высокому риску рецидива.

В течение двух лет в Медицинском Центре «Бехтерев» отработывается модель психотерапевтической реабилитации. Ее методологической основой является синергетическая модель, основанная на био-психо-социо-духовной парадигме (рис. 1).

Синергетика — междисциплинарное научное направление о развитии и самоорганизации.

Принципы синергетики: нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур.

Синергетический подход можно представить 4 основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма, психогенез — развитие психических функций, социогенез — развитие социальных ролей и отношений, ноогенез — динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, базовые экзистенциальные мотивации, систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию и т.д.



Рисунок 1.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактал — это интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Синергетический подход предполагает индивидуальный подход к лечению — разные методы для разных людей. Некоторые пациенты с одним и тем же «диагнозом» имеют, вместе с тем, разные интересы, сильные и слабые стороны, и эти различия часто больше влияют на прогноз, чем сам диагноз. Так, лица с сопутствующей пограничной организацией личности, но низким реабилитационным потенциалом имеют худший прогноз, и их следует направлять на длительную реабилитацию после стационарного этапа реабилитации.

После прохождения детоксикации пациент попадает на первый этап реабилитации (предреабилитации), где в период от 4 до 14 дней проходит начальную подготовку, знакомится с правилами реабилитации, слушает базовый курс лекций по зависимости, завершает получение интенсивной терапии. Лечащий врач совместно с психологом предреабилитации и при участии врачей реабилитационного отделения принимают решение о переводе пациента с отделения предреабилитации на отделение реабилитации, следуя определенному алгоритму:

- успешное прохождение пациентом программы предреабилитации, соблюдение режима и правил отделения не менее 4-х дней;
- получение предварительного согласия пациента и его родственников на прохождение курса реабилитации, их информированность о сроках лечения, суммы оплаты и подписание ими правил пребывания в отделении реабилитации;
- оценка общесоматического состояния пациента (в том числе наличие выраженных явлений синдрома отмены, требующих назначения сильнодействующих веществ);
- приоритетом ускоренного перевода на отделение реабилитации пользуются те пациенты, родственники которых участвуют в семейной групповой психотерапии;
- ответственность за готовность пациента и его семьи участвовать в программе реабилитации несет старший психолог и заведующий отделением реабилитации после консилиума с участием родственников пациентов.

## Биологический аспект

Еще несколько лет назад мы полагали, что в отличие от психических расстройств, которыми занимается «большая психиатрия», при наркоманиях реже наблюдаются расстройства мышления, интеллектуальной сферы или другие выраженные психопатологические отклонения. В настоящее время эта позиция пересмотрена в связи с ростом коморбидной патологии. Пациенты имеют сопутствующие заболевания, такие как гепатит, ВИЧ-инфекция, депрессия.

Большинство пациентов имеют инфекционные и иные заболевания, прямо или косвенно являющихся следствием применения ПАВ. Поэтому повышение уровня знаний зависимых в отношении ВИЧ, вирусных гепатитов, ЗППП и пр., формирование установки на выполнение рекомендаций и назначений лечащего врача, осознание и

принятие процесса физического оздоровления как неотъемлемой части лечения наркомании (алкоголизма), — являются важными задачами реабилитации.

Стандартными методами являются консультации врача и лекции о сопутствующих наркомании заболеваниях: способы передачи, диагностика, течение болезни и лечение. Но эффективны и группы поддержки пациентов, объединенных по общему заболеванию. Например, группы поддержки носителей ВИЧ.

Если пациент узнает о своем заболевании в период нахождения в стационаре, задача специалистов — помочь в адаптации к факту обнаружения болезни. Известно, что больные проходят разные стадии психологической реакции на болезнь: отрицание или шок («этого не может быть», «это неправда»), гнев и агрессия («почему со мной»), «торговля» (поиск методов лечения, препаратов), депрессия и отчуждение («не хочу ничего», «не хочу жить»), принятие болезни и выстраивание новой жизненной стратегии (переосмысление своей жизни). Поведение персонала, включая психолога и психотерапевта, должно быть адекватно каждой стадии. Если больной находится на стадии отрицания, то нужно понять, что это помогает ему справиться в настоящее время с повседневной жизнью и путем поддерживающей терапии помочь определить ему список реальных целей. Если больной тревожен, его следует успокоить. В этом случае успеха можно достичь через поддерживающую терапию, обучение позитивному, «самогенному» мышлению или релаксационным техникам. В ситуации агрессии, гнева следует определить источник, на который они направлены. Если он находится вовне, то следует помочь отреагировать эмоции. В случае аутоагрессии помощь может состоять в расширении временной перспективы, ее осмысления, подключении вопросов о смысле жизни на данный период, стратегии и тактике поведения с учетом религиозной ориентации. В ситуации депрессии следует «высвободить» не пережитое горе, невысказанные обиды, заблокированные эмоции. При отчуждении — проанализировать семейные проблемы и выявить причины дисгармонии.

Важный момент в реабилитации — информирование пациентом родственников о факте обнаружения заболевания. Задача специалистов — помочь пациенту, зависимому от ПАВ, подготовиться психологически к беседе, к возможным эмоциональным реакциям близких на полученную информацию. По завершении встречи пациента с родными может понадобиться эмоциональная поддержка обеим сторонам, помощь в отреагировании эмоций, понимании необходимости изменений в жизни в связи с заболеванием. Биологический уровень предполагает назначение краткосрочной лекарственной терапии и медикаментозного сопровождения.

Другим средством, повышающим резервные возможности организма, является внедрение регулярных занятий лечебной физкультуры.

## Психологический аспект

Учитывая, что более половины пациентов с зависимостями имеют пограничную личностную организацию, работа с психологическим аспектом зависимости у пациентов распределена на ряд этапов.

1. Мотивационный этап. Здесь задачей служит преодоление отрицания болезни (анозогнозии), принятие болезни, формирование личностной установки на воздержание от психоактивных веществ. Это достигается путем прохождения ряда психообразовательных тренингов и мотивационных психотерапевтических групп, с использованием техник «Проживание зависимости до конца», техник, направленных на осознание

последствий зависимости во всех сферах жизни, самораскрытие в группе, получение обратной связи. Этот этап является базовым для всего дальнейшего реабилитационного процесса, и наиболее эффективное его прохождение возможно только в рамках групповой работы. Первая часть тетради, которой снабжаются пациенты, называется «Мотивация, смирение, принятие помощи».

2. Этап «ограничение зависимости» и формирование навыков совладания с патологическим влечением к ПАВ. На этом этапе пациенту необходимо признать в себе зависимую субличность («зависимое Я»), научиться распознавать ее проявления на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. В конце этого этапа пациент должен знать наиболее типичные когнитивные механизмы своего срыва, осознать психологические защиты, распознавать предвестники срыва, овладеть навыками совладания с провоцирующими и стрессовыми состояниями. Это достигается через групповую и индивидуальную психотерапевтическую работу с сопротивлением с использованием когнитивно-поведенческой, гештальт-терапии, психодраматических техник. Пациент регулярно сдает домашние задания из второй части рабочей тетради «Психологические защиты». Проиллюстрируем это следующим наблюдением:

На одном из занятий в ходе разогрева с использованием авторской коллекции фотографий пациентам предлагалось выбрать несколько открыток, отражающих их внутренний или внешний конфликт. Один из участников, Игорь выбрал фотографию «погасшие свечи»

Это напомнило ему о погибших друзьях в Чечне. Игорь отказался работать с этой темой. Денис выбрал фотографию «Старуха и шахматы» (рис. 2) и захотел поработать с ней.

*Денис (Д.): Это дьявол, который управлял моим поведением. У меня был конфликт с девушкой, когда мы сидели у меня на кухне. Потом я пошел в другую комнату, взял пистолет и выстрелил себе в живот.... Это темная высшая сила... Я не понимаю, почему я это сделал. Я не хотел этого. Это было против моей воли.*

*Психотерапевт (П.): Опиши дьявола.*

*Д: (от имени дьявола): Я злая сила, я мужчина, дьявол, я делаю это с Денисом за его поступки, за то, что избивал мужчин и женщин, за то, что избивал свою девушку на почве ревности.*

*Д: Я не хотел ее ни с кем делить. Тем более я занимался агрессивными видами спорта. Меня окружали мама, старший брат и бабушка. Брат заменял мне отца, когда я курил, пил, лазал по чердакам. Мой брат отдал меня в спорт, сказал, что надо быть жестким.*

*П: Давайте разыграем эту ситуацию. (Д. выбирает на роль дьявола Анну, выбирает себе дубля).*

*Дьявол: Пойди и сделай это. Умри, собака!*

*П: Почему тебе нужна душа именно этого человека?*

*Дьявол: Я видел, что человек сомневается, и я воспользовался этим, я заставил его сделать это.*

*П. (обращаясь к протагонисту): После того как ты выжил, тебе что-нибудь нашептывал Дьявол?*



*Рисунок 2. Старуха и шахматы.*

*Д: Да. Он сказал, что я не довел дело до конца. «Умри!». Он хочет моей смерти.*

*Дьявол: Ты слабый и я все равно тебя убью. Рано или поздно ты засомневаешься.*

*Д. (после длительного молчания): Я не сомневаюсь.*

*Дьявол: Ты сомневаешься прямо сейчас, а значит, я своего добьюсь.*

*Д. (уверенно): Я в тебя не верю, дьявол, я верю в Бога! Пошел вон из моей жизни!*

3. Этап личностной реконструктивной терапии. С развитием пациента, его социальных связей более эффективный результат дают гуманистический подход в психотерапии, развивающие потенциалы зависимого согласно индивидуальным особенностям личности и с учетом реальной среды жизнедеятельности. На первый план выходят общечеловеческие вопросы, такие как творческая адаптация в социуме и гармоничное взаимодействие с людьми, удовлетворение потребностей и самореализация, душевное спокойствие и духовный рост, самореализация и пр. Игнорирование этих тем, являющихся важными направлениями третичной профилактики наркомании и алкоголизма, может привести к стагнации, а затем и регрессу личностного и социального развития зависимого. Это, в свою очередь, чревато возвратом к старым паттернам поведения и

рецидиву болезни. Домашние задания этого этапа способствуют усилению рефлексии пациента, формированию наблюдающего Я.

Очень важным является прямое ежедневное наблюдение за пациентом в терапевтических группах. Отмечаются такие моменты как вербальное и невербальное поведение, открывающиеся психодинамические проблемы и проблемы, связанные с наркотиками, коммуникативные особенности.

На этом этапе идет проработка иррациональных установок, дезадаптивных личностных схем и паттернов поведения, поддерживающих аддикцию. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. Внедрена динамическая модель ведения терапевтических групп, имеющая свои особенности (большая активность терапевта, перерывы в середине группы). Супервизорская практика показывает, что в адаптации динамических групп к наркозависимым пациентам имеются следующие ловушки.

- Психолог не знаком с личной историей или историей зависимости пациента.
- Психолог слишком увлекся психодинамической техникой и «забыл», что другие вмешательства в данном случае не менее ценны и должны основываться на запросе пациента.
- Психолог или слишком вовлечен в процесс (созависим) или отстранен. Имея собственные слепые пятна и стимулируя выздоровление пациента, психолог может «передозировать пациента психотерапевтическими вмешательствами».
- Психолог, имеющий подготовку в узкоспецифической модели (гештальт-терапия, системные расстановки по Хелингеру), берясь проводить психодинамические группы, может оказать «медвежью услугу» пациенту, не готовому, в силу слабости развития «наблюдающего Я», к осознанию проблемы при применении некоторых вмешательств. В подобных случаях пациент нуждается в «выравнивании» в индивидуальной работе с личным психологом.

Также важно изучить проявления переноса и контрпереноса в различных групповых занятиях и контактах со специалистами. Следует подчеркнуть, что реабилитанты часто переносят на специалистов определенные ролевые ожидания, не оправдавшиеся в их дисфункциональных семьях. Все наблюдения фиксируются в журнале наблюдений за пациентами, который находится у дежурного психолога.

Члены реабилитационной команды определяют индивидуальную лечебную программу данного пациента. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо. Так, пациент активно вовлекается в различные виды групповой активности, появляется возможность наблюдать различные грани его личности. Более того, коморбидные пациенты, зачастую неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля».

Успешность индивидуальной терапии достигается четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия (Назыров Р.К., Ремесло М.Б). Выделяют следующие группы «мишеней»: 1-я группа: клинические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики); 2-я группа: мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей па-



циента; 3-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического процесса; 4-я группа: психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации; 5-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

В реабилитации наркозависимых наименее разработанными являются мишени 2-й, 4-й и 5-й групп. Трудностями выделения мишеней 2-й группы служит тот факт, что более половины пациентов имеют пограничную личностную организацию и соответственно эго-синтонное отношение к имеющейся симптоматике (2-я ось DSM IV). Специфика клинической ситуации состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему (4-я ось DSM IV). Все это заставляет искать методики, интенсифицирующие проработку проблем пациентов (5-я мишень) в рамках краткосрочной стационарной реабилитации (45 суток), косвенно связанных с «мишенями нозологической специфичности».

Один из таких методических приемов — выделение центральной, ядерной конфликтной темы отношений. Данный вариант краткосрочной фокальной психодинамически ориентированной психотерапии разработан американским психологом Люборски. Темы ядерных конфликтных отношений выводятся из рассказа (нарратива) пациента. В каждом эпизоде отношений психотерапевтом выделяется основной мотив (стремление, желание, потребность), движущий больным в общении, реакция окружающих на этот мотив и ответная реакция пациента. В качестве реакций учитываются сопутствующие эмоциональные переживания. Таким образом, ядерная конфликтная тема отношений служит своего рода и фундаментом психодинамически-ориентированной индивидуальной психотерапии, и катализатором психотерапевтического процесса, что немаловажно в рамках краткосрочной программы реабилитации. Для понижения ядерного конфликта необходима следующая информация.

1. Обсуждаются желания, потребности, намерения пациента, то есть то, что он предполагал достичь в интеракции с окружающими людьми в представленной им ситуации нарратива. У наркозависимых часто выявляются следующие потребности, желания, намерения.
  - доверять другим (не быть обманутым);
  - быть принятым (быть не осуждаемым, одобряемым);
  - принимать помощь (быть защищенным, поддерживаемым);
  - быть понятым (быть правильно воспринятым);
  - быть открытым (выражать самого себя, общаться);
  - не быть обиженным (избегать боли, раздражения, отвержения);
  - разрядить внутреннее напряжение.
2. Уточняются действия субъекта, которые он предпринимал для достижения удовлетворения своих желаний, намерений или потребностей, то есть анализируются вербальная продукция и поступки пациента в нарративе.
3. Проводится анализ того, каких реакций со стороны объекта ожидал пациент в результате приведенной интеракции.
4. Уточняются реакции объекта, то есть того или тех с кем взаимодействовал субъект. Здесь должна быть получена информация о том, что говорил и как действовал объект в ситуации нарратива.
5. Проводится опрос, направленный на раскрытие реакций субъекта в приведенной истории, то есть оценивается степень фрустрации, возникшей в результате неосуществления желаний, потребностей или намерений пациента.

6. На основе полученных сведений выявляются истинные желания, потребности и намерения пациента. Таким образом, определяется ядерный конфликт, который основан на одной из фрустрированных потребностей.

Тематическая направленность фокусов в сочетании с четким структурированием «мишеней» позволяет проводить индивидуальные сессии с пациентами психологам с различным опытом работы.

Таблица 13.

**Клинический пример. Руслан, наркозависимый, 28 лет**

Желание (Я-репрезентация)	Реакция объекта (объект-репрезентация)	Реакция субъекта (аффективное состояние)	Ядерная конфликтная тема отношений
Я хочу независимости	Мать продолжает контролировать каждый мой шаг	Я злюсь	Конфликт сепарации-индивидуации
Я привык решать все проблемы с помощью наркотиков	Скоро от меня отвернутся все родственники	«поэтому я боюсь себя... страх сорваться на легких наркотиках и девчонках»	Конфликт между Эго и влечениями (Между «трезвым» и «зависимым» Я)

Следующим этапом работы служит создание альтернативных вариантов поведенческого и мыслительного копинга.

Сдача домашнего задания, посвященного какому-либо аспекту зависимости, может также быть такой темой.

В качестве иллюстрации приведем пример домашнего задания, выполненного после лекции «Душевные и духовные расстройства»:

«Перфекционизм». «Мой перфекционизм начался еще в детстве и понятия «хорошо» у меня нет до сих пор. В детстве меня наказывали за «3» и «2» так, что у меня особого выбора не было. Поэтому приходилось учиться только на «4» и «5». И только в пятом классе, когда у меня появился брат, на мою успеваемость родители, так сказать, «забили». Этот перфекционизм также проявлялся у меня в спорте. Когда я занимался хорошо, но не смог сдать экзамен на 10 дан, родители меня тоже наказывали. На соревнованиях, на которых я не добивался успеха, меня стыдили и высмеивали. Так же формировалось отношение к игрушкам и вещам. «Лучше одна вещь, но хорошая», — говорила мне постоянно мама. На сегодняшний день у меня в голове несколько установок.

1. Лучше иметь одну или несколько вещей, но «брендовых» и дорогих.
2. Лучше вообще не заниматься спортом, если в дальнейшем не будет достижений.
3. Хочется всего и сразу.

Мой перфекционизм также проявился в срыве. Когда у меня был ущерб моим материальным ценностям и потеря работы, то я себе говорил: «На хрена мне такая трезвость нужна, от нее только минусы».

Если смотреть и отслеживать мое поведение, то перфекционизм проявляется практически во всех моих поступках, так, например, на сдаче домашнего задания вчера. Я сдавал тему «мои обиды» и ожидал, что психолог оценит мою работу и даст мне положительную обратную связь или предложит мне что-то доработать. Но в ответ я получил только то, что я написал не то домашнее задание и вообще неправильно понял тему, в

результате я почувствовал, что не оправдал ожидания психолога и группы. Это домашнее задание меня «выстегнуло». Следующее задание реабилитанта я вообще пропустил мимо ушей. Я постоянно прокручивал в голове, что же за тема была и почему я такой неудачник».

Следует подчеркнуть, что некоторыми пациентами в течение всего периода может прорабатываться одна тема, например, «дефект характера — уникальность». Количество индивидуальных сессий колеблется от 6-и до 10-и за период пребывания в стационарной реабилитации.

## Социальный аспект

Социальный аспект зависимости в рамках медицинской модели реабилитации охватывает работу с семейной системой (выявление и коррекция созависимых форм внутрисемейного взаимодействия), тренингах коммуникации, уверенности в себе и пр.

Примерный план работы с родственниками пациента состоит из нескольких этапов.

1 этап. Диагностика семейной системы.

1. Первичная консультация.
2. Психодиагностика семьи.
3. Семейная консультация по результатам психодиагностики.

3 этап. Тренинг родительской компетентности.

1. Вводный семинар.
2. Занятие по теме: «кризис».
3. Занятие по теме: «эмоции».
4. Занятие по теме: «конфликты».
5. Занятие по теме: «понятие созависимости».
6. Занятие по теме: «составные части наркозависимости».
7. Занятие по теме: «признаки употребления наркотиков».
8. Занятие по теме: «эффективная коммуникация с наркозависимым».
9. Занятие по теме: «права, ответственность, контроль».
10. Занятие по теме: «эффективные методы воздействия на поведение наркозависимого».
11. Занятие по теме: «конструктивный спор».
12. Занятие по теме: «подведение итогов тренинга родительской компетентности».

3 этап. Семейная психотерапия и психокоррекция. Существует регулярная группа для созависимых, где родственники после выписки пациента получают поддерживающую терапию.

4 этап. Оценка результативности.

1. Итоговая диагностика.
2. Итоговая семейная консультация.

## Экзистенциальный (духовный) аспект

Проработка в индивидуальной терапии таких экзистенциальных категорий как «выбор, вина, ответственность, свобода, смысл жизни». Работа с глубинными базовыми тревогами существования. Выход на духовный аспект зависимости. Эта работа

продолжает осуществляться на амбулаторном этапе. 1 раз в неделю проводится тематически-ориентированная экзистенциальная группа и одно занятие в неделю проводит священник православной церкви.

## Супервизия

Клиническая супервизия определяется как организованный наставнический метод изучения процесса психотерапии, в котором принципы трансформируются в практические навыки в административном, оценочном, клиническом и поддерживающих направлениях. В таком случае наблюдения, упомянутые выше, служат основой для клиничко-психотерапевтической конференции, специфической формы супервизии в условиях стационара, которая обычно проводится для тех пациентов, которые не вписываются в стандартную программу.

В клиничко-психотерапевтической конференции участвуют все сотрудники, вовлеченные в лечение пациента: лечащий врач, психолог, групповой психотерапевт, а также сотрудники клиники (часть из них были лечащими врачами пациента на «остром этапе»). Все участники разбора докладывают о собственной точке зрения на проблемы и динамику пациента. Для оценки динамики реабилитации необходимо понять замедление выполнения заданий, сдерживающие моменты, собственную рефлексию, равно как и работу «наблюдающего Эго». Важными вопросами являются: Соответствует ли темп реабилитации возможностям пациента? Нужна ли коррекция? Понятен ли пациент в аспекте психодинамического диагноза? Что мешает установлению терапевтических отношений между пациентом и членами реабилитационной команды? Кроме того, руководитель консилиума (супервизор) выполняет следующие функции:

- наблюдает субъективные реакции, настроение, фантазии, ассоциации, невербальное поведение, интуитивные представления;
- принимает во внимание «параллельный процесс»;
- выдвигает гипотезы о том, что произошло с пациентом;
- рассказывает о собственном опыте контакта с подобными пациентами.

В этом плане тщательная диагностика и включенное наблюдение всех сотрудников позволяют сделать адекватное диагностическое заключение. У пациентов, проходящих повторную реабилитацию, несмотря на срывы, наблюдаются структурные изменения. Преодоление «синдрома диффузной идентичности» у наркозависимых с пограничным уровнем организации личности и движение к целостной Я-концепции является сверхзадачей реабилитационного процесса («психотерапия идентичности» по Аммону). Дискуссия в группе реабилитационной команды, разворачивающаяся в процессе разбора, полезна для вынесения суждения о бессознательной динамике пациента. Иногда сотрудники вступают в страстный спор друг с другом, настаивая каждый на собственном видении пациента. Приведем клинический пример:

Михаил. В. 35 лет. Рос в неполной семье, отец покончил с собой, когда Михаилу был один год, мать на протяжении 12 лет скрывала это факт, говорила, что он геройски погиб на военных испытаниях. Узнав правду о смерти отца, Михаил (с его слов) испытал сильный стресс, что его дурачили все эти годы, что он как «глупец» рассказывал своим одноклассником о героической гибели отца. После этого инцидента «мир перевернулся», и Михаил кардинально изменил свое поведение, превратившись из хорошего послушного мальчика в разнузданного хулигана.

Мать в детстве очень жестоко была к нему, объясняя это тем, что заменяет ему отца. В шестнадцать лет он попал в детскую колонию, после чего стал употреблять алкоголь и наркотики. Затем периодически находился в колониях на разных сроках, что в общей сложности составило девять лет. В судьбе Михаила произошла трагедия, он попал в автокатастрофу на мотоцикле, в которой погибла его девушка, он винил в этом себя, потому что не надел ей шлем. Это тяжелое, невыносимое чувство вины вновь и вновь возвращало его к употреблению героина. Неоднократно попадая в городские наркологические больницы и реабилитационные центры, он отчаянно пытался победить свой недуг, однако его трезвость сохранялась ненадолго.

Михаил рассказывал о себе, что был всегда не по годам развит, экстерном окончил музыкальную школу, владеет в совершенстве английским языком, увлекался с ранних лет чтением психологической литературы, играет на гитаре, поет, пишет музыку и стихи, красиво рисует. На сегодняшний день он учится в одном из частных институтов на детского психолога, хотя в глубине души, всегда мечтал стать артистом.

В данный момент Михаил проходит реабилитационную программу снятия наркотической зависимости в одном из частных наркологических центров. Срок трезвости один месяц. В психотерапевтической группе Михаил активно и продуктивно работал, артистически вживался в роли в процессе психодрамы, всегда проявлял лидерские качества на группе, участницы относились к нему с большим уважением.

При проведении психологического обследования испытуемый охотно шел на сотрудничество. Контакт носил свободный неформальный характер и сохранялся таковым до окончания эксперимента. Однако он не столько проявлял интерес к проводимому исследованию и его возможным результатам, сколько был заинтересован в процессе общения, возможности выговориться, получить внимание, поддержку и сочувствие. Мотив экспертизы при этом не формировался, так как для него требовалось наличие исследовательской мотивации, когда есть заинтересованность в том, чтобы выяснить что-то содержательное о себе. Однако от выполнения заданий и методик пациент не отказывался, выполнял их четко, аккуратно, старательно, ни разу при этом не поинтересовавшись у экспериментатора, на что направлены методики и что они выявляют. В результате проведенного обследования были получены следующие данные.

*Внимание.* Время выполнения пробы на внимание в пределах возрастной среднестатистической нормы. Количество ошибок, допущенных испытуемым, двадцать одна при норме пятнадцать, что говорит о сниженной устойчивости внимания и концентрации испытуемого.

*Память.* Выявлены высокие показатели протекания мнестической деятельности. В методике на непосредственное произвольное запоминание испытуемый верно воспроизвел 10 слов к третьему предъявлению (в норме до пяти предъявлений). Продуктивность долговременного припоминания составила 90%. При исследовании процессов опосредованного произвольного запоминания по методике пиктограмма допустил две ошибки, вспомнив 14 образов из 16, что является нормой. На слово «обман» испытуемый выбрал личную психотравмирующую историю семьи (о смерти отца). Две допущенные ошибки имели прямое отношение к употреблению ПАВ. На слово «болезнь» испытуемый, по его словам, рисовал шприц наркомана. На слово «победа» также он изобразил шприц, только уже зачеркнутый, что символизирует победу над болезнью. Через определенное время на просьбу вспомнить слова по образам испытуемый делает две ошибки на символах со шприцем.

Работал в сниженном темпе, увлекаясь художественными нюансами. Эффективность опосредованного запоминания составила 80%. Пиктограммы носили конкрет-

ный и индивидуально-символический характер, были достаточно эмоционально насыщены. Логическая память развита лучше, чем механическая. Мотивационный компонент памяти сохранен.

По опроснику «Семейные эмоциональные коммуникации» выявлены следующие результаты. Общий показатель 62 балла (при норме 44-45,1). Имело место повышение по следующим шкалам. Шкала «стремление к внешнему благополучию». Оценивает стремление семьи скрывать, лакировать, не видеть и не выдавать окружающим свои проблемы. Пациент набрал 8 баллов при норме 5,9-6,2. Шкала «семейный перфекционизм». Отражает воспитание ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству. Здесь 6 баллов (норма 4,80-5,7). Шкала «сверхвключенность». Отражает стремление родителей быть максимально включенными в жизнь ребенка. У пациента 8 баллов (норма 7-7,2), что незначительно превышает норму

Таким образом, данная методика свидетельствует о поощрении в семье нарциссических установок престижа и внешнего благополучия.

По методике *SCL-90* у испытуемого были обнаружены высокие показатели по всем шкалам кроме шкалы «Фобии» (на границе с верхней нормой). Наиболее высокий показатель обнаружен по шкале «Враждебность» (выше чем у больных невротами и даже выше, чем у стационарных психиатрических больных). Высокие показатели были диагностированы по шкалам: «Паранойяльность» и «Дополнительные пункты» (выше чем у стационарных психиатрических больных). Также превышены такие показатели как «Соматизация», «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная тревожность», «Депрессивность», «Тревожность», «Психотизм». Основные жалобы, которые были диагностированы у испытуемого с помощью симптоматического опросника: повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли, чувство недовольства другими, чувство одиночества, желание часто вступать в спор, чувство одиночества даже в присутствии людей, чувство вины.

Метод незаконченных предложений выявил у пациента выраженную проблематику в таких сферах как: отношение к своему прошлому, основные проблемные темы, страхи и воспоминания. Приведем примеры наиболее значимых проблемных зон:

- думаю, что мой отец редко был трезвым,
- знаю, что глупо, но боюсь окончить театральную академию (сойти с ума),
- когда я был ребенком, меня беспощадно била мама,
- идеалом женщины для меня является моя мама,
- моя мама и я — это любовь,
- моя мать — самая лучшая женщина,
- по сравнению с большинством других семей моя семья не благополучная,
- сделал бы все, чтобы забыть тюрьму и «тюремный дурдом»,
- если бы мой отец только захотел, то включил бы голову и не повесился,
- большинство моих товарищей не знают, что я боюсь их,
- я хотел бы, чтобы мой отец воскрес и не пил,
- когда я был молодым, то чувствовал вину, если совершал преступления,
- люди, превосходство которых над собой я признаю, руководят мной безраздельно,
- самое худшее, что мне случилось совершить, это вешаться и бить ножом.

В ходе клинико-психотерапевтического разбора, используя метод включенного наблюдения и данные психодиагностики, специалисты пришли к следующему заключению. У пациента диагностировано пограничное расстройство личности, осложненное героиновой наркоманией. Рекомендовано структурировать и индивидуализировать программу. В особенности обратить внимание на следующие направления работы:

- осознание пациентом своей болезни;
- ответственность за свою жизнь и выздоровление;
- реконструкция дезадаптивных форм поведения и иррациональных убеждений;
- проработка чувства вины и ненависти;
- ядерной конфликтной темой отношения служили конфликтно-симбиотические отношения с матерью;
- понимание и нахождение смысла жизни;
- использование художественных способностей пациента как ресурса в выздоровлении.

Следует еще раз отметить, что, помимо определения индивидуальных особенностей пациента и мишеней для лечения (реабилитации, психотерапии), психодиагностика может производить и психотерапевтический эффект. Так, правильно построенное обсуждение результатов психодиагностики может помочь пациенту лучше понять себя и свою болезнь, положительно повлиять на его мотивацию к лечению.

Каждая клиническая конференция уникальна, так как неповторима личность пациента. Некоторые пациенты беспокоятся по поводу своих «клинических разборов», другие рады уделяемому вниманию и заботе, встречаются и такие, которые специально готовятся к этому мероприятию, принося с собой рисунки с психотерапевтической группы, дневники. Клиническая конференция, в целом, имеет терапевтическое значение для пациента. Очень часто это поворотный момент для всего процесса лечения. Во время подобного разбора пациент непосредственно сталкивается с информацией о самом себе, собранной воедино. Например, пациент с невротическим уровнем организации личности в начале лечения требует меньшей поддержки по сравнению с пограничным пациентом, который реагирует разнообразными защитами с целью избежать личностного роста. Такой пограничный пациент выдержит прямую конфронтацию со своим деструктивным поведением при условии, что отношения реабилитационная команда — пациент достаточно стабильны. Относительно планирования будущего, первостепенное значение имеет обсуждение вопросов, связанных с работой, местом проживания и постреабилитационным сопровождением, включая профессиональное развитие. Требования общества, равно как возможности и ограничения пациента должны быть учтены при планировании жизни после выписки. Для дальнейшего развития после лечения в больнице пациенту требуется очертить здоровую и поддерживающую среду в смысле «социально-энергетического поля». Большой частью это связано с продолжающейся амбулаторной реабилитацией, целью которой является стабилизация прогресса, достигнутого в клинике. Все данные о пациенте заносятся в специальную карту (Приложение 3). Как видно из таблицы, карта состоит из двух частей: клинический анализ базируется на многоосевой диагностике, психотерапевтический анализ — на современных принципах клинической психотерапии.

Зачастую отношения «пациент — значимое окружение» носят незрелый, конфликтный характер, свойственный пограничным пациентам. В связи с этим родители, по мере возможностей, также приглашаются на подобный консилиум, ибо готовность семейной системы к изменениям — важный фактор в профилактике рецидивов. С другой стороны, в случае «нестандартного пациента» родителям должна быть предоставлена исчерпывающая информация, так как семья часто оплачивает лечение.

С нашей точки зрения, клиничко-психотерапевтическая конференция, являясь высоко коммуникативным процессом, служит и вариантом групповой супервизии, в котором пациент выступает как активный участник. Принципы современной психотерапии и диагностики предусматривают использование ресурсов пациента, укрепление

и поддержку его творческого потенциала до такой степени, когда болезнь утратит свое ограничивающее жизнь значение.

Важно последовательно осуществлять реабилитационный процесс, плавно переходя от стационарного к амбулаторному этапу. Лечащий врач принимает решение о переводе пациента на амбулаторный режим, основываясь на клинической динамике (стабилизация психоэмоционального состояния, отсутствие компульсивного поведения), создание условий для амбулаторного прохождения этапа реабилитации (готовность семейной системы), докладе психологов отделения реабилитации о выполнении им основной части программ, включающей в себя следующие компоненты:

- выполненные мотивационные домашние задания (причины, здоровье, семья, работа, учеба, другие родственники и знакомые, финансы);
- прослушанные лекции и проработанные в домашних заданиях психологические защиты «отрицание и рационализация»;
- прописанные в домашнем задании границы безопасности;
- составленный самостоятельно и принятый индивидуальным психологом «Кризисный план»;
- зачтенная итоговая работа: «Каким я пришел на отделение реабилитации, что во мне изменилось, с чем ухожу»;
- прописанный план дальнейшего лечения (вместе с родителями).

За несколько дней до перевода с пациентом и семьей заключается семейный договор, в котором учтены все необходимые требования данного режима.

Пациенты, не успевающие выполнить аналитические задачи 3-й части рабочей тетради, названной «Психологические особенности зависимости», на этапе стационарной реабилитации продолжают их выполнять при переводе пациента со стационарного этапа на режим дневного стационара.

Пациент, приходящий на занятия по модели «Дневной стационар», обязан проходить тестирование мочи на наличие ПАВ.

Индивидуальный психолог, вне зависимости от состояния пациента, осуществляет телефонный мониторинг еженедельно, включая разговор с родителями, в течение 2-х месяцев после выписки, в дальнейшем — в зависимости от состояния пациента. Если пациент продолжает лечение в Медицинском «Центре Бехтерев», мониторинг проводится 2 раза в месяц в течение года, если находится в другом реабилитационном центре, в течение 6-и месяцев проводится ежемесячный телефонный мониторинг.

Таким образом, только комплексное всестороннее воздействие на личность, основанное на современных знаниях о природе зависимости (аддикции) с использованием новейших достижений в области психотерапии позволяет осуществить патогенетический подход к лечению зависимостей в рамках медицинской (психотерапевтической) модели. Убедившись в том, что предмет зависимости (игра, наркотик) обусловлен скорее синергетикой факторов и не влияет на тактику лечения, мы интегрируем подходы ленинградской школы психотерапии с инновационными технологиями.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СООБЩЕСТВА И ИХ ПРЕДШЕСТВЕННИКИ В РОССИИ

Попытки организовать лечебный процесс в больших, специально созданных группах наркологических больных, предпринимались отечественными врачами еще в начале XX века. В Москве в 1898-1914 годах А.М. Коровин создавал специальные отде-



ления для алкоголиков и морфинистов, в которых использовалось самообслуживание, взаимная поддержка и контроль за трезвостью пациентов. В эти же годы сотрудником В.М. Бехтерева доктором В.В. Ольдерогге была открыта «Колония Св. Леонида для алкоголиков и наркоманов» на 25 мужчин. Это лечебное учреждение находилось на острове Куусаари, вблизи г. Котка. Длительность пребывания больных в этой колонии предписывалась не менее года» (цит. по книге Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.Н. «Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме», 2007) Следует упомянуть, что и другие отечественные врачи использовали групповые формы лечения больных алкоголизмом при проведении сеансов гипнотерапии (саратовский врач И.В. Вяземский, 1904 год).

В 1925-1927 годах В.М. Бехтерев опубликовал ряд работ о массовой (коллективной) психотерапии, в которых сформулировал преимущества и выгоды коллективного метода лечения: гипноз получается более глубоким; возможно амбулаторное лечение больных; такое лечение экономит время и дает возможность охватить большое количество нуждающихся в помощи; метод имеет огромное просветительское значение. Широко известен опыт перевоспитания беспризорных подростков, употреблявших алкоголь и кокаин, в трудовых колониях, которыми руководил А.С. Макаренко. В этих колониях использовались элементы самоуправления, контроля, коллективных бесед, созидательного труда и учебы, физкультуры.

В дальнейшем, на долгие годы в отечественной медицинской практике лечения наркозависимых применялись лишь гипноз, условно-рефлекторная терапия и сенсibiliзирующее лечение. В 1959 году Р.А. Зечепицкий, В.А. Часов и Е.К. Яковлева опубликовали статью о коллективной психотерапии алкоголизма. Первые клубы трезвости в СССР появились в Латвии и Литве (1967), затем появились публикации о групповой и длительной поддерживающей психотерапии (Зеневич Г.В., Либих С.С., 1965; Гребенников В.С., 1972; Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., 1977; Бурно М.Е., 1981; Павлов И.С., 1980; Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1982 и др.). В этих публикациях анализировался практический опыт применения групповых форм психотерапии в лечении и реабилитации наркологических больных.

В 1997 году МЗ РФ (Приказ № 76 от 18.03.1997 «О наркологических реабилитационных центрах») рекомендовало создавать реабилитационные наркологические центры, в структуре которых впервые в отечественной наркологии появлялась возможность организовывать Терапевтические Сообщества.

Основной целью ТС является создание благоприятных условий для изменения образа жизни наркозависимого через сообщество активных и заинтересованных людей, работающих и обучающихся вместе, чтобы помочь самим себе и друг другу.

ТС предполагает комплексный подход, который предусматривает, что в условиях реабилитационной среды участник программы постепенно проходит стадии изменений (личностные, статусные, групповые), участвует в управлении ТС и приобретает необходимые жизненные навыки для обретения и поддержания трезвеннического мировоззрения. В ТС считается, что возвращение к нормальной жизни зависимых от психоактивных веществ должно проходить через личностный рост, принятие и образцовое исполнение правил и норм ТС в условиях полной абстиненции от химических веществ (за исключением лекарственных средств, назначенных врачом-консультантом для нормализации соматического состояния участника программы, заболевшего во время пребывания в ТС).

ТС исходят из того, что возвращение в нормальную жизнь зависимого от наркотических веществ должно проходить через интеграцию в общественную жизнь ТС,

напоминающего большую семью, в которой есть система поощрений и наказаний, распределение обязанностей, уважение прав члена семьи, оценка его возможностей выполнения конкретных заданий, пример для подражания со стороны старших, создание атмосферы защищенности и заботы и т.п. Большинство ТС используют иерархическую или демократическую модель построения взаимоотношений. Считается, что большинство ТС используют классическую модель, разработанную в США («Phoenix House», «Daytop»), в Европейских странах чаще используется демократический стиль руководства ТС.

Модель «Терапевтического Сообщества» реализуется в России в эклектических вариантах. Реабилитационные учреждения испытывают трудности в формировании и долгосрочном функционировании подлинной терапевтической (реабилитационной) среды, для создания которой необходимы высококвалифицированные кадры, проникнутые идеологией реабилитации и способные работать как единая «бригада» в рамках партнерских (непатерналистских) отношений с пациентами. К сожалению, в настоящее время наркологическая служба далеко не везде располагает такими возможностями, но попытки создания и тиражирования модели «терапевтического сообщества» обнадеживают (Иванец Н.Н., Пелипас В.Е., Дудко Т.Н., Цетлин М.Г., 2005).

В близких к российским условиям организовывался польский МОНАР. Эта система, первые звенья которой по образу и подобию «Daytop» психолог Марк Котаньский начал создавать еще в конце 60-х годов, сегодня представляет собой широкую сеть реабилитационных центров для наркозависимых по всей Польше и с филиалами в других странах. Один из таких филиалов существует и на территории России — в Калининграде. Их опыт представляет интерес и заслуживает внимания в силу больших сроков трезвости, которые демонстрируют пациенты после прохождения полного курса лечебно-реабилитационных мероприятий в терапевтическом сообществе, входящем в «МОНАР». Продолжительность курса реабилитации в такой программе — не менее 12 месяцев. Основные правила: закон трезвости, закон территории (ограничение перемещения), закон сексуальной абстиненции (запрет на сексуальные отношения между реабилитируемыми), закон вежливости и добропорядочности, запрет на проявление агрессии и некоторые другие, записанные в устав общины. Плодотворная и эффективная деятельность польской ассоциации «МОНАР» по реабилитации лиц с химической зависимостью была подробно описана в методическом пособии «Promising practices in drug treatment: findings from Europe», опубликованном в мае 2003 года на английском языке при поддержке Отдела по вопросам международного наркооборота и преступности Госдепартамента США (Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, United States Department of State). На русском языке подробно были описаны принципы функционирования подобных ТС (Валентик Ю.В., 2001).

### Отечественные программы медико-психологической реабилитации, использующие технологии ТС

В соответствии с приказом Минздрава России № 76 от 18.03.1997 г. «О наркологических реабилитационных центрах» в Российской Федерации начали создаваться наркологические реабилитационные учреждения, для осуществления специализированной реабилитационной помощи больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. К ним относятся: реабилитационные центры, отделения социальной и медицинской реабилитации. Отделение социальной и медицинской реабилитации является

основным звеном реабилитационного центра. Отделение работает в режиме круглосуточного стационара, могут выделяться койки для работы в режиме ночного профилактория для больных, работающих в ночное время по своей профессии. Кроме того, в отделении предусматривается процедурный, физиотерапевтический кабинеты, а также кабинеты для врачей-консультантов, психотерапевта, психолога, социального работника. Предусмотрено создание библиотеки, аудио- и видеотеки с необходимой аппаратурой и материалами для реализации реабилитационных и психотерапевтических программ. В структуре отделения создается спортивный зал для привлечения больных к лечебно-оздоровительным физическим занятиям с целью реализации технологий занятости и досуга.

Необходимым условием успешного осуществления реабилитационных программ является создание Реабилитационной среды (РС), которая представляет собой совокупность организационных и функциональных факторов, объединенных программой реабилитации и влияющих на формирование нормативных качеств наркологических больных. Она является не только терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

РС следует рассматривать в качестве промежуточного звена между открытым обществом и пациентом. Воздействие на больного осуществляется не прямо через общество (макросреду), а опосредованно, через специально организованную среду (микросреду) реабилитационного учреждения. В этой связи формируемые в РС позитивные традиции, ритуалы и правила приобретают особое психотерапевтическое значение. Умение реализоваться в РС является одним из основных этапов выздоровления и требует от больных усилий, направленных на максимальное использование всех своих физических, психических, личностных и духовных качеств. Стабильность приобретенных навыков в значительной мере обеспечивает качество ремиссий вне реабилитационного учреждения (Дудко.Т.Н. с соавт., 2009).

Амбулаторное реабилитационное отделение осуществляет консультирование, отбор и распределение больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, в подразделения реабилитационного центра или наркологической больницы. Кроме этого отделение реализует реабилитационные программы для больных, находящихся в реабилитационном общегитии или в терапевтическом сообществе; осуществляет поддерживающие (профилактические) реабилитационные программы с больными, прошедшими реабилитацию в подразделениях реабилитационного центра; оказывает медико-психологическую поддержку семьям больных.

Амбулаторные и стационарные отделения взаимодействует с клубами АА, АН, семейными клубами трезвости и др. Каждое наркологическое реабилитационное подразделение имеет свои штаты и соответствующие функциональные обязанности сотрудников.

Целесообразность применения последовательно организованных и теоретически обоснованных реабилитационных подходов, разработанных в отделе наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева доказана многолетней деятельностью ТС «Оптимист» (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Голубев А.А., 2000).

Слепое копирование и эклектическое применение отдельных элементов современных реабилитационных программ вряд ли будет способствовать повышению эффективности реабилитации наркологических больных и совершенствованию терапев-

тических программ. Отметим, что возможность самосовершенствования и является одной из важных характеристик реализуемых на практике реабилитационных наркологических программ.

ТС наркологических больных, их родственников и медицинского персонала наркологического учреждения должно являться завершающим звеном реабилитационной программы. Основные задачи ТС существенно дополняют терапевтические задачи, которые решаются в процессе индивидуальной, групповой краткосрочной и групповой поддерживающей (в том числе и семейной) психотерапии, сочетающейся с фармакотерапией при сопутствующих психических расстройствах (коморбидности). К ним, в первую очередь, относятся такие задачи, решение которых затруднено или невозможно на ранних стадиях реабилитационного процесса. По сути, речь идет о смещении акцента с психотерапевтических воздействий на социотерапевтическое взаимодействие членов ТС.

При этом основные задачи ТС формулируются следующим образом: 1) упрочение установок членов сообщества на полный отказ от употребления запрещенных психоактивных веществ и алкоголя; 2) закрепление навыков абстиненции; 3) взаимопомощь членов ТС; 4) создание реальной лечебной перспективы как для самих пациентов, так и для других членов сообщества — родственников больных и медицинского персонала; 5) профилактика рецидивов зависимости от психоактивных веществ с учетом выработки фоновых фармакотерапевтических схем; 6) вовлечение детей и подростков и семей больных в деятельность ТС; 7) пропаганда абстинентного образа жизни; 8) существенное улучшение качества жизни членов ТС.

Несмотря на то, что членство в ТС добровольное, имеется ряд ограничений: как правило, в деятельности ТС могут принимать участие зависимые от психоактивных веществ и их родственники, участвовавшие в терапевтических программах краткосрочной (стационарной и амбулаторной) и поддерживающей (амбулаторной) психотерапии, полностью разделяющие цели деятельности ТС и его основные правила и традиции.

Формы деятельности ТС разнообразны и зависят от реальных условий контингента больных и их созависимых родственников, наличия детей и подростков, вовлеченных в деятельность ТС, интересов и возможностей профессионалов, участвующих в деятельности сообщества.

Следует выделить основные причины возможной многолетней стабильности ТС. Это, конечно, и общая проблема — хроническая зависимость от психоактивных веществ. Но со становлением длительных ремиссий у больных все чаще обнаруживаются другие причины: в большинстве случаев обнаруживается скрывавшаяся за завесой наркотизации экзacerbация психических расстройств, требующая пристального внимания врача, потребность в понимании и доверительном общении, возможность преодоления чувства одиночества, добровольность принятия и создания норм поведения ТС, общественная значимость цели — «здоровый образ жизни». Привлекательным в деятельности ТС является и постоянное использование элементов клубной работы, совместное проведение досуга по интересам среди близких людей.

Проведение досуга по интересам способствует не только полноценному отдыху и познанию, но и возникновению новых интерперсональных отношений, укреплению установившихся в процессе психотерапии эмпатических взаимоотношений и доверию членов ТС.

Коллективистские начала и демократические нормы в ТС выражены достаточно сильно. Резкие проявления эгоизма отдельных членов ТС осуждаются, так как большинство членов ТС должны быть готовы не столько получать, сколько оказывать по-

сильную помощь другим членам ТС. Обычно все члены ТС вносят посильную лепту в организацию и проведение массовых мероприятий даже, если сами непосредственно и не будут в них участвовать.

Как и в любом устойчивом сообществе, в ТС имеются свои правила и традиции, которые наряду с психотерапевтическими задачами организуют его внутреннюю жизнь. Эти правила, даже если они сформулированы достаточно четко, не могут предусмотреть различные ситуации, возникающие в реальных условиях.

Специфическая трудность управления реабилитационным Центром связана с изменением состава больных, отсутствием социально-психологического равновесия, необходимого для наиболее полной реализации групповых норм. Из понимания этого обстоятельства вытекает необходимость особой гибкости в проведении организационных мероприятий, способствующих сплоченности членов ТС и поддержанию благоприятного морального и социально-психологического климата.

Показанием к участию в деятельности терапевтического сообщества является добровольное желание наркологических больных и их родственников участвовать именно в этом виде реабилитационной программы.

Противопоказания немногочисленны и включают, прежде всего:

- наличие выраженного суицидального риска;
- наличие психотических состояний с бредом, галлюцинациями или выраженные аффективные нарушения;
- асоциальный характер поведения больного.

Формы деятельности ТС наркологических больных чрезвычайно разнообразны и зависят от реальных условий функционирования реабилитационных программ.

Терапевтические сообщества могут работать в наркологическом стационаре (как правило, в реабилитационных отделениях), дневном полустационаре или в амбулаторных условиях. В этих случаях терапевтическое сообщество создается из нескольких, консолидированных идей ТС либо реабилитационной программой, психотерапевтических групп наркологических больных. Терапевтические сообщества гетерогенны по возрасту, полу, профессиям.

В деятельности ТС зависимых от психоактивных веществ могут участвовать члены их семей и друзья, заинтересованные профессионалы и волонтеры, работающие в наркологии или воспитательных учреждениях, родственные общественные организации и благотворительные фонды.

Несмотря на то, что основная деятельность ТС направлена на достижение стойких терапевтических ремиссий и социально-психологическую реабилитацию своих членов, они активно взаимодействуют между собой на региональном и международном уровне, проводят совместные семинары, обмениваются информацией и опытом работы, проводят обмен и обучение специалистов реабилитационных центров.

Следует отметить, что гуманизация общества и развитие демократии, многолетний успешный опыт работы ТС в разных странах способствуют совершенствованию реабилитационных программ для наркозависимых и членов их семей, формируют позитивную лечебную перспективу для наркозависимых, их родственников и медицинского персонала наркологических учреждений.

Ранее упоминалось, что ТС строится на основе принятия идеи абстиненции и здорового образа жизни как для наркологических больных, так и для остальных членов ТС. Соответственно в самоуправлении ТС могут принимать участие его наиболее активные и ответственные члены, независимо от того, имели ли они сами проблемы с наркотиками в прошлом. Демократичный характер взаимоотношений в ТС подразу-

мевают, что у каждого члена ТС есть право публично высказать свое мнение и быть выслушанным другими членами сообщества. При принятии решений путем голосования никто не вправе лишить члена сообщества его голоса. Все члены сообщества имеют одинаковое право на уважительное отношение к себе, независимо от возраста, пола, социального статуса, прошлого жизненного опыта. Все члены сообщества помогают друг другу в решении проблем, важных для полноценного функционирования ТС, но никто не вправе диктовать свою волю другим и препятствовать их самоопределению, в том числе и выходу из ТС.

Все органы управления в ТС выборные, за исключением назначений на руководящие должности, которые делает Совет терапевтического сообщества.

Совет терапевтического сообщества избирается прямым голосованием на ежегодном общем собрании ТС и осуществляет оперативное руководство деятельностью терапевтического сообщества (обычно совет ТС состоит из наиболее опытных, ответственных и активных членов ТС, в количестве 7-9 человек). Прием в члены ТС проводится по личному заявлению вступающего и рекомендациям членов ТС, прямым открытым голосованием на общем собрании членов ТС (при этом «за» должно проголосовать более 50% всех членов ТС).

ТС имеет Устав (положение), которым руководствуется в своей деятельности. Если ТС не ведет самостоятельной финансовой и коммерческой деятельности, то правовая и социальная защита обеспечивается наркологическим реабилитационным центром при государственном, муниципальном или частном медицинском учреждении.

ТС может быть зарегистрировано в соответствии с законодательством РФ как самостоятельное юридическое лицо — общественная организация — с правом вести коммерческую и благотворительную деятельность, владеть собственностью и самостоятельно распоряжаться ею.

## Особенности профилактических стратегий в ТС наркологических больных и их родственников по В.М. Зобневу

Лечебные и реабилитационные программы в наркологии имеют определенный алгоритм, задаваемый концепциями зависимостей, основными целями и задачами, методами и методиками терапии, нервно-психическим и соматическим состоянием участников программы и их потенциальными возможностями медико-психологической и социальной реадaptации, уровнем профессиональной подготовки психотерапевтов, психологов, социальных работников.

В Терапевтических Сообществах наркологических больных и их родственников появляется реальная возможность последовательной или одновременной реализации первичной (для детей из семей наркозависимых) и вторичной (как для созависимых членов семей наркозависимых, так и для наркозависимых) профилактики (Зобнев В.М, Ипатов К.А., 2008).

Задачами первичной наркологической профилактики, реализуемой в ТС, является целенаправленная профилактическая работа с детьми из семей наркозависимых (которые, как известно, составляют группу повышенного риска по приобщению к употреблению психоактивных веществ, возникновению нервно-психических расстройств и асоциальному поведению). Первичная профилактика в Терапевтическом Сообществе осуществляется целенаправленно и обусловлена в первую очередь разительным контрастом злоупотребления психоактивными веществами и здорового образа жизни

наркозависимых в терапевтической ремиссии, позитивными изменениями в семьях в процессе медико-психологической реабилитации.

Вторичная профилактика (лечение) органично встраивается в структуру Терапевтического Сообщества и позволяет не только вовлечь больного в лечебный процесс, но и максимально активизировать его принятием общих правил и условий нахождения в Терапевтическом Сообществе.

Выполнение этих правил нормативного поведения пациентами в значительной мере подкрепляется участием в программах детей и подростков. В присутствии собственных и особенно детей из других семей зависимые от наркотических веществ обнаруживают в себе и в полной мере реализуют в условиях Терапевтического Сообщества такие качества как трудолюбие, альтруизм, дисциплинированность, рассудительность и надежность (Зобнев В.М., 2009). Положительная оценка проявленных и реализованных качеств членами Терапевтического Сообщества способствует повышению самооценки наркологических больных и их удовлетворенности от участия в деятельности Терапевтического Сообщества.

Созависимые члены семей больных наркоманией получают необходимую помощь и поддержку для преодоления собственного бессилия в решении многочисленных проблем, обусловленных как наркотизацией больных наркоманией, так и сложившимися деструктивными внутрисемейными взаимоотношениями. Как правило, психотерапевтическая работа с созависимыми членами семей затруднена выраженным у них чувством вины, непониманием необходимости получения систематической психотерапевтической, а иногда и психофармакологической помощи, отсутствием реальной лечебной и реабилитационной перспективы.

Терапевтические Сообщества, потенцируя и проявляя лучшие качества его участников, являются благоприятной социальной средой для решения важных реабилитационных и профилактических задач — успешной социально-психологической реадaptации зависимых от психоактивных веществ и формирования у них длительной терапевтической ремиссии, обретение навыков здорового образа жизни членами семей наркологических больных. Принятие ответственности за исход лечения пациентами, активная жизненная позиция членов их семей, истинное партнерство специалистов и участников лечебных программ позволяют существенно повысить эффективность наркологической помощи и качество жизни семей наркозависимых.

## Основные критерии эффективности Терапевтического Сообщества наркологических больных

Учитывая, что ТС существенно расширяет возможности успешной социально-психологической реабилитации наркологических больных, следует оценивать эффективность его деятельности в зависимости от успешного решения основных терапевтических задач.

Успешность социально-психологической реабилитации наркологических больных в обществе может определяться следующими критериями:

- завершение курса медико-психологической реабилитации (удержание в программе);
- выработка способности адекватной самооценки пациентов (его болезни, эффективности собственной учебной и трудовой деятельности, содержательности досуга);

- Приобретение навыков профилактики рецидивов заболевания;
- Принятие идеи абстиненции и здорового образа жизни;
- Активизация позитивных жизненных взглядов и представлений;
- Преодоление эгоцентризма и выработка активной жизненной позиции;
- Уход от стигматизации наркозависимого (преодоление чувства «неполноценности» наркологического больного);
- Волонтерская помощь наркозависимым и их родственникам;
- Приобретение и реализация новых трудовых навыков;
- Расширение круга знакомых и принятие позитивного опыта других людей.

Перечисленные выше критерии могут иметь качественную и количественную оценку, как для отдельного участника реабилитационной программы, так и для всего ТС, если сравнивать его с другими частями реабилитационной программы для наркозависимых — консультированием, индивидуальной, групповой, семейной психотерапией, или с успешностью деятельности других реабилитационных центров, ТС, групп само- и взаимопомощи.

Следует отметить, что в отечественной наркологии практически нет достаточно объективных исследований эффективности терапевтических программ, которые проводились бы по единым критериям доказательной медицины.

## Перспективы создания реабилитационных программ по технологии ТС в России

Создание Терапевтических Сообществ (ТС) наркологических больных — естественный путь совершенствования психотерапевтических и реабилитационных программ, когда требуется полноценное включение самого больного в лечебный процесс. ТС организуется самими бывшими больными при помощи сотрудников наркологического учреждения — врачами, психологами и социальными работниками, имеющими желание, подготовку и склонность к такой социотерапевтической деятельности. Демократичность ТС, наряду с неукоснительным выполнением основных правил и норм — полное воздержание от алкоголя и запрещенных психоактивных веществ его членами, запрещение физического и морального насилия, полное или частичное самоуправление и самофинансирование — позволяют существенно расширить возможности реабилитационных центров и создать лечебную перспективу не только для участников ТС, но и для других больных, начинающих свой нелегкий путь к обретению абстиненции, духовному и социальному благополучию.

На стабильность ТС влияют многие факторы: потребность людей в неформальном доверительном общении; возможность идентификации и отреагирования; добровольность принятия и создания правил поведения по традиции ТС; возможность реализации потенциальных способностей человека; общественная значимость общей цели — достижение здорового образа жизни. Привлекательным в деятельности ТС является совместное избирательное проведение досуга по интересам членов сообщества. ТС позволяет соблюсти принципы анонимности, неразглашения врачебной тайны, и одновременно открытости, добровольного входа и выхода из ТС. Совет ТС является школой управления, которую могут пройти наиболее авторитетные и инициативные члены ТС. По сути, Совет ТС представляет собой терапевтическую группу высокого уровня развития, задающую определенную тональность всей деятельности ТС. От успешности работы Совета ТС зависит деятельность всего сообщества, конструктивность



содружественной работы с администрацией наркологического учреждения, группами само- и взаимопомощи, другими общественными организациями. Чем выше репутация ТС, тем большему количеству зависимых от психоактивных веществ оно сможет помочь непосредственно или опосредованно.

Отечественные терапевтические сообщества делают пока первые шаги к достижению признания среди населения и авторитета среди наркозависимых, которые уже имеют ТС многих стран мира.

История создания и развития ТС в разных странах показывает необходимость использования потенциальных возможностей влияния больших групп (коллективов, сообществ) людей, имеющих общие (или сходные) проблемы, для изменения взглядов, отношений и поведения зависимых от психоактивных веществ.

В последние годы ТС начинают эволюционировать, вовлекая в свои ряды больных наркоманией с психической патологией и личностными расстройствами, инфекционными заболеваниями, людей, находящихся в заключении, подростков и беременных женщин. Все чаще в ТС ведущими сотрудниками становятся профессионалы — врачи, психологи, социальные работники, которые вместе с бывшими пациентами («специалистами по химическим зависимостям»), прошедшими подготовку и отбор, а также волонтерами и родственниками пациентов, пожелавшими участвовать в реабилитационных программах, совершенствуют классическую (стационарную и долговременную) модель ТС, создавая модифицированные ТС.

Новые реабилитационные программы основываются на классической модели ТС и используют основные приемы помощи наркозависимым в рамках одного лечебного учреждения (психологическое консультирование, групповая и индивидуальная психотерапия, фармакологическое лечение, совместный отдых и труд, трудоустройство и юридическая помощь). Основным «терапевтом и учителем» в ТС является само сообщество, а сотрудники и специалисты ТС служат ролевыми моделями и осуществляют роль руководителей процесса реабилитации и старших наставников для участников программы.

Для традиционных и модифицированных ТС характерным является самоуправление (полное или частичное) членов сообщества, поддержание основных норм и правил, создающих возможности для самопомощи, взаимной поддержки и изменения образа жизни наркологических больных. Успешная деятельность ТС с момента его создания позволяет проявить творческую инициативу и заинтересованность участников реабилитационной программы, создать лечебную перспективу для ВИЧ-инфицированных наркологических больных.

Продуманная и научно обоснованная организации реабилитационного процесса, повышение эффективности профилактических и лечебных мероприятий, оптимальные условия проживания или дневного пребывания в реабилитационном центре, традиции и уникальность традиционного ТС позволяют учреждению выйти на более высокий и конкурентоспособный уровень оказания наркологической помощи наркологическим больным.

### Кировская региональная модель реабилитации (организация мероприятий медико-социальной реабилитации в Кировской области)

Кировская область, один из крупнейших субъектов РФ в Приволжском федеральном округе (ПФО), расположена на северо-востоке европейской части России. Чис-

ленность населения (по состоянию на 01.01.2011 г.) — 1338,7 тыс. человек (около 1% от численности населения страны).

Демографическая обстановка в области характеризуется устойчивой естественной и миграционной убылью населения для всех районов и городских округов. За 2011 г. число умерших (21113) превысило число родившихся (15824) в 1,3 раза. Естественная убыль населения составила 5289 чел. (4,0 чел. на 1000 чел. населения). В регионе высокий показатель смертности (15,9 на 1000 человек), что в значительной мере связано со злоупотреблением населения алкоголем. Кировская область является регионом с относительно низким уровнем жизни населения.

Наркологическая ситуация: Кировская область традиционно входит в число регионов с высоким уровнем алкоголизации населения. По статистическим данным в 2011 году в лечебно-профилактических учреждениях области зарегистрировано 30847 человек, страдающих алкогольной зависимостью (или 2255 человек на 100 тыс. населения). В среднем по России с диагнозом алкогольная зависимость зарегистрировано по итогам 2010 года 1478,14 больных на 100 тыс. населения, по ПФО — 1669,51.

С диагнозом «Алкогольный психоз» по итогам 2011 г. зарегистрировано в области 926 больных или 67,7 на 100 тыс. населения. По итогам 2010 г. было зарегистрировано в области 1153 больных или 84,3 на 100 тыс. населения. В среднем по РФ по итогам 2010 г. с аналогичным диагнозом зарегистрировано — 70,9 больных на 100 тыс. населения, по ПФО — 73,88 больных на 100 тыс. населения.

Таким образом, число пациентов, зарегистрированных в регионе по поводу алкогольной зависимости, превышает уровень РФ на 52,6%, уровень ПФО на 35,1%. Число пациентов, зарегистрированных по поводу алкогольного психоза, превышало, по данным 2010 года, уровень РФ на 18,9%, уровень ПФО на 14,1%.

Структура службы: для оказания специализированной медицинской помощи больным, страдающим наркологическими заболеваниями, в Кировской области по итогам 2011 г. было развернуто 215 коек, из них 145 — в КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» (в том числе 10 хозрасчетных коек). В структуре диспансера действуют отделение реанимации и интенсивной терапии на 6 коек; стационарное наркологическое отделение (женское) на 20 коек; стационарное наркологическое отделение на 75 коек, (в том числе 40 коек неотложной наркологической помощи и для больных с тяжелой сочетанной патологией, 10 коек для больных наркоманией, 39 коек для больных алкоголизмом); стационарное отделение для оказания платных услуг населению на 10 коек; отделение наркологических экспертиз, в состав отделения входит специальная медицинская комиссия; диспансерное отделение для оказания помощи взрослому населению, с кабинетом анонимной наркологической помощи для оказания платных медицинских услуг; диспансерное отделение для детей и подростков; клинико-диагностическая лаборатория, физиотерапевтическое отделение, химико-токсикологическая лаборатория.

Реабилитационная помощь в диспансере оказывается с 21.04.2010 года, когда был создан наркологический реабилитационный блок на базе 7 палаты 3 наркологического отделения Кировского областного наркологического диспансера. Мероприятия реабилитации осуществлялись психотерапевтом и 2 психологами. За время функционирования стационарного блока реабилитационной помощи было принято для прохождения реабилитации — 92 человека. Средняя длительность пребывания на стационарном этапе реабилитации составляла 15 дней. Были отмечены следующие трудности: не формировалась лечебно-реабилитационная среда в связи с отсутствием границ блока; отсутствовало на стартовом этапе единое и принятое всеми специалистами диспансера

понимание реабилитационного процесса, отсутствовали специалисты в области реабилитации (недостаточное количество психологов, 1 совместитель — психотерапевт).

Для решения данной проблемы было проведено инновационное обучение психиатров-наркологов, психологов, психотерапевтов и прочих специалистов наркологической службы Кировской области с использованием бригадных моделей и применением интерактивных методов и 15.12.2010 г. открыто отделение медико-социальной реабилитации на 34 койки.

В настоящее время в диспансере сформировано единое понимание реабилитационного процесса, создана психологическая лаборатория (14,25 ст. психологов, 1 ст. заведующего), подготовлено 5 психотерапевтов. Все специалисты работают в едином теоретическом ключе.

В настоящее время сформировано 3 этапа реабилитации в диспансере:

- предреабилитационный этап в отделении неотложных наркологических состояний;
- этап стационарной реабилитации;
- этап амбулаторной реабилитации.

#### *Предреабилитационный этап в отделении неотложных наркологических состояний*

Отделение неотложных наркологических состояний на 75 коек — это типичное «психиатрическое отделение» с режимом для организации медикаментозного и физиолечения. Средний срок нахождения пациентов с неосложненным абстинентным синдромом — 2 недели. Психотерапевтическая среда в отделении отсутствует.

В отделении неотложных наркологических состояний реабилитацию проводят врач-психотерапевт, психолог, организует мероприятия заведующий отделением врач психиатр-нарколог. Результат работы измеряется количеством переведенных — удержавшихся в реабилитационном отделении, за что несет ответственность заведующий отделением.

Основные задачи лечения в отделении неотложных наркологических состояний: режим, детоксикация, восстановительная терапия, психотерапевтический контакт, психотерапевтический контракт на продолжение лечения в реабилитационном отделении на проведение мотивационной интервенции, формирование мотивации к участию в патогенетическом лечении. Возможная кризисная поддержка.

Заведующий отделением организует подбор пациентов, подходящих по состоянию и согласных на работу с психологом и психотерапевтом, определяет и согласовывает с заведующим реабилитационным отделением дату перевода.

Нарколог отделения осуществляет подбор пациентов, не имеющих противопоказаний для перевода в реабилитационное отделение и согласных на работу с психологом и психотерапевтом, собирает краткий анамнез участия в предыдущих реабилитационных программах, направляет пациентов психотерапевту, информирует его о длительности пребывания пациента в отделении неотложных состояний. После того, как психотерапевт и психолог получают согласие на перевод в отделение реабилитации, нарколог сообщает заведующему и психотерапевту дату перевода.

Врач-психотерапевт организует встречи бригады, ведет описание бригадного взаимодействия, получает пациента от нарколога, устанавливает контакт, собирает психотерапевтический анамнез, проводит предварительное определение мишеней по индивидуальной программе психотерапии и реабилитации (ИПП), обсуждает с психологом

мишени, специфичные для феномена личности с учетом результатов психодиагностики. Врач-психотерапевт акцентирует свое взаимодействие с пациентом на изучении внутренней картины болезни, описании типа актуального конфликта и уровня личностной организации («психогенный» или «аддиктивный»). Индивидуальная работа составляет 2-5 встреч. Затем с пациентом заключается контракт на мотивационный этап в реабилитационном отделении, а по результатам проведенной работы заполняется бланк ИПП.

Решение пациентов о начале реабилитационной программы достаточно часто обусловлено не готовностью изучить и изменить механизм личностного реагирования на разные жизненные ситуации, а социальными факторами: отсутствием жилья и работы, категорично-настоятельной позицией семьи или медицинского персонала. Выделяются две группы пациентов: достаточно мотивированные (на 2 месяца нахождения в реабилитационном отделении с прохождением полной программы реабилитации), умеренно мотивированные (пациенты, согласные на нахождение в отделении в течение 14 дней с прохождением группы осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью).

Помимо вышеперечисленного, врач-психотерапевт проводит психотерапевтическое психообразование в групповой форме («роль личности в формировании синдрома зависимости»).

Психолог проводит диагностику с дифференциально-диагностическими целями, для определения мишеней психотерапии и оценки эффективности изменений в процессе реабилитации.

Информация о наличии в отделении кандидата в реабилитационную программу может поступать врачу-психотерапевту также от медицинских сестер, санитаров, прошедших программу реабилитации и пациентов, имеющих опыт реабилитации.

### *Этап стационарной реабилитации*

Поток пациентов в реабилитационное отделение формируется из пациентов, прошедших лечение в отделении неотложных состояний, пациентов, направленных врачами-наркологами амбулаторной службы (в том числе, пациентов самостоятельно принявших решение о прохождении реабилитации).

Противопоказаниями к направлению на стационарную реабилитацию являются:

- наличие явлений алкогольной, наркотической или иной интоксикации (опьянения), абстинентного синдрома;
- наличие психотических состояний с бредом, галлюцинациями, выраженными аффективно-волевыми нарушениями (состояния купированного алкогольного психоза — не ранее чем на 7-10-е сутки лечения);
- декомпенсированные формы психопатий и декомпенсированные формы невротических расстройств с фобиями, тревогой и т.п.;
- наличие выраженного суицидального риска (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей и т.п.);
- наличие сопутствующих тяжелых соматических и инфекционных заболеваний, требующих специального обследования и лечения;
- интеллектуально-мнестические нарушения выраженной и умеренной степени.

Показаниями для госпитализации в отделение реабилитации являются наличие у пациента желания пройти реабилитационный курс лечения (мотивированное согласие) и отсутствие противопоказаний.

При поступлении в отделение пациент ознакамливается с правилами отделения. При согласии соблюдать их, его оформляет в отделение заведующий отделением, врач-нарколог (уточняет жалобы пациента, анамнез наркологический, соматический, назначает фармакотерапию, физиолечение).

В отделении реабилитации пациент погружается в лечебно-реабилитационную среду, которая состоит из: структурированного реабилитационного режима, взаимоотношений персонала и больных, специально ориентированных на объединение пациентов вокруг общей цели; комплекса психотерапевтических, психологических и психосоциальных мероприятий; самоуправления пациентов и организации ими досуга.

Определяющей является структурированность жизни в программе. Среда реабилитации предсказуема и работает в пределах четких сроков и границ. Программой задается ежедневный ритм, структурирующий день, неделю, месяц. Четкий и предсказуемый график ежедневных действий важен, он создает для пациента определенность и целостность.

Выделяется несколько стадий функционирования пациента в программе реабилитации.

Стадия «вход» в программу. Основные задачи здесь — диагностика, оценка нужд пациента, его проблем, ориентация его в сообществе. На этом этапе все пациенты испытывают стресс. Наиболее эффективный способ его преодоления — активное и полное участие во всей деятельности отделения.

Стадия «основной этап реабилитации». На этом этапе главные задачи — социализация, начало личностного роста. В отделении функционирует система самоуправления. С 10 дня пребывания в отделении пациент может быть избран группой на роль старшего в отделении — посредника между реабилитантами и сотрудниками отделения. Выбранный староста подбирает из числа реабилитантов актив — ответственных за проведение в отделении физкультурных, досуговых мероприятий, за трудовые дела, ответственного за сохранность одежды для прогулок и порядок в раздевалке. Ежедневно назначается дежурный по отделению. Смена старшего по отделению происходит еженедельно. На большой группе в пятницу староста и ответственные за сектора отчитываются за сделанное за неделю, происходит избрание нового старосты.

Стадия «выход из программы». Третий этап — этап перехода на амбулаторную реабилитацию, возвращения домой. Пациент укрепляет навыки автономного принятия решений и самоуправления с меньшей степенью зависимости от штата или от других участников реабилитации.

Групповая работа с реабилитантами проводится специалистами в группах:

- Группа осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью.
- Группа осознания и принятия роли своей личности в болезни, способов изменения личности на трех уровнях — когнитивном, эмоциональном, поведенческом.
- Большая группа.
- Тренинговые дискуссионные группы.
- «Дневник чувств».
- «Итоги недели».

Сразу после госпитализации в отделение пациент автоматически попадает в группу осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью (описание ниже), участвует в большой группе, тренинговых дискуссионных группах.

*Группа осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью* проводится психологами, проходит пять раз в неделю. Продолжительность одного занятия — два часа с

десятиминутным перерывом. На протяжении всего времени работы пациента в группе ему выдаются темы для проработки, которые он выполняет письменно. Продолжительность — 30 часов. Темы заданий звучат следующим образом:

- Правила пользования группой.
- Мои цели в реабилитации, что я хочу получить здесь? Почему обратился в реабилитацию именно сейчас?
- Что я хочу получить от группы? Каким я хочу стать по окончании работы в группе?
- Зависимый — это кто? Считаю ли я себя зависимым? Почему?
- История моей жизни и болезни.
- Почему алкоголизм/наркомания — это био-психо-социальное заболевание?
- 10 признаков моей зависимости.
- Если я буду употреблять, то смогу... Если я не буду употреблять, то смогу...
- Самообман.
- Мое дно.
- Путь выздоровления (результат или процесс?). Признаки моего выздоровления.
- Саботажники моего выздоровления (внешние и внутренние).
- Что поможет мне вести трезвый образ жизни?
- Что в моей жизни есть еще, кроме алкоголя?

После проработки обязательных тем пациент начинает работу над темами, которые вызвали его сопротивление. Темы для детальной (углубленной) проработки формируются психологом путем нового формулирования проблемной темы. Например, если сопротивление вызвала такая тема как «мое дно», психологом дается подтема «Как изменилась моя жизнь в связи с употреблением алкоголя. Мои мысли, чувства, действия тогда и при выполнении задания».

Структура группы четко определена: начало занятия — это обмен чувствами и эмоциями, затем озвучиваются темы домашних заданий, затем группа выбирает «наиболее значимую тему на сейчас» из заданных. Участник, предложивший наиболее значимую тему раскрывает ее, остальные члены группы после окончания монолога задают уточняющие вопросы, а затем делятся обратной связью от услышанного и собственным опытом. Позиция ведущего директивна в отношении структуры занятия, он удерживает группу в рамках заданной темы, следит за соблюдением правил, принятых в группе и стимулирует пассивных участников на участие в групповой дискуссии. В случае невыполнения задания ставится замечание (см. Приложение 1), если тема прописана формально, ведущий использует конфронтацию.

Правила группы: Я — высказывание; активное участие; честность, открытость, готовность; без оценки, без советов, без критики; уважение; не отвечаем на обратную связь; не перебиваем, начинаем говорить после «спасибо»; правило «СТОП»; остаемся на группе до конца; соблюдаем конфиденциальность.

Временной регламент: понедельник — пятница, 9.00-11.00.

После проведения группы, психолог кратко фиксирует в истории болезни поведение, эмоциональное состояние пациента на данной группе.

Цели группы — адаптация в среде, формирование мотивации на лечение, осознание проблемы на личностном уровне — преодоления анозогнозии.

Затем пациент может быть переведен *в группу осознания и принятия роли своей личности в болезни, способов изменения личности на 3-х уровнях — когнитивном, эмоциональном, поведенческом*. Ее проводит врач-психотерапевт. Временной регламент: понедель-

ник — четверг, 9.00—11.00. Участники группы: пациенты с осознанием проблемы на личностном уровне. Формат группы — группа открытая.

Условия работы.

1. Открытость и искренность.
2. Свобода и ответственность. Ответственность за определение и реализацию целей участников возлагается на них самих.
3. Уважение ко времени.
4. Общение за пределами группы нежелательно.
5. Акцент на «здесь и сейчас».
6. Активное использование обратной связи.
7. Намерения — в решения, решения — в действия.
8. Поддерживается выражение чувств.
9. Преобладающие установки терапевта — эмпатия и нейтральность, основная обязанность — не интерпретировать, а феноменологически освещать все, что происходит в группе; поддерживать эмоционально насыщенную атмосферу в группе.

Содержание занятий заранее не планируется, разные технологические методы работы (упражнения, игры и т.п.) не используются. В качестве структурирующего средства используются следующие вопросы терапевта «Что тебе не нравится в твоей жизни?» (здесь очень важна конкретность); «Что в этом ты хотел(а) и мог(ла) изменить здесь, в группе, учитывая время, условия и рядом находящихся людей?» (важна реалистичность желаемых изменений).

Для углубленной диагностики и проработки мишеней, специфичных для феномена личности (по ИПП), психологами проводятся *тренинги, групповые дискуссии* (с информационным блоком).

Например, для проработки такой мишени как «стойкие нарушения саморегуляции и самоконтроля» проводится занятие по аутогенной тренировке (закрепление полученного навыка реабилитантами производится самостоятельно, время для тренировок каждый день с 21.30 до 21.45), тренинг совладания со стрессом.

Для проработки мишени «несостоятельность при решении повседневных проблем» проводятся групповые занятия, формирующие навыки целеполагания, коммуникативные навыки. Также в психотерапевтической среде запущена «бонусная программа», целью которой является формирование навыка структурирования своего свободного времени, развития организаторских способностей. Пациентам предлагается написать программу культурного мероприятия творческого или спортивного характера, выигравшая «тендер» подгруппа, проводит мероприятие в отделении. Награда в случае проведения мероприятия и победы в предложенных конкурсах — бонусная прогулка в течение часа. Закрепление навыка целеполагания происходит на мероприятии «Итоги за неделю».

С целью работы над такой мишенью как «тенденция к формированию отношений «созависимости» психологами проводятся групповые занятия по теме: «Автономия и зависимость от семьи. Взаимоотношения с семьей», «Треугольник судьбы и игра «Алкоголик» по Эрику Берну с обширным домашним заданием.

Также психологи работают над мишенями, специфичными для клинической ситуации. Для повышения «низкой психологической компетентности» психологи проводят групповые занятия с информационными блоками, например «Потребности личности», «Границы личности», «Чувства и эмоции».

Отбор на тренинги и групповые дискуссии не производится, в них участвуют все пациенты отделения. Данные мероприятия проводятся с понедельника по субботу в течение 1,5 часов.

Пять раз в неделю в отделении проходит *большая группа* — общее собрание пациентов и персонала. Это системообразующее для психотерапевтической среды мероприятие, в котором актуализируются лечебные и социальные факторы. Большая группа является самоуправляемым/частично управляемым психосоциальным мероприятием. Важнейшей функцией большой группы является предоставление всем ее членам обратной связи — индивидуально-ориентированной или социально-ориентирующей.

Самыми важными темами большой группы являются не только взаимоотношения участников группы, но и отношение к проводимому лечению, собственному клиническому состоянию, организации лечебного режима.

Большую группу ведет психолог. Непременными требованиями являются:

1. Четкая фиксация по времени проведения и длительности группы.
2. Подчеркнутая недирективность ведущих по отношению к темам высказываний участников.
3. Директивная позиция ведущих по отношению к культуре группы («говорит только один»; нежелательность лично-оценочных суждений, а приоритет описательных высказываний; приоритет «Я-высказываний»).
4. По возможности активная побуждающая позиция ведущих по отношению к пассивным участниками и мягкая регламентация неконструктивных членов группы.

Психологами с понедельника по пятницу с 18 до 19 часов проводится, такое мероприятие как «*Дневник чувств*». Его цель — преодоление алекситимии у пациентов. Пациенты описывают свой день по схеме: «события — мысли — чувства — действия» (не менее пяти значимых событий). С целью приобретения навыка позитивного мышления пациенты прописывают хотя бы одно событие за день, которое вызвало у них чувство радости, удовлетворение. Ведущий может задавать уточняющие вопросы, например: «Тебе сегодня поставили замечание, но ты не указал это в «Дневнике чувств», какие чувства и мысли у тебя возникли в тот момент». В рамках самоуправления «продвинутые реабилитанты» выступают ведущими или соведущими «Дневника чувств».

Каждую субботу в течение часа психолог проводит такое мероприятие как «*Итоги за неделю*». Целью занятия является развитие навыка целеполагания. Реабилитанты письменно отвечают на вопросы:

1. Какие цели были поставлены на прошлую неделю?
2. Что я сделал, чтобы достичь этих целей?
3. Если цель не достигнута, то почему?
4. Какие изменения я в себе обнаружил в течение недели? Как они на меня повлияли?
5. Какие изменения группа во мне обнаружила в течение недели? Как они на меня повлияли?
6. Цели на следующую неделю?

Роль ведущего — это помощь в формулировании конкретных целей на неделю и прояснение затруднений.

Параллельно групповой работе пациент проходит психологическую диагностику — в случае, если она не сделана в наркологическом отделении (исследование памяти, мышления, внимания, шкалы депрессии Зунге и Бека, шкалы тревоги Спилберга-Ханина — по показаниям, по назначению психотерапевта, Методика Хайма, пси-



хологические защиты по Плутченко, мотивы потребления алкоголя, акцентуации по Шмишеку, стадии психотерапевтических изменений, ТООБЛ, мелодика алкогольной анозогнозии, SOCRATES, Торонтская алекситимическая шкала).

Психотерапевтическая диагностика проводится пациентам, мотивированным на личностные изменения (мотивация оценивается членами бригады в динамике).

Кроме того, в отделении проводится *индивидуальное и семейное консультирование психотерапевтом, индивидуальное консультирование психологами* по запросу пациента или по рекомендации врача-психотерапевта на основании ИПП.

Цели и задачи психологического консультирования:

1. эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям клиента;
2. расширение сознания и повышение психологической компетентности;
3. изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»);
4. повышение стрессовой и кризисной толерантности;
5. повышение ответственности и выработка готовности к творческому освоению мира.

*Бригадное взаимодействие в работе по ИПП* проводит заведующий отделением, участвуют психотерапевт отделения, психологи, при наличии — нарколог. Время проведения — с понедельника по пятницу в течение часа. К 10-14-му дню пребывания в стационаре пациентов, мотивированных на личностные изменения, им разрабатывается ИПП, членами бригады формулируется психотерапевтическая гипотеза. Взаимодействие проходит в следующем порядке: нарколог докладывает наркологический анамнез, общее состояние, психотерапевт — анамнез психотерапевтический, психолог — результаты психологической диагностики. Проводится определение мишеней ИПП, формулируется психотерапевтическая гипотеза.

Затем в ходе бригадного взаимодействия члены бригады обсуждают с пациентом мишени психотерапии, сообщают о методах психотерапевтической помощи. Мишени ранжируются в ходе совместного обсуждения специалистов и пациента. Пациент формулирует по каждой мишени свою личную цель — как он видит — чего он хочет достичь. Затем проводится обсуждение — что пациент будет делать, чтобы достичь цели. Какие шаги рациональнее сделать в отделении, какие — на амбулаторном этапе. План работы на амбулаторном этапе передается заведующим отделением психотерапевту амбулаторной реабилитации. Вся вышеописанная работа по ИПП проводится за 3-4-6 бригадных встреч.

Плановая выписка осуществляется заведующим отделением, на основании решения бригады специалистов, результатов пребывания в стационаре и личного желания пациента. Напомним: программа минимум — 2-2,5 недели (группа осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью), полная программа — 2 месяца.

Пациент может быть выписан из отделения в любое время за однократное грубое нарушение режима (употребление психоактивных веществ, сексуальные отношения, самовольный выход за пределы отделения, пользование сотовым телефоном) или за неоднократное (более 8 замечаний) негрубое нарушение режима (см. Приложение 1). В случае выписки из отделения за нарушение режима пациент не может быть повторно госпитализирован в отделение ранее, чем выпишется последний из проходящих с ним реабилитацию пациентов (не ранее чем через 2 месяца). Если пациент выписан по личному желанию — он может продолжить реабилитацию в любое время, в случае обострения заболевания — после купирования абстинентного состояния.

Более чем в половине случаев госпитализации при первом поступлении в отделение реабилитации, после прохождения программы группы осознания и принятия сво-

ей болезни и жизни с болезнью пациент настаивает на выписке и покидает отделение с уверенностью в том, что, узнав о закономерностях развития зависимости, он сможет начать «жизнь без алкоголя». В таких случаях поводом к продолжению работы в программе служит срыв, употребление алкоголя.

Практикуется «дробное» освоение программы социально сохранными пациентами, они возвращаются в отделение для продолжения реабилитации во время очередного отпуска/в периоды ученических каникул.

За неделю до завершения стационарной программы реабилитации пациенты, находясь в стационарном отделении, начинают переход на амбулаторный этап — проводится индивидуальная консультация психотерапевтом кабинета амбулаторной реабилитации, пациент начинает посещать вечерние занятия амбулаторной реабилитации.

### *Этап амбулаторной реабилитации*

Отделение амбулаторной реабилитации состоит из врача-психотерапевта, совместителя психолога.

После завершения стационарной программы реабилитации пациенты переходят на амбулаторный этап. О пациентах, готовящихся к выписке из отделения и готовых продолжить лечение в условиях амбулаторного отделения, психотерапевту сообщает заведующий отделением за несколько дней до выписки из стационарного отделения. Также заведующий отделением рассказывает об особенностях пациента, передает ИПП (если составлена). За неделю до выписки пациент начинает посещать вечерние занятия амбулаторной реабилитации. Психотерапевт знакомится с пациентом, проясняет мотивацию на продолжение реабилитации, рассказывает о своей работе (где, как попасть на прием, когда можно попасть на прием и т.д.), отвечает на вопросы пациента. Каждому пациенту предлагаются индивидуальная, групповая, семейная терапия.

Ряд пациентов попадают на прием к психотерапевту от нарколога поликлиники или после госпитализации в неотложное отделение. Данных пациентов психотерапевт знакомит с моделью современной комплексной наркологической помощи, с ролью и местом в ней психотерапевта (амбулаторного этапа реабилитации), проясняется запрос и жалобы. В зависимости от клинической ситуации пациенту рекомендуется тот или иной тип помощи. Если пациент мотивирован на получение комплексной помощи, то он направляется в отделение реабилитации. Если пациент по каким-либо причинам не может быть госпитализирован, ему предлагается амбулаторная психотерапевтическая помощь с составлением ИПП (заключается контракт на диагностический этап).

Индивидуальная психотерапия — строится на основании ИПП, согласно выявленным мишеням. Если пациенту ИПП составлена в стационаре, то работа продолжается исходя из нее. Во всех остальных случаях ИПП составляется вновь. Для психологической диагностики привлекается психолог реабилитационного отделения.

Групповые занятия с реабилитантами, выписанными из стационарного отделения, проводятся 3 раза в неделю в вечернее время с 18 до 19 часов.

Занятие по понедельникам проводит психолог (дискуссионно-поддерживающая группа) из отделения реабилитации. На нем пациенты делятся своим опытом проживания трезвой жизни, рассматривают затруднения — что получилось, что нет, могут давать советы. Задают психологу вопросы, он на них отвечает, пациенты общаются друг с другом, проводится обсуждение актуальных проблем, работа с микросоциальными конфликтами. Позиция психолога недирижерская, он следит за соблюдением культуры общения. Если возникает запрос на информацию, то проводится психообразование.

Занятие по средам проводит психотерапевт в формате, аналогичном группе осознания и принятия роли своей личности в болезни, способов изменения личности на 3 уровнях — когнитивном, эмоциональном, поведенческом, которая проводится в отделении реабилитации.

Занятие в пятницу проходит без участия специалистов, представляет собой встречу реабилитантов «с самоваром», т.е. пациенты пьют чай, общаются на любые темы, обсуждают вопросы и предложения психотерапевту. Каждую неделю меняется ответственный за проведение собрания пациентов. Ответственного за это мероприятие назначает психотерапевт из числа реабилитантов, регулярно посещающих психотерапевта и групповые занятия. В обязанности ответственного входит: организация рабочего пространства (открыть, закрыть кабинет, следить за порядком), записывать вопросы и предложения к специалистам, возникающие в ходе собрания, представлять отчет психотерапевту. Пациенты обсуждают наиболее актуальные вопросы, договариваются о том, что будут делать в следующий раз. Каждое собрание может быть посвящено какой-либо конкретной теме.

1 раз в неделю (четверг) проводится группа для родственников зависимых пациентов, занятие ведет психолог.

Семейная психотерапия проводится по показаниям (исходя из ИПП) или по запросу пациента. Практикуется совместное проведение семейных сессий психотерапевтом стационарного и амбулаторного реабилитационных отделений пациентам, которые заканчивают стационарное лечение. Затем семейные сессии в амбулаторной реабилитации чаще проводятся одним психотерапевтом (из-за сложности найти второго).

Для оптимизации бригадного взаимодействия и профилактики синдрома выгорания в диспансере проводятся следующие мероприятия для персонала:

1. *ТИМ* — групповая форма работы для сотрудников коллектива, ориентированная на формирование командного взаимодействия, профилактики профессионального выгорания и повышения сплоченности коллектива, основанная на проработке проблем, возникающих в межличностных отношениях. Группа проводится 2 раза в месяц, длится 1 час. Участвуют — заведующий реабилитационного отделения, работающие в реабилитации психологи, все психотерапевты, средний и младший медперсонал реабилитационного отделения, численность группы 6-8 человек. Не участвует в группе нарколог отделения реабилитации из-за его отсутствия. Наркологи отделения неотложной наркологической помощи и амбулаторной службы от участия в данном мероприятии отказываются — мероприятие введено 3 месяца назад.

Общий принцип работы группы: участники группы высказывают свои переживания (мысли и чувства), связанные со своей рабочей деятельностью и взаимодействию со своими коллегами с акцентом на эмоциональный компонент переживаний. Тот, кому адресовано высказывание, при этом либо молчит, либо имеет возможность задавать уточняющие вопросы, центрированные на его поведении, которое могло быть причиной возникновения тех или иных эмоций и чувств у своего коллеги, ответная реакция пресекается, в том числе интерпретации, оценки, объяснения, переживания.

#### *Алгоритм работы группы:*

Вводное слово ведущего группы о принципах, целях и задачах данной группы.

Принятие правил работы группы и получение согласия от каждого участника групповой работы.

Высказывание участника группы с акцентом на эмоциональные переживания адресованные кому-то из коллег, присутствующих в группе и связанные с какими-либо

рабочими обстоятельствами. При этом ведущий помогает удержать акцент высказывания на эмоциональной составляющей и пресекает какие-либо высказывания других участников.

Уточняющие и проясняющие вопросы в поведенческом ключе со стороны коллеги-участника (если таковые имеются), которому было адресовано эмоциональное высказывание. При этом ведущий помогает удержать акцент вопросов на поведенческой составляющей («Какое мое поведение вызвало такую эмоцию?») и пресекает какие-либо высказывания как других участников, так и того, кто задает вопросы.

Далее пункты 3 и 4 чередуются, пока не выскажутся все участники группы, последним высказывается ведущий.

Шеринг. Ведущим проводится опрос по кругу об итогах группы, чем она была полезна, чем нет, новое.

#### *Правила группы:*

Группа проводится в директивном стиле. Ведущий имеет безоговорочное право на правило «стоп» — то есть он может остановить любое высказывание, которое, с его точки зрения, не соответствует формату группы или сложившейся актуальной ситуации.

Высказывается всегда один участник.

В высказываниях допускается только адресное выражение своего эмоционального состояния с описанием конкретной ситуации, с которой оно связано, и проясняющие вопросы относительно поведения участника, которому адресованы переживания.

Запрещаются опоздания и преждевременные прерывания группы.

Группа на момент проведения является закрытой. Включение нового участника возможно перед каждой последующей групповой сессией.

Могут быть введены дополнительные правила, не противоречащие данной групповой технологии.

Ведущим группы может быть один из участников коллектива. Желательно, чтобы он периодически сменялся другим коллегой.

#### *Функции ведущего группы:*

Стимулировать и поддерживать активность высказываний участников группы (особенно в моменты начала работы группы и в возникающих паузах).

Следить за тем, чтобы за период групповой сессии каждый участник успел высказаться минимум 1 раз.

Следить, чтобы активные участники высказывали именно свои переживания, а не уходили в оценки, обвинения или размышления различного рода. Также следить за тем, чтобы каждое эмоциональное высказывание было адресным, то есть к конкретному участнику группы.

Пресекать встречные эмоциональные высказывания и поддерживать встречные уточняющие вопросы относительно своего поведения, которое могло быть причиной эмоциональной реакции у коллег. Диалога в этом смысле быть не должно.

Помогать называть свои переживания участникам и помогать задавать уточняющие вопросы.

#### *Утреннее собрание коллектива реабилитационного отделения*

Цель: анализ, обмен информацией об обстановке в отделении, обсуждение пациентов, составление планов на день, обсуждение актуальных вопросов.

Ответственный: заведующий отделением.

Регламент участников: заведующий отделением, психиатр-нарколог (если есть), старшая медицинская сестра, медицинская сестра, сдающая и принимающая смену, первая смена психологов, специалист по соц. работе.

Временной регламент: понедельник — пятница, 8.00–8.20

План проведения:

Доклад старшей медицинской сестры. До проведения собрания медицинские сестры и санитарка обходят отделение, проверяют соблюдение пациентами санитарного режима отделения.

Доклад дежурной медицинской сестры, сдающей смену. Включает в себя движение пациентов за сутки, соблюдение режима (замечания), особенности соматического состояния пациентов, особенности психического состояния пациентов (фон настроения, сон), особенности взаимоотношений пациентов друг с другом, с персоналом (кто с кем предпочтительно общается, общение с персоналом, конфликтные ситуации), занятость пациентов в свободное от занятий время.

Доклад психологов — включенность пациентов в программу (мотивация на длительность и комплексность помощи), отмечаются не включающиеся, динамика пациентов в программе (изменение мотивации), психологическая атмосфера в отделении, лидеры, работа актива пациентов, планы работы на день, предложения.

Обсуждение, предложения.

Периодически проводятся занятия с коллективом по актуальной тематике. Проведен тренинг навыков контакта с психологами и соц. специалистами. Планируется к проведению цикл групповых занятий с сотрудниками по созависимому поведению.

Клинические разборы проходят в стационарном отделении реабилитации в текущем порядке — при составлении ИПП, 1 раз в месяц проводится общий разбор для всех специалистов реабилитации диспансера.

### *Перспективы реабилитации в регионе*

В настоящее время в области начато совершенствование организационно-технологической структуры наркологической помощи, а именно организация 3-х уровневой системы оказания наркологической помощи населению области: КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер», помощь на базе межрайонных наркологических центров, первичная помощь, которую осуществляет психиатр-нарколог амбулаторного звена ЦРБ/ЦГБ. В 2012 году планируются к открытию межрайонные центры в Омутнинском и Вятскополянском районах области.

В настоящее время отдаленность от областного центра (КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер») не позволяет организовать в районах оказание наркологической реабилитационной помощи.

Следует отметить, что в Омутнинской и Вятскополянской ЦРБ (как и в других крупных ЦРБ, на базе которых будут развернуты межрайонные наркологические центры) имеются помещения, состояние которых не требует крупных капиталовложений; обеспечена транспортная доступность; обеспечено наличие в ЦРБ практически полного перечня медицинского оборудования, необходимого для оснащения наркологического отделения, в большинстве из них имеются необходимые кадры медицинских работников — врач-психотерапевт, нарколог. Необходима подготовка психологов, специалиста социальной работы.

Организация медицинской помощи больным наркологического профиля в межрайонном центре позволит обеспечить 100% охват пациентов, направленных на ста-

ационарное лечение из прикрепленных к центру районов медикаментозным лечением (лечением физической зависимости — алкогольного абстинентного синдрома) в соответствии с тяжестью заболевания. После индивидуального консультирования психотерапевтом, психологом 80-90% пациентов (кроме пациентов, имеющих выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, выраженную психопатизацию) будут вовлечены в межрайонном центре в групповые психообразовательные и мотивационные мероприятия, тренинги проводимые психиатром-наркологом, психологом центра, специалистом по социальной работе по программе *группы осознания и принятия своей болезни и жизни с болезнью*. При необходимости пациентам межрайонного центра будет оказана индивидуальная психотерапевтическая, психологическая, социальная помощь. Около 15 % пациентов будут направлены в реабилитационное отделение КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер» для проведения в полном объеме с привлечением специалистов полипрофессиональных бригад мероприятий реабилитационной стационарной помощи с составлением на пациентов индивидуальной психотерапевтической программы.

Амбулаторное лечение и реабилитация будут организованы на базе амбулаторной службы межрайонного центра, проводиться будут врачом психиатром-наркологом, психотерапевтом, психологом, специалистом по социальной работе.

С помощью специалистов межрайонного центра при методической поддержке КОГБУЗ КОНД в районах обслуживания (мелкие районы, где оказывается только амбулаторная наркологическая помощь) планируется организовать терапевтические сообщества пациентов (группы взаимопомощи). Таким образом, реабилитационная помощь при сохранении ее качества станет доступной всем жителям региона.

ГЛАВА 7. О ВНЕДРЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ  
В ПРАКТИКУ РАБОТЫ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ

В настоящее время инновационная активность и инновационная деятельность в медицине активно стимулируется государством и была сформулирована как первоочередная задача развития отечественного здравоохранения. Инновационное развитие отечественного здравоохранения стимулировано стартовавшим 1 ноября 2006 года проектом «Здоровье», который впоследствии получил статус «национального приоритетного проекта» и был разработан для реализации предложений Президента РФ В.В. Путина по совершенствованию медицинской помощи в Российской Федерации. Другим государственным стимулом инновационной активности уже непосредственно в наркологии явился Указ Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года». Этот законодательный акт в частности определил профилактическую и реабилитационную направленность развития отечественной наркологии. Таким образом создана правовая база активной деятельности по переустройству наркологической помощи и с учетом ее очевидной гуманитарной и личностной ориентированности, несомненно, предполагается внедрение в практику работы наркологических учреждений достижений современной психотерапии.

Под «внедрением» или внедренческой деятельностью для повышения качества функционирования наркологического лечебно-профилактического учреждения обычно понимается процесс распространения нововведений, достижение практического использования прогрессивных идей, изобретений, результатов научных исследований, новых разработок и инноваций. Более точно процесс внедрения новых медицинских технологий можно определить как процесс преобразования наркологической помощи с целью применения результатов интеллектуальной деятельности, новых для практической деятельности.

Важным в понимании внедрения является то, что это процесс, разворачивающийся во времени с определенной динамикой взаимодействия элементов системы медицинского учреждения, этим он принципиально отличается от обычной поставки оборудования или обучения специалистов, с которой его обычно путают. Большая эффективность процесса внедрения новых технологий перед простым наращиванием материально-технической базы или обучением кадров обусловлена тем, что в результате реализации научно-внедренческих проектов лечебно-профилактическое учреждение приобретает новое качество работы за счет изменения типа производственных отношений, которое способствует и изменению алгоритмов деятельности и изменению способа функционирования рабочих мест специалистов. В результате внедрения новым знаниям начинает соответствовать новый тип профессионального функционирования.

Содержание внедренческих процессов довольно сильно разнится, так как зависит от трех особенностей: особенности внедряемой технологии, особенности методологии и методов самого внедрения, а также особенностей наркологического учреждения, в котором осуществляется внедрение.

Каждый внедренческий проект, вне зависимости от его содержания, может предусматривать определенные этапы:

*1. Подготовительный этап.* Данный этап включает в себя анализ литературной информации и практического опыта по теме внедрения; оценку качества деятельности лечебно-профилактического наркологического учреждения, разработку концепции и создание научно-теоретической модели внедрения, которое завершается составлением технического задания.

*2. Этап проектирования.* На данном этапе проводится создание научно-практической модели внедрения, разработка программы внедрения, разработка конкретных внедренческих мероприятий.



3. *Этап реализации.* Предполагает проведение внедренческих мероприятий и отработку методики с учетом конкретных условий, в которых осуществляется внедренческий процесс.

4. *Этап оценки результатов.* Является заключительным этапом внедренческого цикла, на котором проводится оценка результатов, полученных по итогам внедренческих мероприятий, и планируются мероприятия технологической поддержки новой технологии.

В случае удовлетворенности проведенными мероприятиями производится завершение внедренческих работ и формирование отчетности, в противном случае внедренческая программа отправляется на доработку с последующим повторным проведением внедренческих мероприятий или их коррекцией. Перечисленные этапы можно назвать *циклом* внедрения. В силу определенных особенностей психосоциальных технологий, при внедрении таких циклов может быть несколько.

Поскольку психотерапия, ее методы и подходы относятся к общей группе психосоциальных технологий, то в процессе внедрения могут возникать типичные проблемы соотнесения новой методики, полученной в результате научных разработок, и ее реализации в форме реализуемой новой технологической схемы или технологии. Эта проблема в настоящее время может рассматриваться с трех основных точек зрения.

Согласно первой точке зрения, довольно широко распространенной среди специалистов-практиков термин «методика» заменяется термином «технология». Чаще всего такой подход свидетельствует о недостаточном понимании сущности и задач методической работы, связанной с психосоциальными преобразованиями учреждений. Такая точка зрения является препятствием модернизации клиник, потому что она предполагает простое копирование новой методики, разработанной в профильном НИИ, в реальных условиях работы учреждения практического здравоохранения.

Существует и иная точка зрения, согласно которой «методика» и «технология» органически связаны между собой, когда «методика» понимается как совокупность способов организации процесса, а технология — как средство реализации реального процесса. Данная позиция является более перспективной для совершенствования деятельности медицинских учреждений, то она также порождает ряд вопросов. Дело в том, что «технология» чаще всего носит т.н. «надпредметный» характер, и сами технологические подходы профилактической или реабилитационной деятельности могут быть реализованы в любых направлениях социальной практики вне зависимости от конкретного содержания. Между тем «методика» более конкретна, в ней могут использоваться жесткие требования, предписания, методы воздействия, ограничения и другие условия накладываемые медицинской деятельностью. Поэтому рассматривать технологию как частный случай методики не совсем корректно.

И, наконец, наиболее перспективной является точка зрения, которая предполагает методику и технологию дифференцировать по субъекту деятельности. Если понятие «методика» отражает процедуру использования комплекса методов и приемов реализации, например, процесса лечения безотносительно к осуществляющему их деятелю, то технология предполагает рассмотрение в процессе лечения и личности конкретного врача, а также условий и особенностей его профессиональной деятельности во всем многообразии возможных проявлений. Таким образом, можно подчеркнуть, что методика становится технологией после осуществления ее внедрения в реальную практику. Такое понимание наиболее применимо и к такой психосоциальной технологии, как психотерапия.

Что касается самого термина «технология», то в науке приводятся три основных его трактовки (технология — от греч. *techne* — искусство, мастерство, умение и *logos* — учение, слово). Одна из которых определяет «технология» как описание произ-

водственных процессов, инструкции по их выполнению, технологические карты и т.п. Такое понимание технологии наиболее адекватно при осуществлении внедрения психотерапии. Понятие же «психосоциальная технология» заимствовано из зарубежной научной литературы, в отечественных научных изданиях встречается довольно редко. Чаще всего используется в следующих основных значениях:

- совокупность способов, методов, средств, приемов организации деятельности специалиста с целью воздействия на процессы социальной адаптации, профилактики, реабилитации и т.п.;
- описание способов, методов, средств, приемов организации деятельности специалиста в методиках, которые включают в себя следующие разделы: цели, задачи и возможности метода; планируемое итоговое состояние социального субъекта; применяемые методы и приемы; условия и последовательность их применения; необходимое время для применения данной технологии; квалификация работников; способы обучения приемам технологии;
- деятельность по целенаправленному преобразованию субъектов психосоциальной помощи; оптимизация развития и функционирования клиентов в изменившихся трудных жизненных обстоятельствах.

По степени новизны имеют место принципиально новые (инновации) и традиционные (воспроизводство опыта) профессиональные психосоциальные технологии. Наряду с этим, имеются т.н. социально-субъектные технологии. Здесь в роли объекта воздействия выступает не отдельная личность (индивидуальный субъект), а социальный субъект (группа, коллектив), находящийся в фокусе профессионально организованного влияния, — социально-педагогического, социально-психологического, психолого-педагогического, психотерапевтического воздействия.

Специфика психосоциального воздействия на социальные объекты — группы людей (сообщества), прежде всего, определяется уровнем развития общественных отношений. В этой связи психосоциальные технологии подразделяются на три видовых группы:

1. макротехнологии, включающие в себя т.н. региональные подсистемы общества (разнообразные сообщества, классы, партии, большие социальные группы);
2. мезотехнологии — т.н. технологии областного/городского уровня (уровня локальной территориальной области/уровня отдельного населенного пункта), — технологии окружного, районного, муниципального уровней, технологии крупного трудового коллектива (включая технологии, реализуемые в разнообразных учреждениях народного образования);
3. микротехнологии, направленные на сравнительно небольшие объединения людей (малые творческие сообщества, отдельные рабочие группы, семьи) и рассчитанные на микросоциальный уровень общественных процессов (здесь могут рассматриваться и «отдельно взятые» наркологические отделения). В микросоциальные технологии включаются и технологические процедуры самоорганизации «отдельных» людей (личностей), что обеспечивается социально-психологическими методами, нацеленными на рациональное использование личностного потенциала самопомощи.

## ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Процесс внедрения психотерапии как психосоциальной технологии имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при формировании стратегий внедрения, а также разработок внедренческих проектов и конкретных технических заданий.

Во-первых, особенности вносит характер самой психосоциальной технологии, который заключается в ее принципиальной неполноте, если она описывается в тех или иных методических документах и рекомендациях. Иными словами — любое описание психосоциальной технологии будет неполным и при ее внедрении будет подвержено изменениям или дополнениям. Также к особенностям самой технологии можно отнести то, что ее эффект носит вероятностный характер, обладает некоторой вариативностью, а иногда неопределенностью. И еще один момент, связанный с самим характером психосоциальной технологии — это то, что как создание самой технология, так и ее эффект может быть полностью определен только после ее внедрения.

Следующими особенностями внедрения психосоциальных технологий являются те, которые вносит сам объект, в котором осуществляется внедрение, среди них можно выделить следующие:

1. Уникальность объектов внедрения. Объекты внедрения зачастую представляют собой сложные социально-экономические системы, имеющие свои специфические особенности, которые не всегда доступны прямой оценке и учету. К таким могут относиться не только правовые, экономические, культуральные и другие условия, но и такие, например, как профессиональные традиции или внутригрупповые нормативы, которые скрыты от прямого наблюдения.
2. Многоуровневость объекта внедрения. Объект внедрения психосоциальных технологий, которым часто является то или иное учреждение, можно рассматривать на следующих уровнях: уровень отдельной личности сотрудника, уровень группы специалистов, уровень взаимодействия групп специалистов. Соответственно при внедрении необходим учет влияний и взаимодействий внедренческих процедур на всех трех уровнях.
3. Процессуальность объекта внедрения. Чаще всего объект внедрения представляет собой действующее учреждение, которое, с одной стороны, находится в определенных внешних социальных, экономических, правовых и других условиях, которые постоянно изменяются, с другой стороны, имеются и определенные внутренние процессы, которые не могут быть приостановлены на момент внедрения: например, постоянно поступающий поток пациентов в лечебное учреждение.

И третьей группой особенностей обладает сама методология и способы внедрения, которые обуславливаются особенностями самой психосоциальной технологии и объектом ее внедрения. Среди них можно назвать следующие:

1. Не существует двух одинаковых (стандартных) объектов внедрения (учреждений). В каждом случае необходим индивидуальный для каждого объекта подход к внедрению.
2. Внедрение психосоциальной технологии предполагает создание специфической социальной среды, инновационного климата в учреждении, где проводятся внедренческие мероприятия.
3. В содержание внедренческого проекта должна быть включена программа проведения специализированного обучения персонала и руководства, в максимальном приближении к реальной профессиональной деятельности.
4. Психосоциальные технологии при осуществлении их внедрения требуют собой мотивации персонала, что предполагает разработку и проведение систем мотивационных мероприятий, предупреждающих и сопровождающих внедрение новой психосоциальной технологии.

5. Поскольку внедрение предполагает преобразование сложного социального объекта, оно должно, с одной стороны, осуществляться с помощью внешнего субъекта (внедренческой бригады) воздействия, не включенного в объект внедрения, с другой стороны, формировать субъект внедрения внутри объекта, так называемые креативные или инновационные команды.
6. При внедрении психосоциальной технологии должно учитываться целостность социального объекта, которая заключается в том, что эффективное преобразование одного из его элементов неизбежно сказывается на других элементах. В связи с этим необходимо обеспечивать управляемость таких изменений и поддержку связей между элементами социальной системы.

## ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЛИНИКЕ

В случае, если объектом внедрения является конкретная клиника, то основным звеном, на которое происходит воздействие, является взаимодействие в микросоциальной системе «врач-пациент» или, более широко, взаимодействие клиники как социальной системы на группу пациентов. Поскольку на первых этапах внедрения психосоциальных технологий пациент является пассивным субъектом внедренческого процесса, основное воздействие внедренческая бригада осуществляет на персонал клиники. В таком взаимодействии обнаруживаются как факторы препятствующие, так и помогающие осуществлению внедренческих задач, учет которых необходим при осуществлении взаимодействия с коллективом клиники, для чего должны быть подобраны или разработаны отдельные процедуры и методы.

Среди факторов, препятствующих внедрению, можно выделить три группы:

*1 группа:* социально-психологические или групповые. К ним относятся, например, следующие: нежелание менять устоявшиеся групповые нормы и правила, так как это всегда связано с затратами определенных личностных ресурсов каждого из участников коллектива; поляризация мнений (раскол в коллективе), то есть возникновение конфликтных ситуаций в результате коммуникативных сбоев и отсутствия методов их урегулирования; групповые стереотипы или традиции, которые могут входить в противоречие с внедряемыми методами работы; «закрытость» коллектива.

*2 группа:* индивидуально-психологические факторы. К таким относятся такие как отсутствие мотива к затрате сил на переобучение; боязнь роста трудовой нагрузки; страх перед неопределенностью; боязнь критики и обесценивания накопленного профессионального опыта; отсутствие стремления к профессиональному развитию; низкий уровень притязаний; отсутствие интереса к саморазвитию и самореализации; грубая культура общения и низкая эмпатия во взаимоотношениях с пациентами и коллегами; неспособность к многоуровневой рефлексии и, как следствие, эмоциональное выгорание; «вражда» врачей и младшего медицинского персонала.

*3 группа:* экономические факторы: боязнь увольнения (сокращения) в результате внедрения инноваций; боязнь сокращения заработка; ограниченность финансирования и материального обеспечения (преимущественно для государственных структур).

*4 группа:* социальные факторы: стремление сохранить привычные социальные связи; страх перед изменением функциональных обязанностей.

К факторам, способствующим внедрению, можно отнести следующие:

1. инновационно-ориентированная политика в клинике;

2. хорошая квалификация и уровень образования персонала клиники;
3. качественное информирование персонала об инновациях;
4. личностные качества персонала: заинтересованность в карьерном росте; профессионализм; компетентность; заинтересованность в инновациях и др.

Безусловно, все данные факторы взаимосвязаны и учет их возможен не только при проведении различных социально-психологических исследований в коллективе, но и в наблюдении экспертами рабочей внедренческой группы. Следует понимать, что каждый из перечисленных факторов может быть использован и как способствующий внедрению, и как затрудняющий его в зависимости от контекста, в котором он будет проявляться.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ЛЕЧЕБНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

В отличие от классических лечебных технологий, в которых на объект (болезнь) воздействуют определенным методом (лечение) и получают конкретный и измеримый результат (выздоровление), психотерапия имеет свои принципиальные особенности.

Во-первых, психотерапия представляет собой систему «субъект — субъектного» взаимодействия, в котором сложно определить четко метод и его границы, поскольку межличностное взаимодействие представляет собой сложную систему, которая развивается нелинейно и обладает большой вариативностью проявлений, соответственно возможность сделать точное регламентированное описание такого взаимодействия на практике затруднено. «Субъект — субъектное» взаимодействие предполагает также, что изменения в одном субъекте могут приводить к изменениям в другом. Так, например, психотерапевт, переживший недавно потерю близкого человека, не может эффективно работать с пациентом, также переживающим серьезную утрату. То есть психотерапевт, применяющий те или иные методики, не может исключить самого себя и механически выполнять методические предписания. Отсюда следует, что психотерапевт должен быть подготовлен не только как специалист, обладающий необходимыми знаниями, но и как личность. Еще один аспект, который вносит субъективность психотерапевтического взаимодействия, заключается в том, что она усложняет формальный контроль проведения психотерапии, и в таком случае требуется система супервизионных мероприятий, которые, с одной стороны, были бы контролем качества психотерапии, с другой стороны, повышали эффективность взаимодействия специалиста с пациентом, помогали разрешению сложностей внутри психотерапевтического процесса и обеспечивали безопасность психотерапевта. Таким образом, можно заключить, что организация психотерапии в реабилитационном отделении представляет собой не просто перечень дискретных методов или процедур, а скорее сложную социальную систему.

Во-вторых, целью психотерапии являются определенные личностные изменения, особенно если речь идет о личности с болезнью зависимости. Но личность в социальном контексте — это не только система отношений, которые заложены в субъективном пространстве, но и объективные изменения, которые проявляются во взаимоотношениях с другими людьми. То есть изменения личности одного социального индивида неизбежно отражаются на системе его взаимоотношений в социуме. В связи с этим, мы должны учитывать микросоциальный контекст пациента, а также последствия его изменения. Имея дело с отдельным пациентом, психотерапия на самом деле работает со всей его микросоциальной системой, которая также может быть включена в психоте-

рапевтический процесс. Соответственно, должны быть обеспечены пути привлечения социального окружения пациента к его лечению. Причем нужно понимать, что реализуется это с помощью другой микросоциальной системы — группы специалистов-психотерапевтов или бригадой специалистов. И по аналогии с тем, что психотерапевт должен быть подготовлен как личность, также должна быть подготовлена и бригада специалистов, она должна представлять собой сплоченный коллектив, работающий на сверенных принципах и формирующий единое отношение к каждому из своих пациентов, создавая необходимую профессиональную и психотерапевтическую среду.

Еще одна важная особенность психотерапии заключается в том, что для ее эффективного действия необходим определенный уровень мотивации, который не всегда возможен при прямом воздействии на больного, например, в случае убеждения или уговаривания, т.к. психотерапия требует крайне активного личного участия пациента. У частнопрактикующих психотерапевтов есть возможность производить парадоксальные интенции, когда больному отказывают в лечении или делают затруднительным вход в терапию, и если пациент преодолел такой вход, то это усилие служит дальнейшим позитивным вкладом в мотив работы над собой в процессе психотерапии. С этим связан и постулат о том, что психотерапия не может быть для пациента бесплатной — он должен тратить какие-то дополнительные ресурсы только для того, чтобы получить доступ к психотерапевтическому процессу. Не все учреждения могут себе позволить такую роскошь как провокация отказом от психотерапии. Тем не менее, необходимо понимать, что не существует таких мотивационных технологий, которые делали бы пациентов полностью управляемыми, в которых пациент воспринимается не как субъект, а как объект. Характер «субъективного» предполагает две принципиальные особенности: во-первых, на него невозможно воздействовать напрямую, во-вторых, субъективность человека предполагает возможность его воздействия на самого себя. В связи с этим, мотивирование пациента должно заключаться в том, что пациенты должны ощущать результаты работы пациентов, прошедших или проходящих психотерапию — то есть процесс изменений в одном субъекте, способствует активации мотива к изменениям в другом субъекте. Этим, например, обусловлен один из педагогических принципов личного примера.

И последняя, важная для внедрения, особенность психотерапии заключается в том, что, имея дело с психикой или личностью (психологией) больного, мы попадаем в зону индивидуальной психологии — то есть в каждой личности есть своя неповторимость, которая обуславливает уникальность психотерапевтического процесса. Накладываясь еще на индивидуальность психотерапевта, содержание психотерапии становится уникальным и это влияет на такие параметры психотерапии как: длительность, заказ, частота сеансов и т.д.

Таким образом, при внедрении психотерапии нужно учитывать следующее:

1. Организация психотерапии в реабилитации зависимых пациентов не имеет заранее заданного регламентированного процесса психотерапевтического воздействия на больного. Создание регламента в клинике возможно только в процессе внедрения.
2. Для создания системы психотерапевтического воздействия необходима личностная подготовка не только каждого отдельного специалиста, но и подготовка рабочей бригадной группы в целом. То есть специалистам необходима как личная терапия, так и специализированные тренинги командообразования, бригадного взаимодействия, организации лечебно-реабилитационной (психотерапевтической) среды.

3. Необходим инструмент входа в психотерапию и система мотивации, которая исключает формальное участие в психотерапии.
4. Должна быть разработана система супервизии, включающая регулярные супервизионные мероприятия и дополнительные, по заказу самого специалиста. Также должна осуществляться внутренняя супервизия — как ресурсами самой бригады, так и внешняя, которая осуществляется внешними экспертами или группой экспертов.
5. Сформированная в процессе внедрения бригада должна функционировать в согласованном социально-профессиональном контексте и психотерапевтической среде.

## ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Особенности наркологии как медицинской отрасли могут быть рассмотрены в очень различных плоскостях, но главная особенность, вершина или результат всей наркологической системы — это особенности самих наркологов. Это касается не только обучения, в котором закладывается определенная концепция зависимости, но и собственное отношение и представление о феномене зависимости, которое формируется благодаря опыту и контексту социальной среды, в которой сформировалась личность врача.

Понимание таких особенностей проще проиллюстрировать на примере. В одном из реабилитационных отделений в процессе внедрения психотерапевтических технологий специалистам и медицинскому персоналу был задан вопрос о том, «что такое зависимость?» Ответ обсуждался в нескольких группах: психологи, медсестры, молодые наркологи, наркологи со стажем работы от 12 лет и смешанная группа. Были получены следующие определения:

*Молодые наркологи:* Зависимость — это сложный биопсихосоциальный феномен, включающий в себя патологическую увлеченность каким-либо веществом или поведенческим стереотипом, приводящий к дезадаптации в какой-либо из сфер жизнедеятельности.

*Наркологи со стажем:* Зависимость — это состояние человека, когда объект зависимости вытесняет из жизни все остальное, из-за чего человек разрушается (личностно, соматически, неврологически).

*Психологи:* Зависимость — это патологическое влечение к чему-либо, отказ от которого ведет к физическим, моральным и психологическим страданиям.

*Медсестры:* Зависимость — это эмоциональное состояние человека, которое постепенно перерастает в болезненное состояние физического и психического чувства необходимости чего-либо.

*Смешанная группа:* Зависимость — это заболевание, характеризующееся компульсивным влечением к объекту зависимости, упорным употреблением несмотря на последствия, утерей контроля, что приводит к встраиванию в систему ценностей (объекта зависимости), при отмене объекта зависимости сопровождается психологическим страданием (психологические нарушения) и физиологическим дисбалансом.

Мы видим, что, несмотря на то, что данные специалисты работают в одном учреждении, их определения зависимости разнятся. Причем, можно отметить специфику таких определений, которая, возможно, обусловлена их опытом работы с одной

стороны, но, с другой стороны, формирует их стиль взаимодействия с наркологическими больными. В определении молодых наркологов можно заметить определенную наукообразность, которая может быть следствием их недавнего образования, но также может накладываться и отпечаток на общение с пациентом, делая его слишком формальным, академичным. У врачей со стажем определение заметно видоизменилось в сторону упрощения, а по формулировке «вытесняет из жизни все остальное» можно высказать предположение о созависимых отношениях со своими пациентами, при которых оба участника лечебного процесса — пациент и врач — погружены в «борьбу» с предметом зависимости, например, с алкоголем. То есть в таких случаях акцент смещается с личности, которая является предметом психотерапии, на алкоголь, — которого фактически не существует в реалиях реабилитационного отделения. Происходит такая борьба с воображаемым «духом» зависимости, которая приводит в сложностям в психотерапевтическом процессе и способствует профессиональному выгоранию специалистов.

Эта небольшая иллюстрация показывает, что бригаду специалистов можно рассматривать как «профессиональную семью», которая является отражением социальной системы самого зависимого. Специфику всего коллектива реабилитации необходимо учитывать при внедрении психотерапевтических технологий, проводить его социально-психологические обследования и экспертные наблюдения в тренингах и деловых играх. Также из этого следует, что внедрением психотерапии должна заниматься сторонняя группа специалистов, не включенная в то учреждение, в котором осуществляется внедрение.

Таким образом, можно говорить, что внедрение психотерапии в практику наркологического учреждения — это сложный психосоциальный процесс, который имеет определенные особенности.

1. Перед осуществлением внедрения должно проводиться изучение социально-психологических процессов в учреждении, которое является объектом внедрения.
2. Отсутствие возможности точного прогноза длительности внедрения психотерапии, так как это предполагает сложный социальный процесс взаимодействия нескольких коллективов не только на уровне простых технических указаний, но и на уровне личного взаимодействия.
3. Потребность во внешних интервенциях (специалистами-экспертами, не являющимися сотрудниками того же учреждения), которые предотвращают формирование стагнации коллектива и формирования созависимых отношений с пациентами клиники.
4. Необходимость обучения специалистов не только в теоретическом плане, но и в непосредственной работе с пациентами и друг с другом.

## ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Внедрение психотерапии в наркологическое (реабилитационное) учреждение должно проводиться внешней рабочей группой специалистов-экспертов в области психотерапии и социальной психологии.

На основе социометрических исследований и проведения деловых игр, в которых моделируются основные формы и способы работы сотрудников учреждения, должно быть сформировано творческое ядро специалистов учреждения, которые будут участ-



воват в разработке принципов и методов внедрения психотерапии и транслировать их в организационные процессы.

Одним из важнейших элементов внедрения психотерапии является создание модели супервизионного сопровождения специалистов, в которой за каждым специалистом учреждения закрепляется специалист-эксперт, который сопровождает каждый психотерапевтический случай, проводит дистанционную и выездную супервизию. Также должна осуществляться супервизия рабочих собраний бригады и межличностного взаимодействия в бригаде.

Каждый отдельный процесс или метод должны внедряться с учетом воздействия на всю социально-профессиональную систему учреждения в целом, то есть иметь необходимое отражение в других элементах системы, а также привносить новые. Например, внедрение семейной психотерапии должно породить информирование пациента и его родственников о возможности ее проведения на этапе поступления пациента в клинику, сформировать пары семейных психотерапевтов и психологов, определить супервизионные мероприятия, найти применение в системе мотивирования пациентов и др.

По итогам первого цикла внедрения должна быть разработана модель консультационной поддержки психотерапевтической работы в учреждении с учетом вероятности повторения внедренческого цикла.

Предлагаемые принципы были многократно верифицированы при реализации внедренческих программ Центром внедрения новых технологий Института им. В.М. Бехтерева и позволяют осуществить реалистичные инновации в наркологию не только за счет обучения новым психотерапевтическим подходам, но и за счет изменения стиля отношений в коллективах клиник, что является залогом не только эффективного применения новых подходов, но и совершенствования профессиональных отношений.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Пример индивидуальной психотерапевтической программы пациента В

(Кировский областной наркологический диспансер)

Пациент: В. Возраст: 42 года, Дата обращения: 10.08.2012.

Жалобы при поступлении: на снижение настроения, отсутствие желания общаться («физически» тяжело), быструю утомляемость от интеллектуальных нагрузок.

#### *Anamnesis vitae*

Родился в полной семье вторым ребенком, брат старше на 8 лет. Беременность, роды, первые 4 месяца, раннее развитие от 4 до 24 месяцев: данных нет.

Воспитание в родительской семье можно определить как гиперопекающее при отсутствии теплоты и нежности. Сам В. отношения с матерью характеризует как доверительные: «мы всегда спокойно сидели и обсуждали моих девушек, она прямо говорила о своем отношении к ним, особенно к моей будущей жене, интересовалась длительностью отношений, и я все рассказывал. Мама всегда доверяла моему выбору, она уважала моих друзей, если меня не было дома, то она могла чем-то помочь моим друзьям, потому что они мой близкий круг. Моим увлечениям она никогда не противилась, разрешала даже репетиции дома, несмотря на то, что ее комната за стенкой». При предложении выбрать из числа психологов «похожую на маму», выбирает психолога С. — самую прямолинейную и жесткую по стилю работы.

Отец алкоголизировался, оставаясь долгое время социально сохранным. Вспоминает эпизод раннего детства: «я упал с лестницы, сильно разбил лицо. Отец, желая утешить, поднес к лицу зеркало со словами: смотри как это смешно».

Отношения с братом в детстве конфликтные («он мне почему-то завидовал, считал, что мне уделяют больше внимания, все достается без усилий, я редко что просил, мне надо было меньше, а он постоянно чего-то просил и добивался своего любыми способами...»; «...Он любит только сейчас, не любит работать на перспективу»). Отношения с братом в школьные годы описывал как удовлетворительные, сейчас «никакие» («с моей стороны безразличные... примерно с 1998 года»).

Имеет одного близкого друга с детства, отношения ровные, стабильные, доверительные («в любой сложной жизненной ситуации он мне помогает, даже когда я попал сюда, он меня не бросил, а наоборот поддержал, он меня всегда понимает и дает дельные советы, потому что он обладает здравым смыслом»).

Детские дошкольные учреждения посещал без желания («мне не нравилось рано вставать»). Конфликтов в детском саду не было, дружил со всеми, особенно с девочками. Плохо адаптировался в новых коллективах. Медленно погружался в атмосферу коллектива, но ни с кем не конфликтовал. Учился до 4 класса хорошо, потом успевае-

мость снизилась, «надоело». Отношения с одноклассниками и учителями были ровными. Легко утомлялся, истощался. В подростковом возрасте без поведенческих проблем, увлекался мотоциклами, музыкой, играл на гитаре. Выступал несколько лет в составе рок-группы. После 8-ми классов окончил училище по профессии радиомонтажник-механик.

Служба в армии прошла благополучно, служил за границей. После армии работал по специальности, культорганизатором, автослесарем, газосварщиком. Часто менял работу, в последние годы работал вахтовым методом в разных компаниях.

Был женат около 8 месяцев (2001 год), потом какое-то время жена пыталась наладить отношения, но «мне уже не надо было» («не видел смысла в этом»). Брак расторгнут по причине влюбленности В. в другую девушку («сумасшедше влюбился»). Детей нет. В 2002 г. после смерти родителей и бабушки потерял жилье, развелся с женой.

### *Anamnesis morbi.*

В 2002 году серия госпитализаций в психиатрическую больницу по поводу суицидальных попыток. Диагноз: шизоаффективное расстройство депрессивный тип. Сроки госпитализаций около 1 месяца. Из выписки: «снизился фон настроения, появилась тоска, безразличие к жизни. В неудачах обвинял себя и окружающих, стал замкнутым, ощущал путаницу мыслей в голове. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики выявить не удавалось, болезненных переживаний не раскрывал. Получал лечение — феназапам, амитриптилин, азалептин, трифтазин. Последние 8 лет жил и работал при Успенском монастыре города Кирова. До января 2012 года жил при монастыре, 3 года не алкоголизировался. Отказ от алкоголя связывает с тем, что активно самостоятельно занимался изучением буддизма. Потеряв возможность проживать при монастыре, начал искать работу, столкнулся с ограничениями по профессии в связи тем, что состоит на наркологическом учете. Состояние резко ухудшилось, стало страшно, появилось чувство, что сходит с ума, начал употреблять высокие дозы алкоголя с целью заглушить переживания.

### *Психический статус*

Испытуемый внешне опрятен. В контакт вступает. Активно жалоб не предъявляет, но при опросе отмечает сложности сосредоточения, усталость при нагрузках, плохую память. На вопросы отвечает в плане заданного. Суждения последовательные. Фон настроения ровный, несколько сниженный (наблюдается некоторая двигательная заторможенность и отстраненность, испытуемый часто вздыхает). Эмоции адекватные. В поведении упорядочен. Отношение к исследованию спокойное. Инструкции к заданиям усваивает и удерживает в полном объеме. К своим ошибкам критичен, исправляет самостоятельно. В помощи экспериментатора не нуждается.

### *Заключение по результатам экспериментально-психологического исследования*

*Внимание:* нормативный психомоторный темп, который при функциональной нагрузке замедляется (время таблиц Шульге: от 45 сек до 1 мин 59 сек). Снижен объем внимания (4 единицы). Внимание неустойчиво и общая умственная работоспособность колеблется. Концентрация внимания и переключаемость грубо не нарушены. Избирательность (мотивационный компонент) внимания не обнаруживает наруше-

ний (испытуемый не отвлекался, делал методики до конца, хотя проявлялись признаки утомления). Увеличение времени и количества ошибок к концу проб свидетельствует об истощаемости психических процессов.

*Память:* отмечаются как нарушения непосредственного (механического) звена памяти при сохранном опосредованном (логическом) запоминании. При кратковременном запоминании отмечается снижение таких процессов памяти как запоминание и удержание информации (неустойчивая кривая памяти), что свидетельствует о снижении и ослаблении активного внимания и произвольной памяти. Динамика мнестической деятельности неустойчивая. Процесс воспроизведения выражено снижен (ретенция через час — 4 слова из 10). Коэффициент опосредованного запоминания (долговременная логическая память) достаточный: КОЗ=85% при норме 80%. Можно говорить о недостаточном функционировании непосредственного звена мнестической деятельности, но процесс опосредования улучшает запоминание.

*Мышление:* Категориальный строй мышления не нарушен (испытуемый мыслит в рамках общепринятых категорий). Отмечаются эпизодические нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения и сложности абстрагирования. Динамика мышления не нарушена (не выявилось проявлений инертности или лабильности). Мотивационный компонент мышления сохранен, не наблюдается «соскальзываний», резонерства, критика не нарушена (при обнаружении ошибки исправляет ее).

*Актуальное психическое состояние* характеризуется наличием умеренного депрессивного состояния (повышенные показатели депрессивности по симптоматическому опроснику и шкале депрессии А. Бека). Эти данные подтверждаются наличием микрографии в пиктограммах, которая является свидетельством депрессивного состояния. Также отмечается выраженный уровень тревожности по Интегративному тесту тревожности (ситуативная тревога — 6 стен, личностная — 9 стен при норме до 7). В структуре тревожности преобладает эмоциональный дискомфорт и лабильность, выраженная астения и мрачная оценка перспективы.

*Профиль личности* не достоверный, не подлежит интерпретации. По высоте профиль плавающий (более 7 шкал превышают норму), с «психотическим» наклоном. Наклон профиля отражает склонность к повышению конфликтности, дистантности личности в сложных жизненных ситуациях. Можно говорить об остром эмоциональном состоянии, психопатизации личности, сниженных адаптивных ресурсах и неустойчивости личностного реагирования. Это подтверждают данные симптоматического опросника, по которому выражены как невротические (депрессия, тревога), так и психопатические симптомы: враждебность, отчужденность и психотизм.

*Устранение эмоционального напряжения* на данный момент развития личности может происходить за счет включения механизмов психической адаптации:

- тревога устраняется за счет аутизации и дистанцирования, т. е. тенденции к уходу из окружающей среды и сложных ситуаций во внутренний мир (в том числе, в состояние измененного сознания) и к соблюдению «психической дистанции» между собой, другими людьми и внешним миром.
- устранение (или ослабление) неопределенной тревоги достигается путем формирования ограничительного поведения;
- также основным способом устранения фрустрирующих стимулов служит отрицание каких-либо затруднений, тревоги, своей вины.

*Стиль межличностного реагирования* противоречивый. На данный момент доминирует «скептический тип», который выявляет стремление в отношениях с людьми

занимать недоверчиво-скептическую позицию (скептицизм, недовольство, резкость, склонность к критическим высказываниям, обидчивость). В противоположность этому сильно выражен «покорный тип», при котором имеется склонность занимать пассивно подчиненную позицию. Коммуникативное поведение определяется как уступчивая застенчивость, отсутствие своего мнения, повышенное чувство вины вплоть до покорности чужой воле.

### *Наркологический анамнез*

Поступил в реабилитационное отделение из отделения неотложных наркологических состояний с жалобами на снижение настроения, раздражительность, общую слабость, повышенную утомляемость, отсутствие желания чем-либо заниматься, вялость, нарушение сна (тяжело заснуть), головокружение, отсутствие интереса к жизни.

Впервые попробовал алкоголь в 18 лет в компании сверстников, эффект понравился (приподнятое настроение, эйфория, легче стало общаться). Злоупотребляет алкоголем около 28 лет. Опохмеляется с 32 лет. Пьет запоями продолжительностью до 3-5 дней. Светлые промежутки до 2 месяцев. Со слов, с 2009 по 2012 год не употреблял алкоголь, затем в январе 2012 года произошла психотравмирующая ситуация — проблемы на работе, после чего стал употреблять водку. Суточная толерантность до 0,5 л водки, пиво до 3 л в сутки. Употребляет суррогаты алкоголя, настойку боярышника, когда не хватает средств для покупки алкоголя. Абстинентный синдром сформирован и проявляется в виде сильной головной боли, резкой слабости, головокружения. Психическая и физическая зависимость сформированы. Защитный рвотный рефлекс подавлен. Количественный и ситуационный контроль утрачены. Амнезирует высоту опьянения. Появление судорожных припадков, обманов восприятия на фоне абстиненции отрицает. На диспансерном учете состоит с 2000 года. Последний запой 2 дня. Употреблял водку 0,5 л в сутки. Курит до пачки в день. Другие ПАВ не употреблял.

### *Мишени психотерапии*

#### *«Мишени, специфичные для нозологии» (1-я группа):*

- синдром зависимости,
- астено-депрессивный синдром.

#### *«Мишени, специфичные для феномена личности» (2-я группа):*

- личностная акцентуация шизоидного типа;
- недостаточность и дефицитарность копинг-механизмов;
- низкая способность к рефлексии и заботе о себе;
- фрагментарность и неустойчивость внутренней картины собственной личности;
- феномен алекситимии;
- трудности в близких отношениях, связанные с потребностью в близости, с одной стороны, и тревогой и сильными амбивалентными чувствами, возникающими в ситуации близости, с другой стороны;
- несостоятельность при решении повседневных проблем.

*«Мишени, специфичные для психотерапевтического процесса» (3-я группа):*

- Отношения между психотерапевтом и пациентом: контакт с врачом в начале терапии формальный, затем конструктивный.
- Особенности участия пациента — чередование активности и замкнутости. Поведение, адекватное ситуации.
- Особенности участия психотерапевта — пациент вызывает симпатию нестандартностью мышления, точностью выводов, независимостью суждений, гуманностью по отношению к окружающим.
- Мотивация к лечению: высокая мотивация к личностным изменениям.
- Соппротивление: проявляется в молчании.
- Средняя переносимость фрустрации в психотерапевтическом контексте.
- Верификация внутренней картины болезни пациента:
- Признание пациентом связи симптомов с особенностями своей личности

*«Мишени специфичные для особенностей макросоциальной ситуации» (4-я группа):*

- Социальная дезадаптация.
- Внешние факторы, затрудняющие социальную адаптацию (потеря жилья, ограничения в профессии).

*«Мишени, специфичные для метода» (5-я группа):*

- психические травмы раннего детского возраста (в психодинамической психотерапии);
- значительно сниженная способность устанавливать эмпатические отношения (в гуманистической психотерапии);
- неопределенность и неадекватность «Я-концепции» (в гуманистической психотерапии);
- непонимание связи между своими переживаниями и проявлениями зависимости, между своим поведением и поведением окружающих (в личностно-ориентированной психотерапии).

*Психотерапевтическая гипотеза*

Особенности воспитания: с детства амбивалентное отношение к матери, гиперопека в сочетании с эмоциональной холодностью, отсутствие (или формальность) «мужской части» воспитания вследствие алкоголизации отца, конкурентные отношения со старшим sibлингом, остановившиеся на подростковом уровне, сформировали определенные ригидные эмоциональные, поведенческие и когнитивные паттерны.

Особенности характера: согласно психодиагностическому заключению и особенностям анамнеза — признаки дефицитарности и личностно-аномальных черт характера, создающих предпосылки для быстрого формирования зависимости в условиях, требующих пребывания в состоянии неопределенности и близком эмоциональном контакте с другими людьми.

Особенности социального реагирования: большие трудности в адаптации в любых новых коллективах, ограничение круга общения и эмоциональной привязанности, замкнутое поведение, склонность к уединенному образу жизни, где важна предсказуемость и структурированность правил. Поиск ниши путем смены разноплановых специальностей. Эпизоды дезадаптации при потере ниши. Использование алкоголя для купирования тягостных переживаний.

*Комплексный реабилитационный диагноз  
(Психотерапевтический функциональный диагноз)*

Тип пациента: «дефицитарный — постреабилитационный» пациент, получивший адекватное по длительности и интенсивности комплексное лечение.

Этап реабилитационной работы: адаптирован в программе, работа по индивидуальной психотерапевтической программе, окончание стационарного этапа.

Самостигматизирующий личностный механизм: компенсаторный тип — частичное игнорирование проявления своего заболевания. Утрирование представления о несостоятельности психических больных. Подчеркивание собственных отличий от типичного аддиктивного больного с формальным признанием психического заболевания у себя.

Социальный диагноз — выпавшие социальные институты: нет работы, нет жилья, регистрация есть.

*Наркологический диагноз.* Синдром алкогольной зависимости с употреблением в настоящее время, средняя стадия. F. 10.2.4.2

Сопутствующая соматическая патология — не выявлено.

*Содержательная часть индивидуальной психотерапевтической программы:* Пациенту предписан режим нахождения в реабилитационной среде типа D («кризисная» лечебно-реабилитационная среда), с переходом в реабилитационную среду типа B после снижения остроты переживаний («коррекционно-реконструктивная» лечебно-реабилитационная среда).

В составе профессиональной бригады рекомендовано участие:

- врача-психиатра нарколога (коррекция эмоционального и физиологического состояния пациента с помощью фармакотерапии, мотивационное интервью, проведение большой группы);
- врача-психотерапевта (проведение лично-ориентированной группы для пациента, проведение балинтовской группы для сотрудников в качестве средообразующего мероприятия);
- клинического психолога (проведение психодиагностики, проведение индивидуального кризисного психологического консультирования на первом этапе реабилитации и участия в индивидуальной психотерапии на втором);
- специалиста по социальной работе (проведение милье-группы для пациента, проведение социально-психологического тренинга для сотрудников в качестве средообразующего мероприятия, проведение тренинга профессиональной адаптации для пациента, проведение психообразования для пациента).

*Первоначальный уровень психотерапевтического вмешательства:*

(на основании внутренней картины болезни пациента)

- лично-центрированная психотерапия.

*Психотерапевтические мероприятия.*

- индивидуальное кризисное психологическое консультирование (3-6 встреч);
- мотивационное интервью (2-3 встречи);
- посещение большой группы (ежедневно);
- психообразование (3-4 встречи);
- индивидуальная психотерапия экзистенциально-гуманистического направления, предпочтительно логотерапия по Франклу (в режиме стационара 15 встреч, в амбулаторном до 20 встреч);

- милие-группа (до 9-и часов);
- лично-ориентированная группа в гуманистической модели (51 час);
- тренинг профессиональной адаптации (до 15-и часов);
- при необходимости — поддерживающая профессиональная консультация в амбулаторном режиме (не более двух встреч);
- посещение терапевтического сообщества АА в течение года до возможного восстановления микросоциального окружения.

Общая продолжительность программы стационарной реабилитации 2,5 месяца.

### *Итог прохождения курса реабилитации с планами на амбулаторный этап*

Адаптация пациента в среде продолжалась около месяца, режим не нарушал. В настоящее время общается со всеми реабилитантами, пользуется уважением. Последний месяц был активен в индивидуальной психотерапевтической работе по ИПП. Через 2,5 месяца пребывания в отделении начал активно заявлять темы на малой психотерапевтической (лично-ориентированной) группе.

Со слов пациента, за время пребывания в реабилитационном центре с ним произошли следующие изменения:

- улучшились взаимоотношения с окружающими, навыки налаживания контактов; стал активней в диалоге;
- стал быстрее справляться с мелкими неурядицами, а не уходить от их решения, как делал это раньше;
- начал понимать другого, вставая на его место;
- легче, острее стал воспринимать чужие эмоции, чувства, стало легче общаться; стал свои эмоции спокойно наблюдать и оценивать со стороны;
- стал снисходительней к ошибкам других;
- рабочие конфликты в настоящее время не портят личных отношений;
- утвердился в своей правоте, стал уверенней, практичней;
- появилось ощущение, что повзрослел, что-то качественно изменилось в личности, но трудности еще впереди. В реабилитационном центре было хорошо, потому что все было предсказуемо и понятно;
- испытывает страх перед реальностью. Затрудняется в понимании как использовать то, что сейчас имеет.

Планы на будущее:

- рассчитаться с долгами, начать работать, решить жилищный вопрос (планы реальные);
- хотел бы продолжить общение со специалистами в рамках продолжения индивидуальной психотерапии, профессионального консультирования по необходимости;
- собирается посещать общество АА.



## Приложение 2

### ТИПОВАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ТИПА А

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию
1	Перечень психосоциальных мероприятий	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Большая группа. (ПСМ1) (только для стационарных отделений и дневных стационаров).</li> <li>— Индивидуальное психологическое консультирование. (ПСМ2).</li> <li>— Семейное консультирование. (ПСМ3).</li> <li>— Психообразовательная программа (Библиотерапия, лекции, семинары, дискуссионные группы). (ПСМ4).</li> <li>— Балитовская группа. (ПСМ5).</li> <li>— Социально-психологический тренинг для персонала. (ПСМ6)</li> </ul>
2	«Регламент участников»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ1. Участниками являются все пациенты вне острого психотического состояния на 2-3-й день госпитализации. Участвует весь младший и средний медицинский персонал, находящийся на рабочем месте. Все специалисты с высшим образованием. Два сменных ведущих из числа специалистов с высшим образованием. Численность группы — 12-70 человек.</li> <li>— ПСМ2. Консультирование осуществляет врач-психотерапевт или клинический психолог. Мероприятие обязательно для всех пациентов, получающих наркологическую помощь.</li> <li>— ПСМ3. Участниками являются пациенты вне психотического состояния начиная со 2-3-го дня после обращения за помощью, члены их семей. А также врач-психотерапевт или клинический психолог или врач-нарколог, имеющий специальную подготовку.</li> <li>— ПСМ4. В психообразовательных программах участвуют все пациенты, обратившиеся за помощью вне психотического состояния начиная со 2-3-го дня. Ведет психообразовательные мероприятия специалист с высшим образованием, имеющий соответствующую подготовку. Состав участников психообразовательного мероприятия должен быть однородным по психологическому и общеобразовательному уровням культуры, поэтому численность участников определяется демографическим составом пациентов ЛПУ.</li> <li>— ПСМ5. Группа предназначена для среднего медперсонала и специалистов с высшим образованием. Состав группы от 8 до 15 человек.</li> <li>— ПСМ6. Тренинг проводится отдельно для специалистов с высшим образованием и среднего персонала.</li> </ul>

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию
3	«Организационный регламент»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ1. Два специалиста с высшим медицинским или психологическим образованием. Помещение, оборудованное достаточным количеством посадочных мест для всех участников. Акустические свойства помещения должны обеспечивать хорошую слышимость для всех участников.</li> <li>— ПСМ2. Кабинет (или специально выделенная звукоизолированная зона) индивидуального консультирования (индивидуального приема). Врач-психотерапевт или клинический психолог.</li> <li>— ПСМ3. То же, что и ПСМ2, но ответственным ведущим может быть врач-нарколог, прошедший специальную подготовку.</li> <li>— Материально-техническое обеспечение то же, что и для ПСМ1. Специалист с высшим образованием, имеющий соответствующую подготовку.</li> <li>— Материально-техническое обеспечение — звукоизолированное помещение (комната), 15-16 посадочных мест, позволяющих разместиться по кругу. Ведущий — специалист с высшим образованием, прошедший соответствующую подготовку.</li> <li>— ПСМ6. Организационный регламент тот же, что и у ПСМ5.</li> </ul>
4	«Временной регламент»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ1. Большая группа проводится не реже 4-х раз в неделю. Длительность 1,5-2 часа.</li> <li>— ПСМ2. Длительность одной сессии психологического консультирования от 40 мин до 1,5 часов. Каждый пациент посещает не менее 3-х сессий индивидуального психологического консультирования в неделю.</li> <li>— ПСМ3. Длительность одной сессии семейного консультирования 1,5-3 часа. Минимальное число сессий семейного консультирования при отсутствии созависимости — 1. С случае диагностики созависимости семейное консультирование осуществляется на протяжении года ремиссии в среднем ритме не реже одного раза в месяц.</li> <li>— ПСМ4. Лекция — от 45 мин до 1 часа. Семинар — 1,5-2 часа. Общая продолжительность психообразовательных мероприятий может быть индивидуальной, определяется усвоением участником необходимого информационного минимума.</li> <li>— Длительность одной групповой сессии 2-3 часа. Каждый работник ЛПУ посещает групповое занятие не реже одного раза в месяц.</li> <li>— Длительность одного занятия 2-3 часа. Общая продолжительность одной тренинговой программы 12-20 часов. Количество тренинговых программ планируется таким образом, чтобы каждый работник ЛПУ (средний медперсонал и специалисты с высшим образованием принял участие не менее чем в одной тренинговой программе в год.</li> </ul>
5	«Регламент ведения»	См. описание обязательных ПСМ выше.

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию
6	«Регламент оценки психосоциальных мероприятий»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ1. Организационным критерием является число участвующих пациентов в процентном исчислении от числа госпитализированных на данный момент и число участвующего персонала в процентном исчислении от числа работающих. Индивидуальным клинико-психологическим критерием для пациентов является увеличение поведенческой саногенной активности, направленной на преодоление анозогнозии и/или достижение ремиссии.</li> <li>— ПСМ2. Организационным критерием является 100% участие пациентов в сессиях индивидуального консультирования и строгое соблюдение временного регламента. Индивидуальным клинико-психологическим критерием является появление мотивации на долгосрочную комплексную наркологическую помощь и стабилизация эмоционального фона.</li> <li>— ПСМ3. Организационным критерием является доля пациентов, имеющих семью и участвующих в семейном консультировании. Клинико-психологические критерии строго индивидуальны по содержанию, общим для них является отсутствие патогенного эмоционального напряжения, связанного с семейными отношениями.</li> <li>— ПСМ4. Организационный критерий — доля пациентов, участвующих в психообразовательных программах. Клинико-психологический критерий — преодоление анозогнозии и появление мотивации на долгосрочную комплексную наркологическую помощь.</li> <li>— ПСМ5. Организационный критерий — доля персонала ЛПУ, участвующего в работе группы. Снижение количества жалоб со стороны персонала, связанных с наличием синдрома эмоционального сгорания.</li> <li>— Организационный критерий тот же, что и у ПСМ5. Снижение количества жалоб со стороны персонала и пациентов на персонал, связанных с коммуникативными проблемами.</li> </ul>
7	«Регламент оценки ЛРС»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Сокращение числа повторных госпитализаций.</li> <li>— Число пациентов, достигших ремиссии, от общего числа пациентов в данной ЛРС.</li> <li>— Сокращение жалоб со стороны пациентов и их родственников на персонал.</li> <li>— Сокращение числа жалоб на межличностные конфликты среди персонала.</li> <li>— Сокращение жалоб персонала, связанных с синдромом эмоционального сгорания.</li> <li>— В амбулаторных учреждениях дополнительно — отношение числа пациентов, впервые обратившихся за помощью и достигших ремиссии без госпитализации, к числу пациентов, впервые обратившихся за помощью и госпитализированных.</li> </ul>

## ТИПОВАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ТИПА В

	Организационные компоненты ЛРС	Минимальные требования к содержанию
1	Перечень психосоциальных мероприятий	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ1, 3, 5, 6. (с теми же регламентами, что и в ЛРС типа А.</li> <li>— Сессии индивидуальной психотерапии. (ПСМ7).</li> <li>— Личностно-ориентированная группа (рационально-дискуссионная и гуманистическая модели). (ПСМ8).</li> </ul>
2	«Регламент участия»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ7. Индивидуальная психотерапия показана всем пациентам вне психотического состояния.</li> <li>— ПСМ8. Участие в работе группы является обязательным для всех пациентов вне психотического состояния. Состав группы 8-16 человек.</li> </ul>
3	«Организационный регламент»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ7. Организационный регламент тот же, что и у ПСМ2.</li> <li>— ПСМ8. Организационный регламент тот же, что у ПСМ6. Ведущим группы может быть врач-психотерапевт или клинический психолог. Возможно совместное ведение с врачом-психиатром-наркологом.</li> </ul>
4	«Временной регламент»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ7. Временной регламент тот же, что и у ПСМ2.</li> <li>— ПСМ8. Длительность одной групповой сессии 1,5 или 3 часа. Общая продолжительность группы — не менее 42-х часов. Число групповых сессий для каждого участника — не менее двух в неделю.</li> </ul>
5	«Регламент ведения»	См. описание обязательных ПСМ выше.
6	«Регламент оценки психосоциальных мероприятий»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— ПСМ7. Организационный критерий тот же, что и у ПСМ2. Проводить психотерапевтические сессии может врач-психотерапевт или клинический психолог после постановки психотерапевтического диагноза врачом-психотерапевтом. Клинико-психологические критерии строго индивидуальны, но в обязательном порядке включают в себя стабилизацию эмоционального состояния, достижение осознанной ремиссии, появление мотивации на комплексную наркологическую помощь.</li> <li>— ПСМ8. Те же критерии, что и у ПСМ7.</li> </ul>
7	«Регламент оценки ЛРС»	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Сокращение числа повторных госпитализаций.</li> <li>— Число пациентов, достигших ремиссии, от общего числа пациентов в данной ЛРС.</li> <li>— Средняя длительность ремиссии после пребывания в данной ЛРС.</li> <li>— Доля пациентов, обратившаяся за последующей помощью в амбулаторное ЛПУ в ЛРС типа С.</li> <li>— Сокращение жалоб со стороны пациентов и их родственников на персонал.</li> <li>— Сокращение числа жалоб на межличностные конфликты среди персонала.</li> <li>— Сокращение жалоб персонала, связанных с синдромом эмоционального сгорания.</li> </ul>

## ТИПОВАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ТИПА С

	<b>Организационные компоненты ЛРС</b>	<b>Минимальные требования к содержанию</b>
1	Перечень психосоциальных мероприятий	Все ПСМ, кроме ПСМ1 и ПСМ4.
2	«Регламент участников»	Индивидуальные показания участников данной ЛРС ко всем ПСМ, кроме балинтовской группы и семейного консультирования.
3	«Организационный регламент»	Не имеет особенностей по сравнению с другими ЛРС.
4	«Временной регламент»	Для пациентов определяется индивидуальными реабилитационными программами. Регламент для персонала ЛПУ остается таким же, как и в других ЛРС.
5	«Регламент ведения»	См. описание обязательных ПСМ выше.
6	«Регламент оценки психосоциальных мероприятий»	Дополнительно к критериям, принятым в других ЛРС — улучшение качества жизни пациентов, увеличение их поведенческой активности, связанной с участием в волонтерских программах ЛПУ.
7	«Регламент оценки ЛРС»	Увеличение доли пациентов, получающих комплексную наркологическую помощь в ЛПУ с длительными (более года) ремиссиями. Доля пациентов в ЛРС типа D.

## ТИПОВАЯ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ ТИПА D

«Кризисная» ЛРС типа D по отношению к другим лечебно-реабилитационным средам имеет вспомогательный характер и предназначена для пациентов, переживших срыв и/или в начале рецидива синдрома зависимости от ПАВ.

Основным ПСМ является индивидуальное психотерапевтическое кризисное взаимодействие с пациентом и членами его семьи.

Временной, организационный регламенты и особенности ведения определяются индивидуально для каждого пациента исходя из личностных особенностей, возможностей ЛПУ и окружения пациента.

Главным критерием оценки ПСМ является реадaptация пациента в той же ЛРС, в которой он находится в случае срыва и появление мотивации на получение наркологической помощи в ЛРС типа B в случае рецидива.

Дифференцированный подход к построению психотерапевтических сред, основанный на четком определении их типа и идентификации их супервизионных профилей позволяет управлять качеством психосоциальной помощи в стационарных условиях, а функциональные варианты построения психотерапевтической среды актуальны, прежде всего, для амбулаторных учреждений. Методологический подход, основанный на терапии средой как основной форме психотерапии, позволяет выработать четкие показания для разных клинических групп пациентов для широкого спектра психотерапевтических и психосоциальных мероприятий.

## Приложение 3

### Карта клинико-психотерапевтической конференции

Фамилия, имя, отчество

Год рождения Дата заполнения

#### КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Диагностические категории	Краткое описание
Жалобы	
Психиатрические и наркологические проблемы. Критика реальности. Суицидные мысли и намерения. (1-я ось)	
История развития пациента. Расстройство личности. (2-я ось)	
Соматический анамнез и соматические заболевания. (3-я ось)	
Семейный, психосоциальный анамнез, семейный диагноз. (4-я ось)	
Работа, образование и доход. Социально-психологическая адаптация (5-я ось)	
Автономные функции: умственные способности, память, суждения и критика, интеллект	
Клинический диагноз.	
Психотерапевтический анализ.	
Предыдущее обращение к специалистам помогающих профессий, устойчивость ремиссии.	

Диагностические категории	Краткое описание
Внутренняя картина заболевания.	
Интерперсональные (объектные) отношения, внутриличностные конфликты.	
Самооценка.	
Жизненные ценности, убеждения.	
Защитные системы.	
Ресурсы и положительные особенности пациента.	
Психодинамический диагноз.	<p>Оценка Эго.</p> <p>Качество объектных отношений — способность поддерживать отношения. Оценка общего функционирования Эго в свете предшествующих вопросов касательно возраста и стадии развития.</p> <p>Объектные отношения организуют не только аффекты, но и другие функции Эго — восприятие, суждение, планирование, намерение, оценку реальности, языковую коммуникацию, а также уровень и качество задействованных Эго-защитных механизмов.</p> <p>Отношения с реальностью — способность к адаптации. Характеристика степени личностной зрелости.</p> <p>Зрелым считается аффект, пережитый на уровне чувств, а не импульсов, и выраженный в адекватной форме. Терпимость к амбивалентности означает способность выносить тревогу и эмоциональное напряжение, создаваемое разнонаправленными импульсами. Зрелость аффектов и терпимость к амбивалентности свидетельствует о сильном Эго.</p> <p>Характеристика влечений и функция Суперэго.</p> <p>Психодинамический диагноз кроме диагностики структурных характеристик и оценки многомерности каждого пациента подчеркивает здоровые и ресурсные части.</p>
Клинические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфичности).	Пример: сезонные колебания настроения, навязчивый страх или тревожное состояние, галлюцинаторные переживания после перенесенного психоза
Мишени, специфичные клинической ситуации (мотивы обращения за помощью, инициатор обращения, характер установки на лечение).	<p>Эти феномены связаны с полем, на котором идет разворот симптоматики.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Низкая психологическая компетентность.</li> <li>2. Социальная дезадаптация.</li> <li>3. Провоцирующее поведение социального окружения.</li> <li>4. Созависимость.</li> <li>5. Стигматизация.</li> <li>6. Госпитализм.</li> </ol>

Диагностические категории	Краткое описание
Мишени, специфические для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прошлые, настоящие или предстоящие утраты.</li> <li>2. Межличностные конфликты.</li> <li>3. Симптоматические проявления и желание редукации симптома.</li> <li>4. Дефекты характера.</li> <li>5. Созависимые отношения.</li> <li>6. Ненависть к объекту.</li> <li>7. Страх потери объекта.</li> <li>8. Вина перед значимым объектом.</li> <li>9. Конфликт между морально-нравственными установками и влечениями.</li> <li>10. Управление эмоциями.</li> <li>11. Ценностно-смысловой конфликт.</li> </ol>
Мишени, специфические для психотерапевтического процесса.	<p>В группу психотерапевтических мишеней, специфичных для психотерапевтического процесса, включаются феномены, имеющие отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на мишени этой группы необходимо для создания условий проводимой психотерапии. Примерами мишеней такого рода могут быть феномены, отражающие особенности участия пациента (избегание, пассивность), психотерапевта (созависимость, степень директивности, степень активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии.</p>
Мишени, специфические для психотерапевтического метода.	<p>Выделение этих мишеней позволяют оценивать адекватность метода заявленным целям, в том числе в рамках супервизии. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией, уровнем организации личности, темпом реабилитации.</p>
Медикаментозная поддержка.	<p>Назначение медикаментозной терапии для лечения коморбидной патологии, обсессивного и компульсивного влечения.</p>
Эффективность .	<p>Динамика симптомов, разрешение внутри- и межличностного конфликта, динамика самооценки, осознание психической зависимости, адаптация, жизненные планы). Например, психологический механизм не осознается; воспринимается в виде неопределенного чувства неудовлетворенности собой и собственной жизнью, активное осознание с планами деятельности по изменению ситуации.</p>



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Терапия занятостью. Культуротерапия // Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — С. 192-195.
2. Адлер А. Понять природу человека. — СПб.: Академический проект, 1997. — 256 с.
3. Акименко М.А., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. От психоневрологии к медицинской психологии: научная система В.М. Бехтерева и В.Н. Мясищева. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: <http://medpsy.ru>.
4. Александров А.А. Интеграция принципов и методов гештальттерапии в личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии // Интегративные аспекты современной психотерапии. — Л., 1992.
5. Альтшулер В.Б. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т.2. — 283 с.
6. Анохина И.П., Векшина Н.Л., Веретинская А.Г., Васильева Г.Н. // Журнал нейрохимии. — 1999. — Т.16. — № 4. — С. 294-297.
7. Анохина И.П., Веретинская А.Г., Васильева Г.Н., Овчинников И.В. О единстве биологических механизмов индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению различными психоактивными веществами // Физиология человека. — 2000. — Т. 26. — № 6. — С. 74-81.
8. Анохина И.П., Кибитов А.О., Воскобоева Е.Ю., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Смирнова Е.В. Использование аллельных и генотипических вариантов гена катехол-о-метилтрансферазы (КОМТ) в качестве маркеров предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами. — М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ. ФГУ Национальный научный центр наркологии, 2008.
9. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии: В 2 т. — М.: Медпрактика. Т.1. — 2002.
10. Балинт М. Базисный дефект. М.: Когито-Центр, 2002. — 256 с.
11. Батищев В. В., Нигерихи Н. В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. — М.: Российский благотворительный фонд НАН, 2001. — 184 с.
12. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы и реабилитация больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — № 2. — 1998. — С. 62-81.
13. Белокрылов И.В. Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование): автореф. дисс. доктора мед. наук / Белокрылов И.В. ННЦ наркологии Минздрава России. — М., 2006. — 42 с.
14. Белокрылов И.В. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ / И.В. Белокрылов, И.Д. Даренский // Руководство по наркологии (под ред. Н.Н. Иванца), — М.: Медпрактика. — Т.1. — 2002. — С. 161-181.
15. Белокрылов И.В. Общие характеристики личностного предрасположения к зависимости от психоактивных веществ (проблема «преадактивной личности») / И.В. Белокрылов // Вопросы наркологии. — 2005. — № 1. — С. 48-56.
16. Березина С.В., Лисецкий К.С. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. — Самара: Самарский университет, 2002. — 206 с.
17. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психологии). — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
18. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. — Екатеринбург: Деловая книга, 1999.— 462 с.

19. Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): Метод. реком. - СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. — 23 с.
20. Благов Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании // В сб.: Материалы межд. научной конференции. Гродно, 1993.
21. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. — Киев: Вища школа, 1984. — 448 с.
22. Блум Ф., Лайзерсон А., Ховстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М.: Мир, 1988.
23. Бокий И. В., Цыцарев С. В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов. — Л., 1982. — С. 32-38.
24. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. — Павлодар: РГКП РНПЦ медико-социальных проблем наркомании, 2005. — 287 с.
25. Братусь Б.С. Аномалии личности. — М.: Мысль, 1988. — 301 с.
26. Буркин М.М. Основы наркологии: Учебное пособие / М.М. Буркин, С.В. Горанская. — Петрозаводск: Карелия, 2002. — 192 с.
27. Бурно М. Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов (Эмоционально-стрессовая терапия). — М., 1981. — 43 с.
28. Вагнер Э.Ф., Кортландер Э., Моррис С.Л. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков: пути преодоления: учебное пособие. — М.: Академика, 2006. — 476 с.
29. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом // Лекции по клинической наркологии (под редакцией Н.Н. Иванца). — М: РБФ НАН. — 1995. — С. 175-191.
30. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры «Casa Famigilla Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). — М., 2001. — 106 с.
31. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества — основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями. // Профилактика и реабилитация в наркологии. — 2002. — № 1. — С. 80-86.
32. Валентик Ю.В. Семейная реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами: методический материал / Ю.В. Валентик. — М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. — 104 с.
33. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Наркология. — №1. — 2002. — С. 43-47.
34. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — Москва: Литера, 2002. — 256 с.
35. Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В. и др. Компьютерная психодиагностика: назад к клинико-психологическому методу // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994.
36. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Бизюк А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). — СПб, 1997. — с. 22.
37. Великанова Л.П., Каверина О.В., Бисалиев Р.В. Наркология: учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. — 382 с.
38. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. — 2008. — №1. — С. 55-61.
39. Вид В. Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. — СПб.: НИПНИ им. Бехтерева, 1993. — 235 с.

40. Вид В.Д., Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Речь, 2002.
41. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25. — № 1. — С. 90-100.
42. Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной. — СПб.: Питер, 2009. — 576 с.
43. Вострокнутов Н.В., Игонин А.Л., Харитоновна Н.К., Пережогин Л.О. Семья как объект антинаркотической профилактической работы. — М.: Министерство Образования РФ, 2002. — 290 с.
44. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций: Из неопубликованных трудов. — М.: Академия педагогических наук, 1960. — 450 с.
45. Выготский Л.С. Соч.: В 6 т. — М.: Педагогика, 1982-1983.
46. Гоголева А.В. Аддитивное поведение и его профилактика. — М.: Моск. псих.-соц. ин-т; Воронеж: НПО МОДЭК. — 2002. — 240 с.
47. Горски Т.Т., Миллер М. Остаться трезвым. Руководство по предотвращению срыва. — СПб.: РОО Наш путь, 2007. — 236 с.
48. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОШ. — 2003. — 71 с.
49. Гречаная Т.Б., Егоров В.Ф., Архипов А.И. Динамика социально-демографических характеристик первичных больных наркоманиями и токсикоманиями в г. Москве // Вопросы наркологии. — 1993. — № 3. — С. 35.
50. Григорьев Г.И., Кузнецов О.Н. Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма // Вестник гипнологии и психотерапии. — 1991. — № 1. — С. 8-11.
51. Гриненко А.Я., Крупицкий Е.М. и др. Нетрадиционные методы лечения алкоголизма. — СПб.: Гиппократ, 1993.
52. Грюнталь Н.А. Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. к. психол. н.: [МГУ им. М.В. Ломоносова]. — М.: 2002. — 22 с.
53. Гузиков Б. М., Мейроян А. А., Зобнев В. М. Опыт групповой психотерапии больных алкоголизмом. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом: Труды НИИ им. В.М.Бехтерева. — Л., 1977. - Т.84. - С.30-7.
54. Гузиков Б.М., Зобнев В.М, Голубев А.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных (пособие для врачей). — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2000. — 28 с.
55. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Любов Е.Б. Выздоровление при шизофрении. Концепция «гесовегу» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18. — № 2. — С. 7-14.
56. Гусев И.Ю. Психологические средства коррекции идентичности созависимой личности: на примере жен, имеющих мужей с алкогольными проблемами»: автореф. ... канд. дисс., 2006.
57. Даренский И.Д. Психотерапевтическая программа наркологического стационара: Метод. реком. — М., 2001. — 16 с.
58. Даулинг С. (под ред.) Психология и лечение зависимого поведения. — Москва:«Класс», 2000 — 240 с
59. Двенадцать Шагов и двенадцать Традиций. — Нью-Йорк: Alcoholics anonymous world services, inc. — 1989. — 213 с.
60. Демина М.В. Внутренняя картина наркологической болезни. — М.: Радуга, 2004. — 60 с.
61. Демина М.В. Патоморфоз опийной наркомании (клинико-терапевтический аспект): автореф. дисс. на соиск. учен. степ. к. мед. н. — М., 1999. — 150 с.

62. Дереча Г. И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. к. мед. н. / Г.И. Дереча. — Оренбург, 2005. — 24 с.
63. Джолдыгулов Г.А., Гусманов Р.М., Шевченко Ю.С. К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской научно-практической конференции / под ред. А.В. Худякова. — Иваново, 2005. — С. 111-112.
64. Дзеружинская Н.А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма: пособие для врачей. — Киев, 2000.
65. Довженко А.Р., Волошин П.В. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Метод. реком. МЗ СССР. — М., 1984.
66. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. — 2008. — № 3. — С. 80-92.
67. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Вопросы наркологии. — 2006. — № 1. — С. 31-41.
68. Дудко Т.Н. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / под ред. Ю.В. Валентика, А.Н. Сироты. — Москва. — 2002. — С.132-143.
69. Дудко Т.Н., Арзуманов Ю.Л., Огурцов П.П. и др. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией: Метод. реком. — М.: ННЦН, 2009. — 28 с.
70. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. и др. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Метод. реком. — М., 2004. — 57 с.
71. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Профилактика и реабилитация в наркологии. — № 1, 2002. — С. 66-79.
72. Егоров А.Ю., Уголев Д.А., Евсеев С.П. Прыжок от наркотиков// Адаптивная физическая культура. — 2001. — № 1 (5). — С. 28-29.
73. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // Наркология и аддиктология: Сб. науч. тр. / под. ред. В.Д. Менделевича. — Казань: Школа, 2004. — С. 80-88.
74. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65-77.
75. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. — СПб: Речь, 2007. — С. 192.
76. Егоров А.Ю. Экстремальный спорт — альтернатива химической аддикции? // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской научно-практической конференции / под ред. А.В. Худякова. — Иваново: Арт Виста, 2005. — С. 112-114.
77. Егоров А.Ю. Возрастная наркология: Учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед., психолог. и мед. учеб. завед. / А.Ю. Егоров. — СПб.: «Дидактика Плюс»; М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. — 272 с.
78. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2004. — 368 с.
79. Ерьско Д.Б. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических: Пособие для психологов и врачей. — СПб., 2005. — 25 с.
80. Еричев А.Н., Бобровский А.В., Федоров А.П. Когнитивно - поведенческая психотерапия избыточной массы тела. — СПб: Изд-во СПбМАПО. — 2011. — 39 с.
81. Ершов С.А., Зверев В.Ф., Григорьев Г.И. К вопросу о теории и практике православной психотерапии // Вестник психотерапии. — 1995. — № 2 (7). — С. 111-121.
82. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия, ЭЛБИ-СПб, 2002. — 288 с.

83. Ефремова С. Значение эротического переноса в психотерапии зависимостей // Гештальт, 2009: Сб. (специальный выпуск по проблемам зависимостей и зависимого поведения). — С. 70-74.
84. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.
85. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. — СПб.: Нева, 2003. — 128 с.
86. Зейгарник Б.В. «Патопсихология», М., 2000.
87. Зеневич Г.В., Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. — Л.: Медицина, 1965. — 146 с.
88. Зенцова Н.И. Рекомендации для клинических психологов и врачей-психотерапевтов по работе по развитию социального и эмоционального интеллектов как ведущих факторов психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от ПАВ / Н.А. Сирота, Н.И. Зенцова // Вестник Российского Университета Дружбы Народов, Медицина. — 2007. — № 6. — С.547-552.
89. Зенцова Н.И. Макиавеллизм: Особенности макиавеллизма и макиавеллианского интеллекта у лиц, зависимых от алкоголя и героина. // Вопросы наркологии. — №3. — 2009.
90. Зенцова Н.И. Модель исследования когнитивных факторов психосоциальной адаптации / Н.А. Сирота, Н.И. Зенцова // Вопросы наркологии, 2008. — № 1. — С. 61-67.
91. Зенцова Н.И. Особенности когнитивных факторов психосоциальной адаптации лиц, зависимых от героина. // Вестник Московского университета. — Сер. 14. — Психология. — 2007. — № 3. — С.88-95.
92. Зенцова Н.И. Особенности социального интеллекта у лиц, зависимых от ПАВ. // Труды 30-й Юбилейной итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. / Под ред. И.Ю. Лебеденко, Москва, 24-28 марта 2008 года. — М.: ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, 2008. — С. 104-105.
93. Зенцова Н.И. Структурно-динамические особенности интеллекта лиц, зависимых от алкоголя. // Материалы 8-го Международного конгресса: Здоровье и образование в 21 веке: концепции болезней цивилизации. — М.: РУДН, 2007. — С. 273.
94. Зефилов А.Л., Черанов С.Ю., Гиниатуллин Р.А., Ситдикова Г.Ф., Гришин С.Н. Медиаторы и синапсы: Учеб. пособие. — Казань: КГМУ, 2003. — 65 с.
95. Зинченко В.П., Моргунов Е.Б. Человек развивающийся. М., 1994.
96. Змановская Е.В. Девиантология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Академия, 2003. — 288 с.
97. Зобин М.Л. Аддиктивный профиль — новый инструмент для оценки результатов лечения (адаптированная версия) / Психическое здоровье. — 2006. — № 12. — С. 35.
98. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. к. мед. н. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009.
99. Зобин М.Л., Егоров А.Ю. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // Психическое здоровье. — 2006. — № 10. — С. 36-48.
100. Зобнев В.М. Опыт психопрофилактической работы наркологических больных и семей в загородном лагере Терапевтического Сообщества «Оптимист». // Сб. научных и методических материалов по проблеме созависимости и сопровождения семей с наркологическими больными. — СПб.: СПбГУ, 2009. — С. 82-85.
101. Зобнев В.М., Ипатов К.А. Опыт первичной наркологической профилактики детей и подростков из «группы повышенного риска» в условиях летнего загородного лагеря «Оптимист». // Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних и молодежи. — СПб., 2008. — С. 53-56.
102. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний: лекции по клинической наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. — М.: РБФ НАН, 1995. — С 206-212.

103. Ибатов А.Н., Бажин А.А. Клиника ингаляционной токсикомании // *Вопр. наркол.* 1990. — № 1. — С.39-41.
104. Иванец Н.Н. // *Лекции по наркологии.* — М. — 2001. — С. 6-12.
105. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний: Руководство по наркологии. — М.: Медпрактика. — 2002. — Т. 2. — С. 6-25.
106. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. О типологии аффективных нарушений при алкоголизме. // *Респ. сб. н. тр. под ред. Кабанова М.М. Аффективные нарушения при алкоголизме.* JL — 1983. — с. 9-13.
107. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Психотерапевтический подход к профилактике рецидивов у больных алкоголизмом. В кн.: *Ремиссии при алкоголизме.* — Л., 1987. — С. 77-82.
108. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика. — 2000. — 121 с.
109. Иванец Н.Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма // *Алкоголизм и наследственность.* М., 1987. — С. 72-76.
110. Иванец Н.Н., Пелипас В.Е., Дудко Т.Н., Цетлин М.Г. Организационно-методические аспекты реабилитации наркологических больных. Наркомания в России — угроза национальной безопасности страны: Сб. материалов под ред. А.А. Нелюбина. — М.: Совет Федерации, 2005. — 135 с.
111. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология. — ГЭОТАР-Медиа, 2006.
112. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков: метод. пособие: Вып. 10. — М.: Фолиум, 1995. — 64 с.
113. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. — СПб.: Питер, 2000. — 512 с.
114. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet. Руководство и опросник. — М.: Верди, 2009. — 128 с.
115. Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. Ташлыков В.А. и др. Групповая психотерапия/ под ред. Б.Д.Карвасарского и С.Ледера. — М.: Медицина, 1990.— 384с.
116. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб, 1998. — 256 с.
117. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных как социальная и клиническая проблема//Клинические и организационные основы реабилитации психически больных/под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980. — С. 50 — 80.
118. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
119. Казаковцев Б.А., Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Чехлатый Е.И. (Психотерапия зависимости: состояние и направление развития // *Наркология.* — 2003. — № 11.
120. Каклюгин Н.В. Нерелигиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообществах (ТС) «Монар» (Польша) и «Знаменка» (Калининградская область) // *Наркология.* — 2008. — № 11, — С. 70-80.
121. Калина Н. Тимошук И. Основы юнгианского анализа сновидений. — М.: Рефл-бук, Ваклер, 1997. — 304 с.
122. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1998. В 2 т. — 672 с.
123. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М: Медицина 1990. — 448 с.
124. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. — 672.
125. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982. — 272 с.
126. Катков А.Л. Манифесты развивающей психотерапии // *Московский психотерапевтический журнал.* — 2011. — № 3. — С. 28-35.

127. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. — Павлодар. — 2010. — Т. 10. — № 1. — С. 34-76.
128. Катков А.Л. Полнос психического здоровья — проблемы идентификации (продолжение) // Психическое здоровье. — Москва, 2006. — № 11. — С. 44-55.
129. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ. // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.). — Алматы, 2009. — С. 86-89.
130. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. — Павлодар, 2004. — 267 с.
131. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. — М.: Литера-2000, 2003. — № 12. — С. 15-24.
132. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. — М.: Литера-2000, 2002. — № 9. — С. 27-35.
133. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. — М.: Класс, 1998. — 368 с.
134. Кесельман Л. Социальные координаты наркотизма. — СПб., 1999.
135. Клиническая психология. Учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб, Питер, 2010. — 864 с.
136. Клубова Е.Б. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — СПб, 1995. — 172 с.
137. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Рук. для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
138. Козлов А.А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2000. — № 7. — С. 23-27.
139. Козлов А.А. Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологи и психиатрии. — 1999. — №10. — С. 14-19.
140. Колла Г.С., Сироткин С.Ф., Леонов Н.И., Кемпер В., Мейден П. Наркотическая аддикция: социальные, медицинские и психологические аспекты. — М.: Эрго, 2005. — 256 с.
141. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. — СПб.: Речь, 2007. — 160 с.
142. Кори Д. Теория и практика группового консультирования. — М.: Эксмо, 2003. — 640 с.
143. Королев К.Ю. Стратегическая психотерапия зависимостей в контексте гештальт-подхода: нарциссический вызов // Гештальт 2009: Сб. (специальный выпуск по проблемам зависимостей и зависимого поведения). — С. 21-31.
144. Короленко Ц.П. Работоголизм — респектабельная форма аддиктивного поведения// Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — № 1. — С. 17-29.
145. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт, 1991. — № 1. — С. 8-15.
146. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга. — 2000. — 460 с.
147. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. — Новосибирск: Наука, 1990.
148. Кошкина В.В., Киржанова Е.А. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Наркология. — № 8. — 2009.
149. Кристал Г. Нарушения эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. — М., 2000.

150. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
151. Крупицкий Е.М., Бураков А.М., Романова Т. Н. и др. //Вопросы наркологии. — 2000. — №4. — С.43-6.
152. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Применение принципов доказательной медицины при проведении клинических исследований в наркологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2005. — № 1. — С. 4-9.
153. Кукк В. Трудоголизм: труд как наркотик и тирания долга // <http://www.dr.kukk.wrk.ru>
154. Кулаков С.А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых // Психическое здоровье. — № 2, 2009. — С. 39-42
155. Кулаков С.А. Психосоматика. — СПб.: Речь, 2010. — 320 с.
156. Кулаков С.А., Вайсов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с.
157. Кулаков С.А., Миназов Р.Д. Ядерная конфликтная тема отношений в психодрамотерапии наркозависимых // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. — № 4, 2009. — С. 70-71.
158. Кулаков С.А., Федоряка Д.А. Синергетическая модель супервизии в психотерапии // Психическое здоровье. — 2010. — № 3. — С. 26-29.
159. Куницына М.Ю. Психологическая помощь созависимой личности из деструктивной семьи, автореф. канд., дисс, Ставрополь, 2006. — с. 24.
160. Курек Н.С. Нарушения психической активности и злоупотребление психоактивными веществами в подростковом возрасте. — СПб.: Алтея, 2001. — 225 с.
161. Куттер П. Moderne Psychoanalyse. 3-е, полностью переработанное издание, «Клетт-Котта» (Штутгарт), 2000 (1989), — 381 с.
162. Левина Н.Б., Любов Е.Б. Организация самопомощи в системе реформируемой психиатрической службы с опорой на сообщество. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. / Под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. — М.: Медпрактика-М, 2007. — С. 318-332.
163. Левина Н.Б., Любов Е.Б., Русакова Г.А. Труд и тяжелое психическое расстройство: проблемы и решения. Часть I //Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — N 1. — С.91-99.
164. Леонтьев А.Н. Философия психологии. М., 1994.
165. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006. — 43 с.
166. Лисецкий К.С. «Психологические основы предупреждения наркотической зависимости личности», автореферат, 2007.
167. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с.
168. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. — Л., 1990. — С. 75-82.
169. Лозовая Т.В. «Семейные факторы риска употребления алкоголя подростками и программа его первичной профилактики», Санкт-Петербург, 2010.
170. Ломов Б.Ф. Методические и теоретические проблемы психологии. — М.: Наука, 1984. — 444 с.
171. Лысенко С.А. Современная психотерапия алкоголизма». — М.: Миклош, 2009.
172. Макаров В.В., Катков А.Л. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Москва-Павлодар, 2009. — Т. XV, № 1. — С. 20-25.
173. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе — М.: Класс, 1998. — 368с.



174. Марценковский И.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей: поиск нового смысла. — 2007. — С. 69-71
175. Матвиевская Л.И. Работа с созависимыми в анонимном кабинете ЦМСР г. Астаны // Вопросы наркологии Казахстана. — 2002. — Т. 2. — № 4.
176. Мацкевич М.Г. Наркотизм, наркомания, наркополитика: Сб. статей / под ред. А.Г. Софронова. — СПб.: Медицинская пресса, 2006. — 552 с.
177. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Адис, 1994. — 302 с.
178. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д.Е. Мелехов. — М.: Медгиз, 1963. — 198 с.
179. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. — 2010. — №5. — С. 94-100.
180. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбильные расстройства поведения. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 328 с.
181. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти (клинико-социологическое исследование). — Казань: Школа, 2004. — 240 с.
182. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: учебн. пособ. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
183. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
184. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. — 2003. — Т. 1. — № 2. — С. 153-158.
185. Мизерас С.В. Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии: автореф. дисс... — СПб., 2002.
186. Мизерене Р.В. Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии: Автореферат дисс... — СПб., 2000.
187. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркология. — № 1. — 2002. — С.40-42.
188. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — № 4. — С. 15-26.
189. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании. — М.: Анахарис, 2002. — С. 10.
190. Мохначев С.О. Героиновая наркомания у женщин: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 2001. — 26 с.
191. Мясичев В.Н. К вопросу теории психотерапии / В. Н. Мясичев // Руководство по психотерапии / под общ. ред. В.Е. Рожнова. — М.: Медицина, 1974. — С. 9-18.
192. Мясичев В.Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясичев. — Л.: ЛГУ, 1960. — 426 с.
193. Мясичев В.Н. Психология отношений/под редакцией А.А. Бодалева. — Москва-Воронеж, 1995. — 356 с.
194. Мясичев В.Н. Основные вопросы теории и практики лечения трудом в психоневрологических учреждениях.// Вопросы трудовой терапии. — М., 1958. — С. 12-21.
195. Надеждин А.В. Агрессивное поведение несовершеннолетних больных героиновой наркоманией и его коррекция // Тезисы VIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». — Москва, 2001. — 106 с.

196. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. // *Материалы конгресса по детской психиатрии*. — Москва, 2001. — 249 с.
197. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. и др. Особенности клиники и течения героино-новой наркомании у несовершеннолетних: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 2000. — 15 с.
198. Назмутдинов А.Р. Особенности коррекции невротических расстройств в сочетании с нефармакологическим аддиктивным поведением / *Материалы конф.: Современные проблемы клиники и лечения психических расстройств* / под ред. Н.Е. Буториной. — Челябинск. — 2000.
199. Назыров Р.К. О клинической психотерапии неврозов. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3-4 февраля 2011. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — С. 134-138.
200. Назыров Р.К. Российская психотерапевтическая ассоциация: организационные основы, цели и задачи деятельности // *Психотерапия: от теории к практике*. — СПб. — 1995. — С. 75-81.
201. Небаракова, Т. П. Клиника, лечение и профилактика хронического алкоголизма, развивающегося у лиц с астеническими характерологическими проявлениями: Методические рекомендации Минздрава СССР / Под ред. д. м. н. Н.Н. Иванца. — М., 1977.
202. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.Н. Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2007. — № 2.
203. Немчин Т.А., Цицерев С. В. Личность и алкоголизм. — М.: ЮНИТИ, 2003. — 350 с.
204. Никитин К., Шебалкин Ю. Другая им досталась доля: о работе реабилитационного центра для наркоманов в Калининградской области // *Вопросы наркологии*, 1996. — № 4. — С. 21-26.
205. Николаева В.В. «Структурные особенности генов дофамин-бета-гидроксилазы и катхолорто-метилтра больных алкоголизмом». Автореферат, Москва, 2010.
206. Новиков В.В. Социальная психология. Феномен и наука. — М.: Эльга, 2003. — 344 с.
207. *Очерки динамической психиатрии*. / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. — СПб, 2003.
208. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: автореф. дисс... — Павлодар, 2004. — 28 с.
209. Пашковский В.Э. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда // *Психическое здоровье*. — 2010. — №7. — С. 77-84.
210. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. — СПб.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2010. — 320 с.
211. Позднякова М.Е. Потребление алкоголя в России. Социологический анализ. [электронный ресурс]. — М.: Институт социологии РАН, 2011. — 102 с. — URL: [http://www.isras.ru/inab\\_2011\\_01.html](http://www.isras.ru/inab_2011_01.html). (дата обращения: 22.09.12)
212. Позднякова М.Е. Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы. — М.: ИС РАН, Вып. 2. — 2002.
213. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2005. — Т. 02. — № 1. — С. 54-56.
214. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — 2-е изд. — СПб.: Речь, 2002. — 399 с.
215. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения, как проявление дисфункционального состояния личности. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1994. — № 1. — С. 6-13.

216. Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В. Аддиктивное поведение в форме «состояния перманентной войны» в структуре расстройств адаптации у больных алкоголизмом – ветеранов боевых действий// Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)/ Сб. мат-лов междунар. конф. / Под. ред. В.Д. Менделевича. — Казань, 2004. — С. 291-295.
217. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга. — М.: Класс, 2007. — 232 с.
218. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. — 1024 с.
219. Психотерапия в наркологии (сб. материалов) / Составители: Р.К. Назыров, С.В. Ляшкова (Логачева), В.В. Холякко, С.В. Осеев, М.Б. Ремесло, И.В. Бубнова (Елизарьева). — СПб., 2007.
220. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008.
221. Раклова Е.М. Психологические средства коррекции созависимых состояний личности: На примере жен, имеющих мужей с алкогольными проблемами. — Новосибирск, 2006.
222. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Прогресс; Универс, 1994. — 480 с.
223. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2005. — 37 с.
224. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарис, 2001.
225. Рохлина М.Л., Благов Л.Н., Новак В.В. Аффективные расстройства при современных формах наркоманий. // Синапс. — 1993. — № 3. — С. 56-62.
226. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами / под ред. Ю.В. Валентика. — М.: ГЕЖЕР, 2003. — 400 с.
227. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. СПб., Ленато, 1998.
228. Рукоусев А.И., Бобров А.Е. О дифференциации типов зависимости от алкоголя (личностный аспект) // Клинико-эпидемиологические вопросы психиатрии. — М., 1982. — С. 98-101.
229. Рыбакова Ю. В. Новый опросник «Алкогольная анозогнозия» для больных с алкогольной зависимостью//Журнал неврологии и психиатрии. Алкоголизм. — 2011. — N 2. — С.30-38.
230. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Бочаров В.В., Вукс А.Я. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: Методические рекомендации. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011 г. — 37 с.
231. Самыкина Н.Ю., Серебрякова М.Е. Динамика ценностно-смысловой сферы личности в процессе наркотизации. — Самара: Универс групп, 2007.
232. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск: АГМА, 1999. — 306 с.
233. Сименс Х. Применение принципов, методов гештальта при лечении зависимых пациентов // Сборник: Гештальт-2002 (Тематический выпуск по проблеме зависимостей). — М.: Московский Гештальт Институт. — 2002. — 74 с.
234. Симонова Е. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. — № 4.
235. Симонова Е. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. — № 3.
236. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Лечение алкоголизма, наркоманий, токсикоманий (в таблицах). — М.: Анахарис, 2002. — 60 с.

237. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Принципы реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ с помощью психотерапевтической среды. Наркология и аддиктология (№2) // Сборник научных трудов / под ред. В.Д. Менделевича. — Казань, 2004. — 120 с.
238. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. — М.: Академия, 2008.
239. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. — М.: Генезис, 2001. — 216 с.
240. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам / под ред. С.В. Прака. — М.: ВОЗ, Женева, 1996. — 80 с.
241. Смирнова А.В. Половозрастные и семейные факторы становления совладающего поведения у детей младшего школьного возраста. — СПб., 2010.
242. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. — СПб.: Речь, 2003. — 219 с.
243. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. — Нью-Йорк: ООН Управление по наркотикам и преступности, 2003. — 31 с.
244. Соловьев А.В. Группы самопомощи: их специфика и возможность // Сборник Человек в трудной жизненной ситуации. — М.: РГСУ, 2004. — С.100-103.
245. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Патогенез и биологическое лечение алкоголизма: пособие для врачей. — Киев: УВМА, 2000. — 46 с.
246. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
247. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведения) и защиты у больных невротизмом в процессе психотерапии // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. — Томск, 1990.
248. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. — Л.: Медицина, 1984.
249. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий. — М., 1961. — 536 с.
250. Теплов Б.М. О некоторых общих вопросах разработки истории психологии // Б.М. Теплов. Избр. тр. — М., 1985. — С. 191-199.
251. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: автореф. дисс... к.м.н. — СПб, 2004. — 31 с.
252. Тхостов А. Ш., Елшанский А. Ш и соав. Психологические аспекты зависимостей: Сб. науч. статей: Учеб. пособие для вузов. — М.: Научный мир, 2005.
253. Уайнхолд Б., Уайнхолд Д. Освобождение от созависимости / под ред. В.М. Бондаровской, Т.В. Кульбачки. — М.: Класс, 2005. — 224 с.
254. Федоров А.Г. Клинические аспекты, фенотипические и генотипические особенности детей, злоупотребляющих психоактивными веществами. Факторы риска наркотизации: диссертация... / Москва: ГОУ Институт усовершенствования врачей МЗ Чувашской Республики, 2006.
255. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия. — СПб., 1992.
256. Феофан Затворник. Путь ко спасению (краткий очерк аскетике). Изд. 8-е. — М.: Афонский Русский Пантелеймонов монастырь, 2001.
257. Франкл В. Воля к смыслу. — М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000.
258. Ханзян Э.Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. — М., 2000.
259. Хломов Д.Н. «Гештальт-2002» Тематический выпуск по проблемам зависимостей: Сб. материалов Московского Гештальт Института, 2002.

260. Ценев В. Психология рекламы: реклама, НЛП и 25-й кадр Текст. / В. Ценев. — М.: Бератор, 2003. — 224 с.
261. Чередниченко Н.В., Альтшулер В.Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом. // Вопросы наркологии. — 1992. — №3 (4). — С.14-7.
262. Чернобровкина Т.В., Аркавый И.В. Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний. Клинико-биохимический и социальный аспекты// Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии (материалы республик. совещания врачей психиатров-наркологов). — Москва, 1992. — С. 113-122.
263. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006.
264. Чудова И.В. Особенности образа «Я» «Жителя Интернета» // Психологический журнал. — 2002. — Т. 22. — № 1. — С. 113-117.
265. Шабанов П.Д. Основы наркологии: монография. / П.Д. Шабанов. — СПб.: Лань, 2002. — 556 с.
266. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / Под ред. А.Я. Гриненко. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.
267. Шайдукова Л.К. Сексуальная агрессия в клинике женского алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1993. — № 4. — С. 11-13.
268. Шереги Ф. Социология девиации: прикладные исследования / Ф. Шереги. — М.: Центр социального прогнозирования, 2004. — 342 с.
269. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 2000.
270. Юшков В.В, Макарова В.Г. Фармакология. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
271. Ялом И., Молин Л. Групповая психотерапия. — СПб.: Питер. — 5-е изд. — 2009. — 683 с.
272. Янг К.С. Диагноз-Интернет-зависимость. // Мир Интернет. — 2000. — № 2. — С. 24-29.
273. Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
274. Яцышин С.М. Проявление созависимости в ценностно-смысловой сфере матерей при наркотизации ребенка. — СПб., 2003.
275. (DSM-IV) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. — Washington, D.C.: American Psychiatric Association. — 1994.
276. Alford E.A., Nocross J.C. Cognitive Therapy as integrative therapy.//Journal of Psychotherapy integrations. — 1991. V. 1. — №3. — P. 175-90.
277. Alford, BA. Introduction to the special issue: Psychotherapy integration and cognitive psychotherapy // Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. — 1995. — V. 9. — № 3. — P. 147-51.
278. Allport G.W. Becoming. Basic consideration for a psychology of personality. — New Haven: Yale University Press, 1955.
279. Amichai-Hamburger Y., Ben-Artzi E. Loneliness and internet use // Computers and Human Behavior. — 2003. — V. 1. — N. 19. — P. 71-80.
280. Babor T, Higgins-Biddle J., Saunders J., et al. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. — Geneva: World Health Organization, 2001.
281. Baekeland P. Exercise deprivation// Arch. Gen. Psychiatry. — 1970. — V. 22. — P. 365-369.
282. Bagby R.M., Taylor G.J., Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures//Psychother Psychosom. — 1986. — V. 45. — № 4. — P. 207-15.
283. Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity or What? Towards a Theoretical Model // Sex Res. — 2004. — V. 41. — N 3. — P. 225-234.

284. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs. - NJ: Prentice-Hall, 1989. — 617 p.
285. Baemayr A., Feuerlein W. (1984): Ueber den Selbstmord von 119 Aerzten, Aerztinnen, Zahnuerzten und Zahnuerztinnen in Oberbayern von 1963-1978. *Crisis* 5, 91-107.
286. Bean M. Alcoholics Anonymous I. // *Psychiatric Annals*. — N.Y., 1975. — P. 12-23.
287. Bean M. Alcoholics Anonymous II. // *Psychiatric Annals*. — N.Y., 1975. — P. 9-28.
288. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Leise BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. — N. Y.: Guilford Press, 1993.
289. Beck J.S., Liese B.S. *Cognitive Therapy*. In: *Clinical textbook of Addictive Disorders 2nd ed.* Frances RJ, Miller SI, editors. — N. Y.: Guilford Press, 1993. — 547 p.
290. Becker G.S., Grossman M., Kevin M. An Empirical Analysis of Cigarette Addiction // *American Economic Review*. American Economic Association. — June 1994. — V. 84. — № 3. — P. 396-418.
291. *Behavioral Treatment for Drug Abuse and Dependence*. Rockville. - MD: National Institute on Drug Abuse, 1993. — P. 73-95.
292. Bender I.E., Hastdorf A.H. On measuring generalized empathic ability (social sensitivity) // *J. of abnormal and social psychol.* — 1953. — V. 48.
293. Beutler L.E., Machado P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. — N. Y.: Wiley, 1994. — P. 229-269.
294. Black D.W. Compulsive buying: A review // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 1996. — V. 57. — P. 50-54.
295. Blanco C., Moreyra P., Nunes E.V., Saiz-Ruiz J., Ibanez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. — 2001. — V. 6. — N 3. — P. 167-176.
296. Blaszczynski A., Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling // *Addiction*. — 2002. — V. 97. — N 5. — P. 487-499.
297. Blatt S.J. Psychological assesment of psychopatology of opiod addicts / Blatt S.J., Berman W., Bloom Feshback S., Sugerman A., Wilber C., Kleber H. // *J. NewMent.* — Dis., 1984. — V. 172. — P. 937-971.
298. Bordo S. Reading the slender body. // In M. Jacobus, E. F. Keller, S. Shuttleworth, (eds) // *Body Politics: Women and the discourse of science*. — London: Routledge. — 1990. — P. 83-112.
299. Bowers T.G., Al-Redha M.R. A comparison of outcome with group/marital and standardt/individual therapies with alcoholics. — N. Y.: The Free Press. — 1990. — 17 p.
300. Budney A.J., Higgins S.J. *A Community — Reinforcement plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. — Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998.
301. Budney A.J., Higgins S.T., Radonovich K.J., Novy P.L.: Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence // *Consult Clin Psychol*, 2000.
302. Burke R.J., Greengalass E. A longitudinal stydy of psychological burnout in teachers // *Human Relations*. — 1995. — V. 48 (2). — P. 187-202.
303. Campbell W.G. Addiction: A disease of volition caused by a cognitive impairment // *Canadian J. Psychiatry*. — 2003. — V. 48. — N 10. — P. 669-674.
304. Caplan S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument // *Computers in Human Behavior*. . 2002. — V. 18. — N 5. — P. 553-575.
305. Carnes P. J. *Contrary to Love*. — Minnesota: Hazelden Publishing and Education, Center City, 1989.
306. Carroll K.M., Ball S.A, Nich C., Connor P.G., Eagan D., Frankforter T.L., Triffleman E.G., Shi J., Rounsaville B.J.: Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. — *Arch Gen Psychiatry*. — V. 58. — 2001. — P. 755-761.

307. Carroll K.M., Rounsaville B.J.: Bridging the gap between research and practice in substance abuse treatment: a hybrid model linking efficacy and effectiveness research. *Psychiatr Serv.* — 2003. — V. 54. — P. 333-339.
308. Chandra P.S., Krishna V.A., Benegal V., Ramakrishna J. High-risk sexual behaviour and sensation seeking among heavy alcohol users// *Indian J. Med. Res.* — 2003/ — V. 117. — P. 88-92.
309. Coleman-Kennedy C., Pendley A. Assessment and diagnosis of sexual addiction//*American Psychiatric Nurses Association.* — 2002. — V. 8. — N 5. — P. 143-151.
310. Crits-Christoph P., Siquel L., Blaine J., et al (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. // *Archives of General Psychiatry.* — V. 56. — P. 493-502.
311. Custer R.L. Profile of the pathological gambler // *J. Clin. Psychiatry.* — 1984 Dec. — V. 45. — N 12. — Pt 2. — P. 35-38.
312. Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use (PIU). *Computers in Human Behavior* // 2001. 17(2). Pp. 187-195. WWW document. URL <http://www.internetaddiction.ca>
313. De Leon G. Is The Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says.// *Therapeutic Communities.* — 2010. — V. 31(2). — P. 323-346.
314. De Leon G. *Therapeutic Community: Theory, Model, and Method.* — N.Y.: Springer, 2000. — 472 p.
315. Dekel R., Benbenishty R., Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts : prediction of long-term outcomes // *Addict Behav.* — 2004. — V. 29 (9). — 1833 p.
316. Delfabbro P., Thrupp L. The social determinants of youth gambling in South Australian adolescents/ / *Journal of Adolescence.* — 2003. — V. 26. — N. 3. — P. 313-330.
317. Developmental observation, multiple models of the mind, and the therapeutic relationship in psychoanalysis. / Jacobson JG. // *Psychoanal Q.* — 1993 Oct. — V. 62(4). — P.523-52.
318. Di Marzo V., Sepe N., De Petrocellis L., Berger A., Crozier G., Frilde E., Mechoulam R. Trick or treat from food endocannabinoids? // *Nature.* — 1998. — V. 396. — P. 636.
319. Epstein D.E., Hawkins W.E., Covi L., Umbricht A., Preston K.L.: Cognitive behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up // *Psychol Addict Behav.* — 2003. — V. 17. — P. 73-82.
320. Ewing J. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire / J. Ewing // *JAMA.* — 1984. — Vol. 254. — № 14. — P. 1905-1907.
321. Faber R.J., O'Guinn T.C. A clinical screener for compulsive buying // *J. Consumer Res.* — 1992. — V. 19. — P. 459-469.
322. Falloon I.R.H. Early intervention of first episode of schizophrenia: A preliminary exploration // *Psychiatry.* — 1992.
323. Fals-Stewart W., Farrell T.J., Birchler G.R.: Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis // *Consult Clin Psychol.* — 1997. — V. 65. — P. 789-802.
324. Fedoroff, J.P., Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests // *Annals of Sex Research.* — 1993. — V. 6. — P. 105-121.
325. Fisher S. A prevalence study of gambling and problem gambling in British adolescents // *Addiction Research.* — 1999 Dec. — V. 7. — N 6. — P. 509-539.
326. Freud A. *Introduction to the mechanisms of defence.* — London: Hogarth Press, 1936.
327. Freud S. *Three essays on the theory of sexuality.* Standard Edition. — 1905. — V.7. — P. 135-243.
328. Frosch, J. The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. // *Psychoanalytic Quarterly.* — 1964. — V.38. — P.91-96.
329. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change.* — N. Y.: Wiley, 1994. — P. 190-228.
330. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996. In Psychom.net, <http://www.psychom.net>, accessed 20, November 2004.

331. Goldstein M.J. Psychosocial Issues// Schizophrenia Bui. — 1987. — V. 13. — № 1.
332. Goleman D. Emotional Intelligence. Bantam Books: N.Y. 16, 1995.
333. Greenfield D.M. Virtual Addiction: Help for Netheads, Cyberfreaks, and Those Who Love Them. — Oakland: New Harbinger Publ. — 1999.
334. Griffiths M.D. Adolescent gambling. — London: Routledge, 1995.
335. Griffiths M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? // Addiction Research.- 2000. — V. 8. — N. 5. — P. 413-419.
336. Griffiths M.D. Internet addiction: does it really exist? // In: Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications // Gackenbach (Ed). — San Diego, CA:Academic Press. — 1998. — P. 61-75.
337. Griffiths M.D. Internet addiction: Internet fuels other addictions// Student British Medical Journal. — 1999. — V. 7. — P. 428-429.
338. Goodman I. Addiction: definition and implications // Brit. J. Addic. — 1990. — V. 85. — № 8. — 1408 p.
339. Hamburger Y.A., Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the Internet// Computers in Human Behaviour. — 2000. — V. 16. — P. 441-449.
340. Harrison S., Toriello P., Pavluck A., Ellis R., Pedersen E., Gaiennie R., Kissinger P. The impact of a brief induction on short-term continuation in a therapeutic community // Journal Drug Alcohol Abuse. — 2007. — V. 33 (1). — 147 p.
341. Henggeler S.W., Borduin C.M.: Family Therapy and Beyond: A Multisystemic Approach to Treating the Behavior Problems of Children and Adolescents. Pacific Grove. — Calif.: Brooks / Cole, 1990.
342. Hatcher A.S. From one addiction to another: life after alcohol and drug abuse//Nurse Pract. — 1989. — Nov. V. 14. — N 11. — P. 13-14, 16-17, 20.
343. Hahlweg K., Revenstorf D. & Schindler L. (1982). Treatment of marital distress: Comparing formats and modalities. Advances in Behavior Research and Therapy, 4, 57-74.
344. Higgins S.T., Wong C.J., Badger G.J., Ogden D.E., Dantona R.L.: Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up // Consult Clin Psychol. — 2000. — V. 68. — P. 64-72.
345. Irvin J.E., Bowers C.A., Dunn M.E., Wong M.C.: Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review // Consult Clin Psychol. — 1999. — V. 67. — P. 563-570.
346. Jacobson N.S. & Addis M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6, 85-93.
347. Jonatan J. Kandell, Ph.D. Internet Addiction on Campus The Vulnerability of College Students , CyberPsychology & Behavior. — 1998. — V. 1. — № 1.
348. Kafka M.P. Psychopharmacologic treatments for nonparaphilic compulsive sexual behaviors // CNS Spectrums. — 2000. — V. 5. — N 1. — P. 49-59.
349. Kandell J.J. Internet addiction on campus: The vulnerability of college students// CyberPsychology and Behavior. — 1998. — V. 1. — N. 1. — P. 11-17.
350. Kelley M.L., Fals-Stewart W.: Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children’s psychosocial functioning // Consult Clin Psychol. — 2002. — V.70. — P. 417-427.
351. Khantzian E.J. A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment.// Amer. J. Drug Alcohol Abuse/ — 1986. — V. 12. — № 3.
352. Khantzian E.J., Wilson A. Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering // Hierarchical conceptions in psychoanalysis /A. Wilson, J.E. Gedo (Eds.). New York: Guilford Press, 1993.
353. Kim K., Ryu E., Chon M.Y., Yeun E. J., Choi S.Y., Seo J.S., Nam B.W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey/ / International Journal of Nursing Studies . — 2005.



354. Kjelsas E, Augestad L. B., Gotestam K.G. Exercise dependence in physically active women// Eur. J. Psychiatry. — 2003. — V. 17. — N 3. — P. 145-155.
355. Kjelsas E., Augestad LB, Flanders D. Screening of males with eating disorders// Eat. Weight Disord. — 2003. — V. 8. — N. 4. — P. 304-310.
356. Kohut H. The restoration of the self. — New York: International Universities Press, 1977.
357. Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis, W. Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // Am. Psychol. — 1998. — V. 53. — P. 1017-1031.
358. Krystal H. Assessing alexithymia integration and self-healing / H. Krystal (Ed.). Hellsdale, NJ: Analytic Press, 1988. — Vol. 8. — P. 286-310.
359. Ladouceur R., Jacques C., Ferland F., Giroux I. Prevalence of problem gambling: a replication study 7 years later// Can J Psychiatry. — 1999. — V. 44. — P. 802-804.
360. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. — N. Y.: Wiley, 1994. — P. 143-189.
361. Lazarus R., & Folkman S. Stress, appraisal and coping. — New York: Springer, 1984.
362. Lejoyeux M., Loughlin M.M., Adus J. Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies// European Psychiatry. — 2002. — V. 15. — N. 2. — P. 129-134.
363. Lejoyeux M., Tassain V., Adus J. Compulsive buying, depression and antidepressants// European Neuropsychopharmacology. — 1995. — V. 5. — N. 3 — P. 369-370.
364. Liberman R.P., Corrigan P.W. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. // Psychiatry. — 1993. — V. 56. — P. 238-248.
365. Liddle H.A., Dakof G.: Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive // Marital Fam. Ther. — 1995. — V. 21. — P. 511-543.
366. Liddle H.A., Dakof G.A., Parker K., Diamond G.S., Barrett K., Tejada M.: Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial//Am J Drug Alcohol Abuse. — 2001. — V. 27. — P. 651-688.
367. Liese B.S., Beck A.T., Seaton K. The Cognitive Therapy Addictions Group. In: DW Brook & HI, editors Spitz. Group Psychotherapy of Substance Abuse. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
368. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions// British J. Addict. — 1990. — V. 85. — P. 1389-1394.
369. Marlatt G.A., Gordon J.R. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. — N.Y.: Guilford, 1985. — P. 24-30.
370. Marsden J., et al., (2000) Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ). Addictions Research; 8 : 455-70
371. Maslow A.H. Motivation and Personality. — New York: Harpaer & Row, 1954.
372. Maxwell M. A. The AA Experience. — N.Y.: McGraw-Hill Book Co. — 1984. — P. 11-16.
373. McBride A.J. Toad's syndrome: Addiction to joy riding// Addiction Research. — 2000. — V. 8. — N 2. — P. 129-140.
374. McCormick R., Taber J. Attributional Style in Patological Gamblers in Treatment //Journal of Abnormal Psychology. — 1988. — No. 3. — C. 368-370.
375. McElrath D. The Minnesota Model // Journal of psychoactive drugs. — N.Y.: Guilford Press, 1997. — April-June N 2. — P. 141-144.
376. McElroy S.L., Keck P.E. Jr, Phillips K.A. Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder // Clin. Psychiatry. — 1995. — V. 56. — S. 4. — P. 14-26.
377. McElroy S.L., Keck P.E., Pope H.G., Smith J.M.R., Strakowski S.M. Compulsive buying: a report of 20 cases// Clin. Psychiatry. — 1994. — V. 55. — P. 242-248.

378. Melnick G., De Leon G., Hiller M. et al.: Therapeutic communities : diversity in treatment elements // *Subst Use Misuse*. — 2000. — V. 35. — P. 1819-1847.
379. Mentzel G. Arbeit Addiction // *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* — 1979. — V. 25. — N 2. — P. 115-127.
380. Milkman H., Frosch W.A. On the preferential abuse of heroin and amphetamine // *Nerv. Ment. Dis.* 1973. — Vol. 156. — P. 242-248.
381. Miller N.S., Baca L.M. Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavioral Therapy*. — N.Y.: Gardner Press. — 1983. — N 8. — P. 441-448.
382. Miller W.R. Rollnik S. Motivational interviewing: preparing people for change / by William R. Miller, Stephen Rollnik. — The Guilford Press, 2002. — 2nd ed. — 428 p.
383. Miller W.R. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating cocaine Addiction. — Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse. — 1998. — P. 98-4308.
384. Miller W.R., Hester R.K. The effectiveness of alcoholism treatment methods: What research reveals. In W. R. Miller & N. Heather // *Treating addictive behaviors*. — New York: Plenum Press. — 1986. — P. 121-174.
385. Miller W.R., Yahne C.E., Tonigan J.S.: Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial // *Consult Clin Psychol.* — 2003. — V. 71. — P. 754-763.
386. Miltenberger R.G., Redlin J., Crosby R., Stickney M., Mitchell J., Wonderlich S., Faber R., Smyth J. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying// *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. — 2003. — V. 34. — N. 1. — P. 1-9.
387. Monti P.M., Rohsenow D.J. Coping-Skills Training and Cue-Exposure Therapy in the Treatment of alcoholism // *Alcohol Research & Health*. — 1999. — V.23. — P. 107-15.
388. Morabia A., Fabre J., Chee E., Zeger S., Orsat E., Robert A. Diet and opiate addiction: a quantitative assessment of the diet of non-institutionalized opiate addicts// *British J. Nutrition*. — 1989. — V. 84. — P. 173-180.
389. Murphy M.H. Sport and drugs and runner's high (Psychophysiology) // Kremer and D. Scully (Eds) *Psychology in Sport*. — London: Taylor & Francis. — 1993. — N.Y.: Pergamon Press. — 1991. — P. 13-27.
390. Nemiah J.C. Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic Theories. — *Psychother. Psychosom.*, 1975. — Vol. 26. — P. 140-147.
391. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // *Вопросы наркологии*, — 2000. — № 1. — С. 29-30.
392. Nietzel M.T., Fisher S.G. Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / *Psychological Bulletin*, 1981. — V. 89. — P. 555-565.
393. O'Connor J, Dickerson M. Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers // *Addiction*. — 2003. — V. 98. — N 1. — P. 53-60.
394. Onken L.S., Blaine J.D. Psychotherapy and counseling research in drug abuse treatment: questions, problems, and solutions. *NIDA Research Monogr.* — 1990. — V. 104. — P. 1-8.
395. Onken L.S., Blaine J.D., Battjes R. Behavioral therapy research: a conceptualization of a process, in *Innovative Approaches for Difficult-to-Treat Populations*. — Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996. — P. 477-485.
396. Orbach S. Hunger strike. — London: Faber. — 1986
397. Orzack M.H. Computer addiction: What is it?// *Psychiatric Times*. - August 1998. - V. 15. - N 8. [journal on-line]; available from <http://www.psychiatrictimes.com/p980852.html> (дата обращения: 10.09.12)
398. Otto M.W., Pollack M.H., Sachs G.S., Reiter S.R., Maltzer-Brody S., Rosenbaum J.F. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder // *Am J Psychiatry*. — 1993. — V. 150. — P. 1485-1490.

399. Pasternak IV A.V. Pathologic Gambling: America's Newest Addiction? // *American Family Physician*. — 1997. — V. 56. — N. 5. — P. 12-15.
400. Peele S. *How Much is Too Much?* Prentice Hall Publishers. — New York. — 1981.
401. Pelchat M.L. Food, craving, obsession, compulsion and addiction// *Physiology and Behavior*. — 2002. — V. 76. — N. 3. — P. 347-352.
402. Pelchat M.L. Food cravings in young and elderly adults // *Appetite*. — 1997. — V. 28. — P. 103–113.
403. Petry N.M., Martin B. Low-cost contingency management for treating cocaine - and opioid-abusing methadone patients // *Consult Clin Psychol*. — 2002. — V. 70. — P.398-405.
404. Petry N.M., Martin B., Cooney J.L., Kranzler H.R. Give them prizes and they will come: contingency management treatment of alcohol dependence // *Consult Clin Psychol*. — 2000. — V. 68. — P. 250-257.
405. Petry N.M., Tedford J., Austin M., Nich C., Carroll K.M., Rounsaville B.J. Prize reinforcement contingency management for treating cocaine abusers: how low can we go, and with whom? // *Addiction*. — 2004. — V.99. — P. 349-360.
406. Porter G. Organizational impact of workaholism: suggestions for researching the negative outcomes of excessive work // *Occup. Health. Psychol*. — 1996. — V. 1. — N 1. — P. 70-84.
407. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*. — 1992. — V. 47. — P. 1102-1114.
408. *Psychotherapy for the treatment of substance abuse* / edited by M. Galanter, Herbert D. Kleber : American Psychiatric Publishing, Inc. — 2011. — 405 p.
409. Raviv M. Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers// *Journal of Gambling Studies*. — 1993. — V. 9. — P. 17-30.
410. Rawson R. Washton A. Stimulant abuse and compulsive sex// Presentation at the 29th Annual Scientific Conference of the American Society of Addiction Medicine. — New Orleans, LA. — V.17. — 1998.
411. Rawson R.A., Huber A., McCann M.J., Shoptaw S., Farabee D., Reiber C., Ling W. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance for cocaine dependence. — *Arch Gen Psychiatry*. — 2002. — V. 59. — P.817-824.
412. Rawson R.A., Marinelli Casey P.J., Anglin M.D., Dickow et all. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. (Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors) // *Addiction*. — 2004. — V. 99. — P. 708-717.
413. Rawson RA, Washton A, Domier CP, Reiber C. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender// *Subst Abuse Treat*. — 2002. — V. 22. — N 2. — P. 103-108.
414. Reid M., Burr J. Are eating disorders feminine addictions? // *Addiction Research*. — 2000. — V. 8. — N 3. — P. 203-211.
415. Robe L. B., Maxwell N. Weisman, Slips, Sobriety and the AA Program. — N.Y.: Johnson Institute. — 1983. — P. 11-36.
416. Rogers P. J., Smit H. J. Food craving and food «addiction»: A critical review of the evidence from a biopsychological perspective// *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. — 2000. — V. 66. — N 1. — P. 3-14.
417. Rohsenow D.J., Monti P.M., Martin R.A., Michalec E., Abrams D.B.: Brief coping skills treatment for cocaine abuse: 12-month substance use outcomes // *Consult Clin Psychol*. — 2000. — V.68. — P. 515-520.
418. Ronald M. Kadden. *Cognitive-Behavior Therapy for Substance Dependence: Coping Skills Training*. — Connecticut: University of Connecticut, 2001. — 28 p.
419. Rosenfeld, E. An oral history of Gestalt therapy. Part I: A conversation with Laura Peris. // *Gestalt Journal*. — 1978. — V. 7. — № 1. — P. 8-31.

420. Rounsaville B.J., Carroll K.M., Onken L.S. A stage model of behavioral therapies research: getting started and moving on from Stage // *Clin. Psychol. Sci. Pract.* — 2001. — V. 8. — P. 133-142.
421. Rounsaville, B. J., Glazer, W., Wilber, C. H. et al Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. // *Archives of General Psychiatry.* — 1983. — V. 40. — P. 629-636
422. Rozin P., Levine E. Stoess C. Chocolate craving and liking // *Appetite.* — 1991. — V. 17. — P. 199-212.
423. Sachs M., Pargman D. Running addiction // In M.I. Sachs and G.W. Bulfone (Eds.) *Running as Therapy: An Integrated Approach.* Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1984. — P. 231-252.
424. Sanchez-Craig M., et al. Superior outcome for females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects // *Br J. Addict.* — London: Medical Press. — 1991. — N 7. — P. 810-816.
425. Schneider Assessment and treatment of addictive sexual disorders: relevance for chemical dependency relapse // *Substance Use & Misuse.* — 2001 Dec. — V. 36. — N 13. — P. 1795-1820.
426. Schwartz M. F. Sexual compulsivity as post-traumatic stress disorder: treatment perspectives // *Psychiatric Annals.* — 1992. — V. 22. — P. 333-338.
427. Seligman M.E. Helplessness. — San Francisco: Freeman, 1975.
428. Shapira N.A., Goldsmith T.D., Keck Jr.P.E., Khosla U.M., McElroy S.L. Psychiatric features of individuals with problematic internet use // *Journal of Affective Disorders.* — 2000. — V. 57. — N 1-3. — P. 267-272.
429. Shotton M.A. Computer addiction? A Study of Computer Dependency. — London: Taylor and Francis. — 1989.
430. Sifneos PE: Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychother Psychosom* 1991; 56:116 — 122.
431. Simon, J. Love: addiction or road to self-realization, a second look / J.Simon // *Am. J. Psychoanal.* 1982. — V. 42. — N 3. — P. 24.
432. Silverman K., Svikis D.S., Robles E., Stitzer M.L., Bigelow G.E. A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes // *Clin Psychopharmacol.* — 2001. — V.9. — P. 4-23.
433. Silverman K., Wong C.J., Higgins S.T., Brooner R.K., Montoya I.D., Contoreggi C., Umbricht-Schneiter A., Schuster C.R., Preston K.L. Increasing opiate abstinence through voucher-based reinforcement therapy // *Drug Alcohol Depend.* — 1996. — V. 41. — P. 157-165.
434. Skinner B.F. *Science and human behavior — clinical applications and new directions.* — N. Y.: Pergamon Press, 1986.
435. Souza y Machorro M. Sex «addiction»: compulsion and controversy // *Ginecol. — Obstet. Mex.* — 2002. — V. 70. — P. 477-490.
436. Soyez V., De Leon G., Broekaert E., Rosseel Y. The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study // *Addiction.* — Abington, England, 2006. — V.101 (7). — P. 1027.
437. Spiegel D.A., Bruce T.J., Gregg S.F., Nuzzarello A. Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? // *Am J Psychiatry.* — 1994. — V. 151. — P. 876-881.
438. Spitz R. *Analytic Depression: an Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood* // *Psychoanal. ...* — N.Y. 1946. — Vol. 2. — P. 217-234/
439. Spotts J.V., Shontz F.C. Drug induced ego states: A trajectory theory of drug experience // *Soc. Pharmacol.* 1987. — Vol. 1. — P. 19-51.

440. Stanton M.D., Shadish W.R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies // *Psychol. Bull.* — 1997. — V. 122. — P. 170-191.
441. Stein D.H., Lambert M.J. On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome // *Clinical Psychology Review.* — 1984. — V. 4. — P. 127-142.
442. Stephens R., Roffman R.A., Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use // *Consult Clin Psychol.* — 2000. — V. 68. — P. 898-908.
443. Tavares H., Martins S.S., Lobo D.S., Silveira C.M., Gentil V., Hodgins D.C. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis // *Clin. Psychiatry.* — 2003. — V. 64. — N 4. — P. 433-438.
444. Tiebout H.M. Therapeutic Mechanisms of Alcoholics Anonymous // *American Journal of Psychiatry.* — New York. — 1947. — P. 32-38.
445. Tiffany S.T. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes // *Psychological Review.* — 1990. — V. 97. — P. 147-68.
446. Timmreck, T. C. Overcoming the loss of a love: preventing love addiction and promoting positive emotional health / T. C. Timmreck // *Psychol. Rep., Apr.* 1990. — V. 66. — № 2. — P. 41-42.
447. Treatment protocol effectiveness study // *J. Subst. Abuse Treat.* — N. Y.: Pergamon Press. — 1996 — N 4. — P. 297-319.
448. U.S. Department of Health and Human Services // *Seventh Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health.* — Rockville, Maryland. — 1990. — 57 p.
449. Valle S.K. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome // *Of Studio Alcohol.* — N. Y.: Gardner Press. — 1981. — N 10. — P. 783-790.
450. Volberg RA. Prevalence studies of problem gambling in the United States // *Gambling Studies.* — 1996. — V. 12. — P. 111-128.
451. Waldron H.B. Adolescent substance abuse and family therapy outcome: a review of randomized trials // *Clin. Child. Psychol.* — 1997. — V.19. — P. 199-234.
452. Washton, A.M. Cocaine addiction: treatment, recovery, and relapse prevention, New York, Norton. 1989.
453. Watson C.G., Hancock M., Gearhart L.P., Mendez C.M., Malovrh P., Raden M. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nonattenders of alcoholics anonymous // *Clin. Psychol.* — Minnesota: Center Siti. — 1997. — N 3. — P. 209-214.
454. Wieder H., Kaplan E. Drug use in adolescents. The psychoanalytic Study of the Child / H. Wieder, E. Kaplan. New York: International Universities Press. — 1969. — V. 24. — P. 399-431.
455. Wittman C. Refugees from Amerika: A gay manifesto // *The homosexual dialectic* / Ed. by J.A. McCaffrey. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1972. — P. 157-171.
456. Woody G.E., Luborsky L., McLellan A.T., Brien C.P., Beck A.T., Blaine J.D., Herman L., Hole A.: Psychotherapy for opiate addicts: does it help?: *Arch Gen Psychiatry.* — 1983. — V. 40. — P. 639-645.
457. Woody G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., et al. Psychotherapy in community methadone programs. // *American Journal of Psychiatry.* — 1995. — V.152. — P. 1302-1308.
458. World Drug Report . — York: United Nations publication, 2012. — S. No. E.12.XI.1, <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis / WDR2012> (дата обращения: 12.11.12).

459. Wurmser L. Flight from conscience: Experiences with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. // *J. Subst. Abuse Treatment*. — 1987. — V. 4.
460. Wurmser L., Zients A. The «return of the denied superego» A psychoanalytic study of adolescent substance abuse. // *Psychoanal. Inqu.* — 1982. — V. 2.
461. Wurtman R.J.; Wurtman J. J. The use of carbohydrate-rich snacks to modify mood state: A factor in the production of obesity// In: Anderson, G. H.; Kennedy, S. H. (eds). // *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders*. — San Diego: Academic Press, 1992. — P. 151-156.
462. Wurtman R.J., Hefti F., Melamed E. Precursor control of neurotransmitter synthesis// *Pharmacol. Rev.* — 1981. — V. 32. — P. 315-335.
463. Young K. S. Control your time spent on the Internet. // *Bottom Line Business*. — Feb. 2000. — V. 29. — № 2. — P. 6
464. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder// *CyberPsychology and Behavior*. — 1998. — V. 1. — P. 237-244.
465. Young S.N., Smith S.E., Pihl R.O., Ervin F.R. Tryptophan depletion causes a rapid lowering of mood in normal males // *Psychopharmacology*. — Berlin. — 1985. — V. 87. — P. 173-177.
466. Young, K.S. & Rogers, R.C. The relationships between depression and Internet addiction. // *CyberPsychology and Behavior*. — 1998. — V.1. — № 1. — P. 25-28.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ РУКОВОДСТВА

*Арсеньева Вера Владимировна* — медицинский психолог Клиники внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

*Бубнова Ирина Викторовна* — старший медицинский психолог Клиники внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

*Громько Дмитрий Иванович* — старший научный сотрудник Отделения терапии больных с аддиктивной патологией НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), к.м.н., старший научный сотрудник.

*Еричев Александр Николаевич* — ведущий научный сотрудник Отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), к.м.н., старший научный сотрудник.

*Зобнев Владимир Михайлович* — доцент Кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного Университета, медицинский психолог наркологического реабилитационного центра № 1 СПб ГУЗ МНД № 1 (Санкт-Петербург), к.п.н., доцент

*Катков Александр Лазаревич* (член научно-редакционного совета) — заместитель директора и заведующий Кафедрой психотерапии, психиатрии-наркологии, клинической и консультативной психологии и Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (Павлодар), д.м.н., профессор

*Кирилловых Вера Григорьевна* — заместитель главного врача по реабилитации и заведующая Отделением реабилитации Кировского областного наркологического диспансера (Киров).

*Кулаков Сергей Александрович* (член научно-редакционного совета) — заместитель директора по реабилитации Ассоциации учреждений здравоохранения «Медицинский центр Бехтерев», профессор кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена (Санкт-Петербург), д.м.н., профессор.

*Ляшковская Светлана Владимировна* (редактор, член научно-редакционного совета) — заместитель руководителя по научно-клинической работе Отдела организации научных исследований, новых технологий и переподготовки кадров с Клиникой внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

*Медведева Наталья Святославовна* — научный сотрудник отдела организации научных исследований, новых технологий и переподготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

*Назыров Равиль Каисович* (главный редактор) — научный руководитель Отдела организации научных исследований, новых технологий и переподготовки кадров с Клиникой внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), д.м.н.

*Павловский Илья Олегович* — руководитель Центра внедрения новых медицинских технологий и Отдела организации научных исследований, новых технологий и переподго-

товки кадров с Клиникой внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

*Сазонов Валерий Яковлевич* — заведующий Клиникой внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), к.м.н.

*Титова Влада Викторовна* — доцент кафедры психотерапии и психосоматики Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, к.м.н., доцент.

*Трусова Анна Владимировна* — научный сотрудник отделения терапии больных алкогольной зависимостью НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), к.п.н.

*Федоряка Денис Александрович* (редактор, член научно-редакционного совета) — врач-психотерапевт Отделения внебольничной психотерапии и реабилитации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург).