

Психотерапия в наркологии
(курс лекций 3.04.2001 – 19.06.2001)

Профессор И. Д. Даренский

**Часть 1. ЛИЧНОСТНЫЕ И СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ В
ГЕНЕЗЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Аддиктивная личность, психологические предпосылки.

Объяснение наркологических заболеваний строится на **биологической и биопсихосоциальной моделях**. Биологическая модель наркологических заболеваний подразумевает прежде всего генетическую, наследственную предрасположенность больных. Например, известна взаимосвязь уровня фермента АДГГ, склонности к потреблению высокоградусных алкогольных напитков и других генетически детерминированных свойств пациентов [Огурцов П. П., 2001]. Биологическая модель рассматривает также патологические причины потребления ПАВ, **абстинентные** явления наркозаболеваний, их медицинское значение и терапевтическое устранение для облечения страдания пациента. Очевидно, что подобного рода исследования не позволяют понять причину обращения индивида к ПАВ и приблизиться к проблеме избавления от заболевания. Интоксикационные аспекты, психические, бытовые и социальные эффекты потребления ПАВ рассматривает не медицина. Они интересуют самих зависимых, психологов и психотерапевтов.

В противоположность **биопсихосоциальная модель** учитывает сочетание различных условий в развитии и течении наркологических заболеваний. Это отвечает реалиям, тому, что потребление ПАВ, зависимость от алкоголя и наркотиков, являются результатом **сочетания различных условий**. Условия формирования химической зависимости можно разделить на индивидуально-психологические особенности личности больного (субъективные) и социальные особенности среды (объективные). Существует перечень ассоциированных с наркозаболеваниями условий, черты характера и особенности личности как способствующих так и препятствующих.

Аддиктивное поведение, аддиктивные особенности личности или аддиктивная личность могут иметь место и **без потребления** психоактивных веществ. Аддиктивное поведение является выражением черт личностной зависимости от внешних условий. Личность не самодостаточна и нуждается в получении извне какого-то вещества, энергии или информации одним из проявлений которого является наркологическое заболевание.

В анализе этиологии наркологических заболеваний решающее значение имеет **не химический эффект** ПАВ, а то символическое значение, которое имеет оно для пациента. Химическая зависимость провоцируется не столько химическим действием вещества, сколько предрасположенностью психической структуры личности. Причиной потребления ПАВ являются не только свойства вещества, но и социально-психологические и психологические проблемы индивида и его

неспособность решать эти проблемы иными средствами. ПАВ принимают для удовлетворения особого субъективного смысла. Употребление ПАВ сопряжено с особенностями личности больного, с какой-то целью, преследуемой ею.

Потребление ПАВ является логическим результатом предшествующего развития индивида и признаком личностной дезадаптации, неблагополучия. Состояние предшествующее наркологическому заболеванию является основным, решающим условием, инициирующим его возникновение. Наркологическое заболевание разворачивается в определенных личностных условиях и само наркозаболевание затрагивает личность больного, т. е. наркозаболевание со всех сторон является **личностной патологией**.

Анализ связи между психологическими механизмами формирования наркозаболеваний и преморбидными особенностями личности [Немчин Т.А., Цыцарев С.В., 1989] имеет значение для выявления механизмов приобщения к ПАВ и, соответственно, создания методов профилактики и психотерапии. Традиционно существовало внимание к личности и личностным предпосылкам потребления ПАВ и формирования наркологических заболеваний [Ганнушкин П. Б. 1961; Пятницкая И. П., 1994; Личко А. Е., 1977; Личко А. Е., Битенский В. С., 1991; Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1991]. Неизменно это было сопряжено с поиском специфического типа личности, склонного к потреблению ПАВ. Единообразных специфических черт характера и особенностей личности,

связанных с возникновением наркозаболевания указать нельзя. Однако, из практики стало известно, что среди больных алкоголизмом и наркоманией можно встретить любые типы характеров и личности. Поэтому искать некую личностную предрасположенность к наркоманиям ошибочно [Пятницкая И. Н., 1994].

Вместе с тем существуют конституциональные типы **наиболее часто** встречающиеся среди наркологических больных. Причем риск развития наркологического заболевания зависит не столько от патологии характера как таковой, сколько от его типа в рамках нормативной выраженности. Некоторые специалисты в определении преморбиды у наркологических больных на первое место ставят импульсивный характер, наличие психической неуравновешанности, легко дающие невротические, соматические и поведенческие расстройства. Указываются психические сферы наиболее ассоциированные с химической зависимостью: полезависимость, патология самосознания [Н. Steiger, В. Shelley-Meintyre], дефицит социальной компетентности, копинг стиля, нужда в социальной поддержке, нарциссизм [J. A. Richman], недостаток эффективных способов психологической защиты и разрешения текущих трудностей в реализации важнейших жизненных потребностей [Ганнушкин П. Б., 1964; Свядоц А. М., 1982; Максимова Н. Ю., 1996; Tich R., 1986].

Изучение потребления алкоголя, отношение к потреблению других веществ, верований и представлений,

связанных с потреблением, демографических характеристик, пола и социального положения показало, что детерминанты, влияющие на потребление алкоголя, укладываются в биопсихосоциальную матрицу. При этом как общие выделены два фактора. Эти факторы интерпретируют как вводные в комплекс приближение-избегания конфликта, где имеется сеть тенденций, определяющих потребление алкоголя. Личностные характеристики с их возможными биологическими коррелятами, а также верования, внесредовые влияния и другие вносят свой вклад в приближение-избегание конфликта, который определяет либо воздержание, либо различные уровни потребления [Shall M. et all, 1992].

Наблюдение за наркологическими больными показали, что они склонны к нарциссизму, социальной пассивности, стремлению к получению удовольствия. Они не выносят напряжения, не переносят боли, разочарования и ожидания. Часто встречается эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, нетерпимость, слабые адаптационные способности, склонность к регрессивному поведению, неспособность к межличностному общению с партнерами. Вещество они принимают для удовлетворения потребности в уверенности и собственной значимости [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1997].

Например, наркомания формируется в подростковом возрасте у лиц с чрезмерным стремлением к самоутверждению, немедленному выполнению желаний при сниженной способности

к длительной, целенаправленной деятельности, раздражительности, склонности к болезненному фантазированию, демонстративности в проявлении чувств, подражании и лживости [Генайло С. П., 1990]. Другими словами, речь идет об отсутствии равновесия между возможностями и потребностями, что приводит к социальной дезадаптации и способствует формированию асоциального поведения, в том числе и к потреблению наркотиков.

Как известно, существуют трудности в приобретении наркотиков, сложности в технологии приготовления, употребления, а также высокая контагиозность. Поэтому по определению для наркоманов решающее значение имеет высокая социальная активность и **конформизм**. Члены референтной группы наркомана обычно употребляют наркотики. Больные разделяют их духовные ценности, боясь негативной оценки референтной группы. Они являются винтиком, частью группы, мысленно растворяясь в группе, в гуще ядра группы. Поэтому конформист страдает тем же заболеванием, что и члены группы. Это же касается курения и других атрибутов быта и повседневного поведения.

В приобщении к ПАВ играет значительную роль **когнитивный** дефицит и слабая социализация. Важнейшими индивидуальными факторами риска развития алкоголизма в зрелом возрасте является преморбид в детском возрасте. В соответствии с литературными данными прежде всего значение имеют следующие явления: психопатическая структура личности

со склонностью к агрессии, антисоциальным поступкам, импульсивным действиям, неоправданному риску ("антисоциальная личность"); мужской пол; синдром гиперактивности в детстве [Москаленко В.Д., Ванюков М.М., 1988; Moskalenko V.D., Vanjukov M.M., Solovjeva Z.V., 1988; Moskalenko V.D., 1989; Москаленко В.Д., 1990; Radouco-Thomas S., Boivin D., Chabot F. et al.]; низкий интеллект либо слабость мотивации в учебе; поведенческие девиации с пропусками занятий в школе, плохой дисциплиной, исключением из школы и юношеская делинквентность [Лагутин В.А., 1990; Manning D.T., Balson P.M., Xenakis S., 1986; May D., Maniacek M.A., 1987; Zucker R.A., Noll R.B., 1987].

Социопатия и часто сочетающаяся с ней делинквентность обуславливают не только более высокий риск наркозаболевания, но и более ускоренное его развитие и более тяжелые социальные последствия [Лагутин В.А., 1990]. Больные алкоголизмом с признаками социопатии имеют тенденцию начинать пить в более раннем возрасте, зависимость от алкоголя у них развивается быстрее, социальное и профессиональное снижение более выражено [Jaffe J.H., Vabor Th.F., Fishbein D.H., 1988].

Существует корреляция психической патологии в раннем возрасте и последующим потреблением ПАВ [Меньшикова Е.С., 1993]. Прежде всего внимание исследователей привлекает синдром расстройства внимания у детей, проявляющийся в незавершенности дел, трудностях общения с близкими и сверстниками. Часто встречаются низкие показатели интеллекта

[Caputo R., 1993; Jonson B.A., 1993; Neiss R., 1993], низкая успеваемость, низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов [D'Elío M., O'Brien R., 1996], отсутствие жизненных целей, стремления получить профессию. Именно такие дети чаще приобщаются к наркотикам и другим ПАВ.

Большое значение имеет то, **как судят** о значении характера и личности в наркологии и какие используют признаки возможной роли тех или иных личностных расстройств и типов характера в возникновении и течении наркозаболевания. Прежде всего это частота встречаемости свойств личности и черт характера у наркоманов. По крайней мере при обследовании большинства пациентов наркологических стационаров обнаруживаются личностные проблемы [Caputo R., 1993; Jonson B. A., 1993; Neiss R., 1993], в частности, при использовании методики 16 PF, теста Сонди и ТАТ [Собчик Л.Н., 2000].

Следующим признаком, позволяющим судить о личности, является **выбор пав**. Предпочтение в выборе ПАВ определяет преморбидный тип индивида, тип акцентуации характера [Битенский В. С. и др, 1991]. Наркоман задерживается на каком-то ПАВ в период наркотического поиска, заявляя, что это "его наркотик". Вообще риск злоупотребления наиболее высок для эпилептоидного и истероидного типов акцентуаций характера [Личко А. Е., 1977]. Гипертимам свойственно стремление к экспериментированию с ПАВ, но особый интерес, как и эпилептоидный тип, проявляют к галлюциногенам и ингалянтам.

У эмоционально-лабильных риск значительно ниже с предпочтением ингалянтов. При тенденции к применению опиоидных препаратов и у больных с героиновой зависимостью и потреблением гашиша встречаются преимущественно шизоидные черты. Подростки акцентуанты с истерическим типом предпочитают транквилизаторы, дающие приятное состояние успокоения. У больных с алкогольной зависимостью чаще наблюдаются в преморбиде такие черты характера как неустойчивые, зависимые, астенические, конформные, истерические. Лишь в единичных случаях встречается потребление ПАВ при циклотимной, сензитивной и психастенической акцентуации, имея возможно психоиммунитет от наркотиков.

В свою очередь ПАВ сами **играют роль** в динамике характерологических расстройств. Они, как правило, действуют в сторону усиления преморбидных черт характера и особенностей личности, катализируя и провоцируя проявление особенности нервной системы, преморбидных черт характера и особенностей личности. Либо ПАВ используются больным для устранения невротических симптомов как средство самолечения (см. мотивы потребления), как лекарство при условии что больной хочет ввести себя в определенное нормативное, не психопатологическое состояние.

По мере развития химической зависимости преморбидная **личность** начинает **меняться** [Госсон М. и др., 1993; Юнг К. Г., 1996; Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1998]. Происходит

изменение в сторону заострения и появления типичных наркологических черт, усиление внутренних психологических проблем, все более отчетливая недостаточная психическая адаптация. Длительное потребление ПАВ приводит к появлению пассивности и безинициативности, безразличия к своему внешнему виду, социальному положению. Больные занимаются бесплодным фантазированием и теряют возможность принимать решения. Они не способны к сколько-нибудь длительному усилию и напряжению для достижения цели. Этическая деградация проявляется в лживости, обмане близких и конфликты с законом [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1998]. У наркозависимых появляются такие особенности эмоциональной активности как снижение точности восприятия эмоций у другого человека по мимике, жестам и позе, нивелировка половых различий в эмоциональной сфере между юношами и девушками [Курек Н. С., 1993].

Обнаружено снижение активности мотивационной деятельности. В состоянии наркотической интоксикации происходит активация мотивационной деятельности, проявляющаяся в переживании интереса, осуществление безболезненного переживания горя-страдания [Букановская Т. И., 1992]. Возможно опийная интоксикация имеет защитную роль и позволяет пережить эмоции горя-страдания на качественно ином уровне, дающим чувство удовлетворения. **Коммуникативные нарушения** состоят в том, что социальные связи наркологического больного сужены до контактов с членами

референтной аддиктивной группы [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1997].

На поздних этапах развития наркологических заболеваний стираются индивидуальные особенности больных и они становятся **похожими** друг на друга. Наркологические больные, наркоманы в частности, становятся похожи внешне, в манере одеваться, рисунке поведения и в образе мышления и мировосприятия. Это одна из причин существования представления о личностной однородности больных и универсальном терапевтическом подходе.

Причина, механизмы описанных выше последствий потребления ПАВ множественны и состоят в действии на нейромедиаторный обмен, привыкании к формам поведения в период опьянения [Бобров А. Е., 1988], а также в перенятии нравов и привычек членов референтной наркоманической группы.

Течение наркологического заболевания сопровождается накоплением совершенно определенных, описанных выше черт. Подобные черты по определению являются **коморбидными** наркологическому заболеванию. Они проявляются различной яркостью, что зависит от преморбидных особенностей. Преморбидные черты гомономные, накапливающимся в ходе болезни, способствуют возникновению наркологического заболевания и усугубляют его течение, гетерономные - препятствуют и сопровождаются малой прогрессивностью заболевания.

С этих позиций можно говорить о **психологической устойчивости** в смысле безразличия к потреблению ПАВ. Можно указать психологические качества, черты характера и особенности личности, которые являются главными в формировании устойчивого безразличия к потреблению наркотических веществ. Существует экзистенциальная основа или смысловые стимулы, на основе которых формируются необходимые для этого психологические качества. Устойчивые к наркотикам обладают рядом общих качеств. Обычно они самодостаточны, обладают низкой внушаемостью и неконформизмом. Имеют высокие конструктивные способности преодоления жизненных трудностей, конфликтных ситуаций и стрессовых переживаний. Они выдержанны и рассудительны и не теряют самоконтроля при удовлетворении любопытства к тонкостям духовной деятельности и стремлении к удовольствиям. Охвачены конкретным смыслом жизни, эмоционально заряженным стремлением к какой-то цели. Охваченность формируется воспитателями, родителями и другими лицами близкого окружения.

Как известно, для ведомых личностей велико влияние окружения. Для ригидных не столь велико влияние среды. Им свойственно спонтанное возникновение сверхценных идей трезвеннического содержания. Влияние среды, микроокружения может быть значительно меньшим на таких людей. Длительность и качество ремиссий при алкоголизме существенно зависит от общего типа личностного реагирования

больного. У больных с гипостеническим типом реагирования в ремиссии наблюдаются неврозоподобные расстройства, стеническими - психопатоподобные, смешанным - психосоматические и у лиц с гармоническим складом наблюдается интермиссия.

Отчетливый и устойчивый психотерапевтический трезвеннический эффект с длительной ремиссией наблюдается в случае, если идеи трезвости формируются в контексте таких форм реагирования как ригидность, приверженность моноидеям, склонность к образованию аффективно заряженных доминирующих идей, сосредоточенность на внутренних переживаниях, рефлексия, выраженная индивидуалистичность, т. е. черт близких к шизоидии и паранойяльности [Даренский И. Д., 1994].

Вопрос типологии коморбидных расстройств.

Перечисленные выше психологические свойства касаются отдельных черт. Вместе с тем, большое значение имеет **система типологии** характерологических и личностных черт. Характер занимает промежуточное положение, как бы вбирает в себя и нозологический и психологический регистр. Нозологический регистр он в себя вбирает потому, что определяет специфику будущего заболевания, а психологический потому, что на этом фоне протекают нормативные психические процессы, возникает психическая зависимость. Деления на характер и личность авторы не всегда строго придерживаются. В МКБ-10

"расстройства личности", отсутствует слово и понятие характер. Безусловно разделение понятий черты характера и особенности личности является условным в такой же степени как и вообще разделение психической деятельности на отдельные ее сферы: память, внимание и т. д. Стойкие свойства личности, симпатии, антипатии, привязанности трудно отделить от особенностей реагирования на внешние воздействия, составляющих сущность характера.

Однако существующие типы характера являются **клиническими** паттернами, клинической характеристикой в смысле реактивности: истерические - демонстративные, психастеники- тревожно-фобические реакции. Именно в клиническом смысле понятно представление, что склонность к аддиктивному поведению и высокий риск развития нарко- и токсикоманий наблюдается у лиц с эпилептоидными, неустойчивыми, конформными, гипертимными, циклоидными типами акцентуации характера [Личко А. Е., 1977; Грабовская Н. Г., 1980; Борохов А. Д., Исаев Д. Д., 1989; Битенский В. С. и др., 1991; Меньшикова Е. С., 1993]. Личностный, т. е. психологический смысл традиционно не относился к медицинской сфере деятельности.

Приобретающий все более важное психотерапевтическое значение **психодинамический** подход превносит в психиатрию и наркологию психологические технологии изучения и лечения заболеваний. С психодинамической точки зрения личностные нарушения у наркологических больных являются следствием

измененного "Я", для которого либидо является аморфным эротическим понятием. Сексуальные чувства выражены у наркоманов слабо или нарушены и замещаются аддиктивными переживаниями. Для наркомана, делающего себе инъекции, шприц олицетворяет половой орган. У больных алкоголизмом проявляются оральные сексуальные наклонности.

Аддиктивное поведение является разновидностью мастурбации или более глубокого нарушения с регрессом к оральной стадии сексуального развития. Смысл регресса к ранней стадии развития состоит в психологическом возвращении к периоду развития, когда среда была менее враждебна, жизнь казалась легче, существовала большая защищенность, меньше было проблем, чувства страха, угнетенности и вины. Причина регресса состоит в слабости "Я", неспособности противостоять трудностям и избегании фрустрации. Степень регресса бывает настолько выраженной, что сопровождается не только наркологическими проблемами, но и серьезными личностными расстройствами [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1997].

С точки зрения идеологии методики и словаря 16 PF, теста Сонди и ТАТ [Собчик Л. Н., 2000] психологический портрет наркомана периода взросления включает снижение интегративной функции "Я", мотивационную и эмоциональную неустойчивость, эмоциональную незрелость, выраженное "Супер-Эго", преобладание "страха перед неудачей" над "надеждой на успех", пассивно-зависимый стиль межличностного поведения [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1998].

Существует потребность в любви, достижении, автономии фрустрированы, а значимые для них отношения с матерью, женщинами, другими мужчинами носят конфликтный характер. Механизмы защиты состоят в агрессии, вытеснении или навязчивости и ухода. Употребление ПАВ является уходом, защитной активностью личности перед лицом трудностей, препятствующих удовлетворению потребностей.

Однако **все** указанные **концепции** возникновения химической зависимости **не являются исчерпывающими** и убедительными. Данные об особенностях преморбидного психологического облика наркологических больных противоречивы. Результаты исследования доболезненной структуры личности неоднородны. Весь круг механизмов биологических (наследственность, органическое поражение, процесс), психологических (воспитание, недостаточное внимание родителей, отсутствие доверительных отношений с детьми, мало времени проводят с детьми, отсутствие заботы членов семьи друг о друге, стремления к знаниям, каких-либо жизненных принципов и целей, опыта решения жизненных проблем, система ценностей, дефекты личности, выраженная психологическая и социально-психологическая дезадаптация и т. д.), социальных (поощрение социально направленной деятельности, альтруизма, умения сотрудничать и т. д.) [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1997], (криминал, условия жизни и специфика работы, окружения) остается недифференцированным. Не определено

приоритетное значение, удельный вес каждого, какие условия являются решающими и в какой выраженности.

Одного свойства характера, стремления к удовольствию, ввиду его всеобщности, высокой частоты встречаемости эксплозивных и гедонистических черт характера у зависимых личностей недостаточно для объяснения причин возникновения зависимости [Березин С. В., Лисецкий К. С. и др., 1998]. Чаще приходится сталкиваться с совокупностью черт, например, импульсивность, антисоциальность, нарушение контроля за поведением, высокий уровень активности, низкая толерантность и эмоциональная лабильность, копинг стратегия [F. Rogosch]. Но очевидно, что **сочетание** факторов риска развития наркологического заболевания имеет геометрически прогрессирующий эффект. Это означает, что при наличии двух факторов риска опасность возникновения наркологического заболевания увеличивается в четыре раза и т. д.

Вызывает возражение склонность рассматривать все мыслимые **личностные недостатки** и неблагоприятные условия жизни как возможную причину наркологического заболевания. Вполне естественно предположить, что негативные личностные свойства скорее, чем позитивные будут способствовать появлению потребности в использовании ПАВ. Но указанные условия встречаются среди не страдающих нарко заболеваниями, наверное, также часто или не многим реже как и среди наркозависимых. Иной личностный недостаток или жизненные трудности могут иметь наоборот **санирующее** значение.

Например, безинициативность и инфантилизм в сочетании с тревожностью могут быть настолько выражены, что являться препятствием к общению с лицами, склонными к употреблению этих веществ, а также самостоятельному приобретению и употреблению ПАВ.

Очевидно, что наркологические заболевания могут наблюдаться с различной частотой, но все же у лиц с разными типами характера и особенностями личности. Любые универсальные признаки оказываются при тщательном рассмотрении **лишь вариантом** развития наркологического заболевания.

Большое значение имеют **методы** выявления личностных особенностей. Нельзя считать достоверными данные о характере и личности, полученные путем прямого опроса самого больного или лиц близкого окружения (клиническая беседа, интервьюирование, анкетирование). Нельзя также принимать во внимание и данные экспериментально-психологического исследования.

Следует учитывать, что оценка характера и личности наркологических больных производится специалистами всегда уже **на фоне заболевания**. Это создает трудности в возможности отделить преморбидные особенности и изменения произошедшие в ходе болезни. Возможны ошибки оценки преморбидного состояния личности из-за возникших изменений в процессе потребления наркотиков. Не исключено, что особенности личности, рассматриваемые как основа приобщения к

потреблению ПАВ и развития заболевания, являются его последствием. Патохарактерологические расстройства у наркологических больных обусловлены кроме преморбидных особенностей личности и организма нейротоксическими свойствами ПАВ [Грабовская Н. Г., 1980; Абшаихова У. А., Сирота Н. А., 1991; Битенский В. С. и др., 1991].

Внутренний смысл ситуации потребления и состояния опьянения.

Остановимся на социально-психологических **условиях** развития и течения заболевания, т. к. определенные условия жизни и быта вместе с особенностями личности составляют так называемую "экзоличность" [Лазурский А. Ф., 1982]. **Не существует универсальных условий** для всех без исключения людей, способствующих формированию наркозаболевания. Потребление ПАВ и формирование зависимости обусловлено совокупностью условий, к которым относятся не только психологические особенности личности, но и условия ее жизни и другие. У каждого наркологического больного существует уникальное сочетание личных качеств и социальных условий, которые реализуется в едином наркоманическом образе поведения. Есть обстоятельства, способствующие приобщению к ПАВ, но только при условии, что они личностно значимы, конгруентны. Аддиктивное поведение возникает при определенном соотношении субъективных и объективных условий. Только при определенных соответствиях личности и

социальных условий возникает зависимость. Внутренняя готовность больного в смысле определенных черт характера, особенностей личности и соответствующие внешние условия - микросоциальные условия.

Индивид начинает систематически потреблять ПАВ в ситуации, создающей вместе с его личностными и характерологическими особенностями условия для этого. Характерологические черты могут актуализироваться и играть роль в формировании зависимости от ПАВ только в определенной ключевой ситуации. Ситуация подходит к ЧХ и делает возможным его масштабные проявления.

Внешние условия, условия воспитания и жизни **формируют** особенности личности или объективные условия оставляют субъективный след. В последующем субъективные условия актуализируются в определенных объективных. Происходит актуализация психологической готовности личности к потреблению ПАВ [Максимова Н. Ю., 1996]. Ситуация приобретает наркологическое содержание, если позволяет реализовать присущий индивиду аддиктивный потенциал. Она склоняет индивида решать психологические проблемы с помощью ПАВ. Вопрос состоит во **взаимосвязи** условий формирования личности и ее реализации, соответствии формирующих и разрешающих объективных условий, провоцирующих субъективные переживания. Они являются идентичными и между ними существует лишь временная разница при наличии сущностной связи.

Указанное болезнетворное соотношение особенностей личности и ситуации не имеет исключительной однозначности, требующей совпадения изолированных типов характера и ситуаций. Ввиду обязательного сочетания личности и условий нельзя объяснять только **одним из условий** и проводить статистический анализ в таком изолированном виде. Более того, подразумевается наличие нескольких видов ситуаций для одного вида характера и наоборот, к-т ситуация может быть значимой для лиц с различным характером. Само сочетание не является однозначным и для определенного типа личности ключевыми могут оказаться несколько вариантов условий. Только в таком приложении приемлемы статистические поиски в этом вопросе.

Важной является проблема **качественного и количественного** соотношения субъективных особенностей и объективных обстоятельств. Качественное соотношение касается механизма соответствия вида характера и ситуации. Ситуация и личность могут находиться в гомономных и гетерономных отношениях. Гомономность подразумевает, что ситуация позволяет реализовать основные тенденции характера. Гетерономность - препятствует и тогда индивид прибегает к ПАВ, чтобы использовать их свойства с целью психо-социальной компенсации.

При несформированности и неэффективности способов психологической защиты, неспособности к продуктивному выходу из затруднения в удовлетворении потребностей, препятствиях, мешающих реализации определяющих тенденций

личности при определенных социальных условиях являются основанием для обращения к употреблению ПАВ. Употребление ПАВ позволяет хотя бы временно снять эмоциональное напряжение. Потребление ПАВ является защитным поведением личности в отношении психологических проблем и фрустрирующих обстоятельств, препятствующих удовлетворению значимых потребностей личности. В этом смысле можно сказать, что психологические механизмы развития наркологических заболеваний и пограничных нервно-психических расстройств сходны [Пятницкая И. Н., 1994; D'Elío M., O'Brien R., 1996;]. Как при неврозах ситуация препятствует реализации черт характера, вызывая фрустрацию [Воскресенский Б. А., 1979; Даренский И. Д., 1984] и возникновение невротических реакций. Поэтому некоторые авторы рассматривают злоупотребление ПАВ как особую форму невроза или психопатии. Употребление алкоголя носит псевдоадаптивный характер, адаптирует в микросреде, дезадаптируя в социуме.

При наркологическом заболевании определяется наличие психотравмирующей ситуации, из которой индивид не находит иного выхода. Личность оказывается перед выбором: либо невроз, либо потребление ПАВ. Предрасположенность к потреблению могут обусловить уже сформированные невротические реакции и состояния. Беспомощность перед отрицательным субъективным состоянием заставляет прибегать для его изменения к химическим веществам.

Мотивы как интернализация сочетания свойств личности и условий. Появление систематического потребления ПАВ или злоупотребления ими подразумевает существование какой-то **цели** при достижении опьянения. Стремление к опьянению сопряжено с какой-то целью, опьянение решает какие-то иные задачи, обслуживает иной уровень задач жизнедеятельности. Сознает это больной или нет, не имеет решающего значения в указанной логической последовательности. Беспристрастный анализ позволяет выделить цель, которую обслуживает состояние опьянения. Больной может использовать ПАВ как средство клинической, личностной или социальной компенсации. Влияние на психопатологическое состояние или "как лекарство", устранения личностного дефицита, дезадаптации, если больной социально дезадаптирован без алкоголя, наркотиков или других ПАВ. Использование для разрешения конкретной ситуации в отношении определенного индивида. Сочетание этих двух условий, субъективного и объективного, порождает или точнее актуализирует **мотив** аддиктивного поведения, потребления ПАВ. Происходит интернализация взаимодействия условий. Поэтому все диагностические рассуждения, касающиеся психологических, социальных и наркологических вопросов сводятся к мотивам потребления алкоголя.

По аналогии с мотивами опьянения существуют и **мотивы трезвости**, отказа от опьянения. Существует ограниченное число теорий мотивов потребления. Их содержание исчерпывает представление о свойствах ПАВ и об особенностях личности

больных алкоголизмом. Их учитывают при описании больного, написании медицинских документов.

Типология мотивов является типологией целей и одновременно типологией взаимоотношения черт характера и особенностей личности.

Схема. Мотивы потребления ПАВ различного уровня:

- психопатологические;
- психо-биологические;
- психо-физиологические;
- индивидуально-физиологические, психологические;
- семантические, индивидуально личностные;
- психо-социальные.

Классификация мотивов, разработанная В. Ю. Завьяловым для больных алкоголизмом, применима и для других видов зависимости. В зависимости от силы их можно расположить так: сильно выраженные явления - биология и психопатология, слабо - личностные.

В психотерапевтических целях расширяется рассмотрение круга мотивов и осуществляется выход за рамки патологических.

Клинический уровень анализа зависимости. Психопатологические явления выступают как причина влечения к ПАВ. Мотив преследует аддиктивные цели. Пристрастие к ПАВ сопряжено с фиксацией в сознании влечения к нему, жажды опьянения. Психопатические реакции с самоповреждением,

стремлением пить назло себе и другим в качестве протеста. При маниакальном состоянии потребление ПАВ является проявлением общей расторможенности. Депрессия с потерей перспективы в будущем, утратой смысла жизни и с целью замедленного суицида.

ПАВ как лекарство используется при психопатологических явлениях:

похмелье, стремление с помощью ПАВ снять явления абстинентного синдрома, психофизический дискомфорт, связанный с лишением ПАВ, улучшить самочувствие, используя ПАВ как лекарство;

иные психопатологические явления, например, стремление купировать аффективные расстройства;

депрессия;

атактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания тревогу, страх, эмоциональное напряжение;

стремление выйти из апатии при относительной сенсорной депривации с помощью ПАВ.

Выраженные расстройства личности до и во время приема ПАВ с брутальными нарушениями поведения, характерными для эндогенных психических заболеваний и органического поражения головного мозга. Однако не имеют процессуальной или органической природы. Скорее расстройства следует расценить как патологическое развитие личности в неблагоприятной социальной и микросоциальной среде. У

зависимых наблюдается сходство в отношении их семей. Они растут в неполной семье и воспитываются одной матерью. Либо отец имеет слабые черты характера, а мать проявляет излишнюю заботливость и властность. Между родителями существует враждебность и конфликтность. В воспитании больных наблюдается непоследовательность. Все это препятствует формированию цельной и целеустремленной личности.

Личностные расстройства проявляются постоянными неразрешенными психологическими конфликтами и неуверенностью. Больные выделяются среди других химически зависимых постоянной эмоциональной депривацией, беспокойством, идеями собственной неполноценности и подозрениями, что их не воспринимают всерьез. Они часто размышляют над собственной индивидуальностью, независимостью и свободой. Нарциссизмом и эгоцентризмом. Испытывают трудности при общении с окружающими.

Такие больные ПАВ употребляют чаще и в больших количествах, имеют более выраженные признаки зависимости.

Психо-биологические, свойственные протеканию нервных процессов живых организмов.

Того же типа, что и патологические, но в уменьшенном виде, не достигающие патологических рамок, например, психическая неуравновешанность. Т. е. нормативные черты характера выступают как причина приобщения, например, влечение к алкоголю, обусловленное уровнем эндогенного этанола у здоровых личностей. Психофармакология -

медикаменты не меняющие психическое состояние здорового человека и устраняющие только симптомы расстройств. Условно свободная продажа по рецептам из-за непсецифического, условно приятного одурманивающего действия. Психоактивные вещества, меняющие мировосприятие и настроение - наркотики, имеющие спрос в населении, но запрещенные властями.

Две первые группы мотивов рассмотрены выше. Теперь переходим к другим.

Обще физиологические, психо-физиологические, свойственные протеканию психических процессов вообще независимо от субъекта (рефлексы).

Индивидуально-физиологические или психологические. В частности, гедонистические, отражающие стремление получить физические и психологическое удовольствие от действия ПАВ, психосоматический комфорт, переживание эйфории. Атарактические, как химиопротектор, антистрессовое воздействие устранение стрессорного воздействия обыденных житейских переживаний. Стремление выйти из состояния скуки, психологической пустоты, душевного бездействия, гиперактивации поведения, стимуляции, растормаживания и насыщения стимулами усилить эффективность своего поведения с помощью ПАВ.

Семантические, индивидуально личностные, отражающие свойства только данной личности (психосемантика личности).

Психо-социальные, свойственные всем людям без исключения, разделяющим "общественное сознание" (закономерности общения и психодинамические).

Традиционные, социально обусловленные, культурально распространенные мотивы. Укоренившиеся привычки употребления ПАВ. Социальное взаимодействие и отдых. Общественная структура и определение ролей. Социальная принадлежность. Магия, религия и лечение. Физиологическая и пищевая поддержка [Госсон М. и др., 1993].

Субмиссивные, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы в плане приема ПАВ. Псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении человека приспособить свой личный опыт к ценностям социальной микросреды, в которой он функционирует.

Несмотря на уникальность сочетания можно указать некую **типологию** соотношения субъективных и объективных условий [Даренский И. Д., 1997]. Выявление ключевых отношений личность-ситуация возможно через определение мотивов потребления ПАВ. Мотивы потребления определяются личностными механизмами приобщения к потреблению ПАВ и являются их меркерами. Как правило, химически зависимые руководствуются несколькими мотивами потребления. Ведущий мотив зависит от черт характера, особенностей личности, этапа течения заболевания и др. условий.

Естественно, указана лишь часть сочетаний характера и мотивов потребления, а также провоцирующих, пусковых ситуаций. У больных с одним типом характера может встречаться несколько ключевых ситуаций и сочетаний.

Истинные мотивы потребления, как правило, не осознаются больным. При их **выявлении** и вербализации они значительно искажаются. Наркологические больные часто указывают ошибочные мотивы потребления из-за заблуждения или желания оправдать свое поведение якобы не зависящими от них причинами потребления. Поэтому прямой опрос больных об имевших место социально-психологических условиях потребления ПАВ, целях и мотивах. Использование опросника и его компьютерной версии, предлагаемый авторами [Завьялов В. Ю., 1988], не позволяет получить объективные данные. Применение у зависимых психометрических и проективных тестов позволяет получить более объективные данные в сравнении с опросниками [Гульдан В. В. и др., 1989 и 1991]. Но результатом их использования является лишь выявление предполагаемой сферы мотивов и типизирование мотивов потребления, отнесение больного к тем или иным группам мотивов. Например, эмоционально-неустойчивый с высокой долей вероятности прибегнет к употреблению алкоголя в ситуации конфликта. В то же самое время психотерапия требует выделение строго индивидуальных мотивов для работы с ними.

Исследование семантических алкогольных и трезвеннических представлений больных проводится

посредством выяснения субъективного значения состояний трезвости и опьянения в сопоставлении с другими состояниями самочувствия. Истинные мотивы потребления выявляются путем тщательного и постепенного опроса всех переживаний, свойственных зависимым в состоянии опьянения и трезвости и сопоставлении с другими, типичными для больных ситуациями. Для изучения семантики аддиктивных представлений больных алкоголизмом рекомендуется использование методики личностных конструкторов Келли [Даренский И. Д., 1996].

Количественное соотношение субъективных условий приобщения к ПАВ, является реципрокным. Неблагоприятные в наркологическом отношении внешние условия (социальные, микросоциальные, биологические - орг пор цнс и др психические болезни и церебральная патология различного генеза) достаточны для возникновения наркологических заболеваний у лиц с незначительной выраженностью соответствующих типов характера, т. е. акцентуацией или даже с гармоничными чертами. При благоприятных условиях воспитания и жизни существуют значительные личностные аномалии у лиц, приобщившихся к потреблению ПАВ. Чем больше ассоциируются черты характера и особенности личности с наркозаболеванием, тем менее значение среды. Чем меньше наркогенность социальных условий, тем большая личностная аномалия или ее своеобразие. При выраженных характерологических нарушениях, прежде всего достигающих степени психопатии, отсутствует потребность в

каких либо дополнительных условиях для формирования наркологического заболевания.

У большинства наркозависимых еще до начала потребления могут быть обнаружены признаки психопатии [Битенский В. С., Личко А. Е., Херсонский Б. Г., 1991]. Психопатия создает условия повышенного риска развития наркологического заболевания. Поэтому существует мнение, что наркологические заболевания являются этапом развития психопатий и других личностных расстройств при психических заболеваниях. Решающее значение психиатрической патологии в генезе наркозаболеваний придается в американской литературе. У большинства наркоманов заболевание возникло на почве психиатрической патологии.

Безусловно, наличие патологии характера в виде психопатий или акцентуаций, а также расстройств личности вследствие иных психических заболеваний, значительно облегчает развитие и наркологических заболеваний, и даже, можно сказать, автоматически подразумевает их возникновение. Но, без сомнений и другое - все же основную массу наркологических больных составляют преморбидно здоровые лица. Если первые больные остаются в рамках психиатрической помощи, то вторые нуждаются в сотрудничестве с психотерапевтом. Именно они и составляют основу структуры контингента наркологической службы.

Внешний образ поведения.

Восприимчивость к какой-либо модели алкогольного поведения находится в зависимости от особенностей характера, личности и ряда внешних условий. Определение благоприятных и неблагоприятных для формирования алкоголизма свойств характера, личности, а также условий жизни больных и их коррекция в антиалкогольных целях достаточно подробно освещено в литературе. Проведена типология этих факторов. В частности, в литературе описана типология больных алкоголизмом по особенностям характера [Иванец Н. Н., 1991], мотивам потребления алкоголя [Завьялов В. П., 1988], воспитания и пола.

Однако этих сведений недостаточно для проведения строго индивидуализированной реконструктивной психотерапии. С одной стороны, отсутствует однозначно предрасполагающее влияние типа характера на возникновение наркологического заболевания [Иванец Н. Н., 1980]. Лишь крайние варианты типов характеров могут предопределять модель аддиктивного поведения. С другой стороны, показано не только токсическое влияние алкоголя и других ПАВ в формировании черт алкогольной личности, но и влияние переноса черт поведения в состоянии алкогольного опьянения на трезвое поведение [Бобров А. Е., 1988]. Все это свидетельствует о значении не только структурных особенностей нервной системы на приобщение к алкоголю, но и содержательной стороны психической деятельности. Именно содержательная сторона является промежуточным звеном между характерологическими

особенностями и склонностью к употреблению алкоголя. Диагностируется не только медицинский образ пациента, но и субъективное семантическое пространство алкогольной субличности [Даренский И. Д., 1996].

Психиатрия изучает структуру, динамику, уровень развития психических функций. При анализе личностного аспекта наркологических заболеваний обращается внимание на структурные особенности - темперамент, характер, направленность личности, ее установки. Они определяют психическую и поведенческую деятельность. Но при этом **не исследуется содержательная сторона**, содержание вектора нервной системы, predisпозиция, вектор аддиктивного поведения. Лишь гуманистическая, экзистенциальная психология рассматривает содержательную сторону переживаний.

Для повышения эффективности психотерапии проводится психологическая диагностика приемлемых для аддикта **трезвеннических** форм поведения. Определение личностного подтипа аддиктивного поведения имеет принципиальное значение в психологической диагностике и выборе адекватной психотерапии. Выявление личностных особенностей, благоприятных для формирования аддиктивных форм поведения, а также неблагоприятных, препятствующих развитию алкоголизма с дальнейшей эксплуатацией последних для отворачивания от употребления алкоголя. Определение типологии личности больных алкоголизмом, задействованной в аддиктивном поведении, в соответствии с семантическим

содержанием модели алкогольного поведения. Передача трезвеннического социального опыта возможна после определения его приемлимости для аддикта.

Индивид не взирая на свое психологическое состояние или иные субъективные условия **может** все-таки **не** прибегать к **употреблению** ПАВ и пытаться решить их иными, знакомыми ему средствами. Психологические (личностные, характерологические), социальные условия являются косвенными условиями формирования зависимости. Потребление ПАВ и наркологическое заболевание могут не развиваться, если индивид не имеет опыта решения проблем с помощью ПАВ и социального оформления опыта алкогольного поведения. Способствуют этому прямые условия, когда имеет место передача конкретного опыта алкогольного поведения. Наркологические заболевания контагиозны. Формирование алкогольного или наркотического поведения наблюдается, если индивид видит, что это возможно и реально. Непосредственное научение путем прямого наблюдения играет большую роль в усвоении любых навыков.

Алкоголь-совместимые формы поведения **наблюдаются** аддиктом в процессе социального функционирования и усваиваются как социальный опыт, что можно проследить анамнестически и диагностировать с помощью психобиографического метода. Опыт употребления алкоголя распространен повсеместно, но для усвоения какого-то варианта аддиктивного поведения требуется несколько условий. Для его

перенятия и реализации индивид должен попасть на благодатную почву, которая должна соответствовать его аддиктивной субличности, подходить как "ключ к замку".

Комфортное состояние самочувствия зависит от биологических возможностей и характера. Все зависит от того, какие состояния он предпочитает, от моральной оценки выбираемых состояний самочувствия и предпочтений в стиле жизни. Образ складывается из моральных качеств и психического состояния. Изучение их соотношения возможно с помощью методики личностных конструкторов Келли.

Образ зависимого поведения должен быть навязан, передан в тесном контакте. Научение, перенятие алкогольного или наркотического опыта преимущественно имеет механизм импринтинга. Поведение должно непосредственно наблюдаться аддиктом, т. е. восприниматься во всех своих социальных и личностных проявлениях, как личный пример. Перенимаемое поведение должно принадлежать лицам **референтной группы**. Формирование и закрепление алкогольного опыта происходит в референтной группе. Аддикт занимает определенное положение в этой группе в соответствии со своими физическими и личностными особенностями [Бехтель Э. Е., 1986]. Причем зависимость от референтной группы становится все большей по мере специфического изменения личности, так что вне референтной группы его существование становится затруднительно. Полное **несоответствие** социального окружения и модели алкогольного поведения, когда референтная группа

теряет диагностическое и терапевтическое значение, является признаком сопутствующего психического заболевания [Даренский И. Д., 1994]. Переход из одной социально детерминированной модели алкогольного поведения в другую, как в сторону повышения социального ранга, так и в сторону понижения, также является отражением появления психопатологии.

Алкогольное (наркоманическое) поведение формируется в определенном личностном контексте и является частным выражением личностных координат пространства и времени, режима социальной активности, питания, мировосприятия в целом и т. д.. Употребление ПАВ настолько сильно вмешивается в обыденную жизнь и влияет на нормативное поведение, что позволяет говорить об особом **стиле жизни**, об ОАП. Образ алкогольного (наркоманического) поведения (ОАП) это целостное образование, включающее поведение во всех сферах жизнедеятельности с точки зрения употребления алкоголя. ОАП формируется в контексте личного жизненного опыта путем заимствования форм решения личностных проблем, в частности, с помощью употребления алкоголя. ОАП представляется как взаимодействие устойчивого мотива потребления алкоголя и всего жизненного уклада личности. Иными словами это означает процесс экстернализации алкогольных установок. Преобладающие мотивы алкогольного поведения меняют весь уклад жизни и эксплуатируют иные сферы жизнедеятельности. Больной, в частности, потому стремится на работу, чтобы найти

там единомышленников и с ними принять алкоголь или иное психоактивное вещество.

В зависимости от особенностей личности и социального статуса выделяются **варианты** ОАП. При определении личностного подтипа аддиктивного поведения рекомендуется использовать такие **критерии** оценки личностных особенностей больных алкоголизмом, как семья родителей, тип воспитания, собственная семья, референтная группа, положение в пьющей компании [Бехтель Э. Е., 1986], образовательный уровень, профессия (по степени нарастания психического напряжения), выполняемая работа, быт, пол, характерологический радикал, образ жизни, жизненный стереотип, тип жизненного маршрута и манера поведения. Они исследовались с помощью анамнестического метода и с слов родственников.

Ввиду трудоемкости и ряда организационных препятствий для сбора объективных сведений определение типа ОАП и ОТП осуществимо только **по статусу** пациентов, а именно, по мотивам потребления алкоголя, а также семантическому содержанию актуальных алкогольных и трезвеннических представлений. Исследование семантического содержания поведения больных алкоголизмом позволяет формализовать эти сведения и провести типологизацию алкогольных личностей на основании статуса пациента. Типология мотивов потребления алкоголя проводится в соответствии с теориями механизмов психотравмы и мотивов потребления алкоголя [Маслоу, В. Франкл и т. д.]. Больные классифицируются по тому, является ли к-т механизм у них

преобладающим, например, "отсутствие смысла жизни". Субъективное семантическое пространство (ССП) можно изучать с помощью компьютеризированной методики личностных конструкторов Келли [Даренский И. Д., 1996], позволяющей определять имплицитные моральные оценки состояний и качества самочувствия, эксплуатируемые пациентом.

Этапом существования и конкретным воплощением ОАП является **субъективное семантическое пространство (ССП)**. Взаимодействие элементов и конструкторов, характерных для ОАП выражается в конкретном актуальном варианте ССП. Динамические варианты ССП представляют собой континуум этапов трансформации ССП в процессе динамики ОАП, в частности, при психотерапии. Аналогией **взаимоотношения** ССП и ОАП является отношение фаз течения алкогольного цикла и стадии алкоголизма. Отношение между нозологическим диагнозом и фазной динамикой, с одной стороны, и ОАП и ССП, с другой стороны. Фаза и ССП - это динамический этап реализации процесса, в одном случае алкогольного цикла, в другом - ОАП. Нозологический диагноз определяется на основании анализа статуса, т. е. - фаз, ОАП - через конкретные варианты ССП. ОСП может иметь различную ССП и ее динамику.

Из анализа ССП становится ясно с какими определениями состояний самочувствия **ассоциирует состояние опьянения** и трезвости у испытуемого. Интерпретация ССП складывается в описание некоего семантического образа для дальнейшего

обозначения и оперирования им. В данном случае это образ алкогольной (и трезвеннической) личности. Исследование семантического содержания поведения больных алкоголизмом позволило формализовать эти сведения и провести **типологизацию** алкогольных форм поведения. Выделены крайние варианты структур, предопределяющие модель аддиктивного поведения [Даренский И. Д., 1996].

Интегративная характеристика с точки зрения аддиктивных представлений, типизация возможных вариантов социального опыта аддиктивного поведения в контексте личностных категорий позволяет выделить **группы больных** по сходным, указанным выше параметрам. Можно выделить типы алкогольных личностей, моделей поведения с аддиктивной фабулой, образы алкогольного (ОАП) и трезвеннического поведения (ОТП). Образы поведения выводимы из типологии стиля жизни, деятельности, образа жизни. Существует ограниченное число подобных типов. При этом они не универсальны, а сугубо индивидуальны. Личность выбирает приемлемый стиль жизни и, соответственно, ОАП, а также ОТП.

В частности, сюда отнесены типы, получившие условные названия: криминальный (соответствует типу алкоголизма выделенному R. Vabor [1992], руководящий, творческий, мастеровой, конформистский, интеллигентский, аутистический, деклассированный, соматизированный, нигилистический, неврологический, изолированный. Перечислены наиболее распространенные ОАП и наиболее веские механизмы

потребления ПАВ. Критерии выбора являются наиболее яркими, но эклектичными. Список можно продолжить в соответствии с какими-либо медицинскими целями, терапевтическими, в частности, задачами. Такая типология позволяют составлять прогноз выбора мотивов потребления ПАВ и воздержания от них, течения заболевания и лечения, прежде всего в отношении психотерапии.

Все рассмотренные теории приобщения к ПАВ и личностные модели развития химической зависимости не имеют универсального характера и с той или иной частотой являются **вариантом** развития наркологического заболевания. Это относится к представлениям об обязательной преморбидной патологии характера, расстройствах личности или наличии психологических проблем, предшествующих психогениях, состояниях фрустрации и невротических механизмах аддиктивного поведения.

Факторы заболевания и прогноза.

Рассмотренные выше обстоятельства являются условием потребления и приобщения к ПАВ. Одни и те же условия способствуют и возникновению зависимостей, и прогредиентности наркологического заболевания, но влияние этих обстоятельств на последующее развитие событий различно.

Степени приобщения к ПАВ является этапами формирования наркотической зависимости. Эпизодическое употребление ПАВ является самостоятельным психо-социальным

событием. Меньшая часть населения экспериментирует с ПАВ, тем более с наркотическими (см. схему). Некоторые из этих лиц в силу ряда обстоятельств переходят к систематическому потреблению ПАВ. Формирование наркологического заболевания наблюдается у потребителей, имеющих определенные предпосылки для этого. В случае неблагоприятных условий происходит клинико-психологическая или иная декомпенсация, а при определенных внешних условиях и дезадаптация.

От преморбидных конституциональных особенностей нервной системы зависит и **клиника** самого заболевания. Клиническая практика свидетельствует о том, что в однородных половозрастных группах, при более или менее одно- типных внешних условиях формирования алкоголизма, его течение, эффективность терапии и прогноз не идентичны. Очевидно, что подобные различия обусловлены индивидуальными особенностями больных, проявляющимися на разных уровнях. Один из таких уровней представляют конституционально обусловленные преморбидные характерологические особенности больных. Психический склад имеет большое влияние на течение наркологических заболеваний. Преморбидная структура характера при алкоголизме является одним из патогенетических факторов, т. к. определяет не только своеобразие отдельных его симптомов и синдромов, но оказывает влияние на общие клинические закономерности алкоголизма. Существует взаимосвязь между преморбидной структурой характера, с одной

стороны, и скоростью формирования алкоголизма, тяжестью его клинических проявлений, с другой [Иванец Н. Н., 1980, 2000].

Эти данные, касающиеся прежде всего таких параметров как скорость формирования алкоголизма, формы злоупотребления спиртными напитками представляются важными прежде всего потому, что позволяют вплотную подойти к разработке новой, патогенетической классификации алкоголизма [Иванец Н. Н. и соавт., 1977; Небаракова Т. П., 1978; Новиков Е. М., 1978; Овсепян С. А., 1985; Трубчанинова О. Н., 1982].

Наиболее благоприятно алкоголизм протекает у больных со стеническими чертами характера в преморбидном периоде, злокачественно - у больных с истеро-возбудимыми чертами характера. Это проявляется в том, что группу больных с преморбидными чертами характера стенического круга по сравнению с больными двух других групп отмечает медленное формирование и малопрогрессирующий темп течения алкоголизма, более позднее начало злоупотребления алкоголем, большая длительность заболевания и более старший возраст при обращении за медицинской помощью, преобладание постоянной формы злоупотребления алкоголем и известная диссоциация между выраженностью клинических проявлений алкоголизма и относительной социальной сохранностью [Иванец Н. Н., 1987]. Промежуточное положение занимают больные с астеническими чертами характера в преморбидном периоде [Иванец Н. Н., 1988].

Описаны особенности заболевания у больных с сензитивным преморбидом [Ибатов А. Н., Бажин А. А., 1991], неустойчивыми преморбидными чертами характера [Котлубай В. П., 1984], астеническими [Небаракова Т. П., 1977], синтонной акцентуацией характера [Небогатиков Г. А., 1989], чертами истерического [Новиков Е. М., 1978] и стенического круга [Трубчанинова О. Н., 1983]. Преморбидные черты характера позволяют прогнозировать темп [Еникеева Д. Д., 1985; Кокорина Н. П. и др., 1981] и вариант течения наркологического заболевания [Таривердиева К. Т., 1982], психофизиологические особенности эмоционального стресса у больных алкоголизмом [Ли В. А., 1980; Лильин Е. Т. и др., 1984], а также развитие отдельных симптомов заболевания. Определены особенности опьяняющего действия алкоголя, форма обычного и измененного опьянения [Рукоусев А. И., Бобров А. Е., 1982], психологические мотивы потребления алкоголя [Завьялов В. Ю., 1988] и преобладающий аффект в абстиненции после лишения алкоголя [Тресков В. Г., Максименко Т. В., 1983] или наркотика [Иванец Н. Н., 2000]. Установлено влияние конституционально-личностных факторов на форму злоупотребления алкоголем при алкоголизме [Овсепян С. А., 1985].

Преморбидные особенности определяют **тип течения** алкоголизма. Предпочтительное поражение той или иной сферы в течение заболевания зависит от ее преморбидного состояния. Наличие сбоев в указанных сферах и проявляется последующими преобладающими нарушениями в них. Например, проблемы в

соматической сфере статистически связаны с последующими сомато-неврологическими проявлениями абстиненции и отдаленными осложнениями заболевания [Плетнев В. А., 1993].

Вид мероприятий зависит от преобладающих проблемных сфер. Появление психологических проблем означает интернализацию конфликта личность-среда. Медицинские мероприятия как правило начинаются с посещения нарколога, но в ряде случаев наблюдается опережающее развитие соматических осложнений и такие больные ни до того ни после не обращаются к наркологу, всецело наблюдаясь по поводу соматических проблем. Появление социальных проблем означает экстернализацию конфликта личность-среда. В свою очередь указанные клинические данные о наркологическом заболевании позволяют непосредственно судить о преморбидных чертах характера ввиду их высокой статистической зависимости.

Значение и **цель знаний** о конституциональных и личностных особенностях в том, чтобы можно было сказать, что у этого человека будет наркологическое заболевание и пояснить почему. Эти сведения позволяют составить **прогноз** течения заболевания и проводимого лечения. Например, о психопатическом уровне выраженности ЧХ можно судить и по прогредиентности течения заболевания. Очевидно, что необходимо длительное потребление большого количества ПАВ для нарушения метаболизма нейромедиаторов и ферментов. Выявление особенностей личности наркологических больных, специфики психологических механизмов зависимого поведения

требуется для разработки психотерапевтических подходов, направленных на формирование условий психологической реадaptации больных. Все это имеет значение для построения психотерапевтического процесса и вынесения стратегического решения при достижении трезвости больного.

Часть 2. Психотерапия наркологических больных

ВВЕДЕНИЕ

Ориентация на биологическую модель наркологических заболеваний сопряжена с низкой эффективностью лечения, т. к. не учитывает все условия их формирования. Большой эффективностью обладает биопсихосоциальная модель. Психологические методы воздействия имеют значение не только в профилактике наркологических заболеваний, но и их лечении. Дело в том, что психологические мотивы потребления психоактивных веществ (ПАВ) с течением заболевания не теряют своего значения, лишь уступая биологическим в значимости. Они остаются и существуют наравне с наркологическими мотивами, определяя механизмы течения заболевания. Фармакологическое или иное устранение и уменьшение проявлений физической зависимости **обнажает** психологические **проблемы**, как решаемые с помощью ПАВ, так и порожденные им, т. е. фармакологическое лечение заостряет, делает актуальным экзистенциальный кризис. Кризис является причиной обращения к ПАВ и рецидиву заболевания, поэтому

психотерапия (ПТ) логически следует за фармакотерапией и преследует цель психологической компенсации и преодоления состояния кризиса.

Для понимания места ПТ в лечении наркологических больных приводится ее общая характеристика и классификация. Традиционно существует представление о ПТ в узко медицинском смысле, как методе устранения симптомов заболевания, и в широком, включающем в себя рациональную организацию труда и быта, стиля жизни и т. д. [Кондрашенко В. Т. и др., 1999]. Хотя, правильнее было бы сказать, что психологическая ПТ осуществляет психокоррекцию как здоровых лиц, так и больных, но вне нозологических состояний с декомпенсацией их патологических особенностей, помощь в отношении жизненных проблем: трудностей коммуникации, семейных конфликтов, стрессовых состояний. Медицинская ПТ касается больных в фазах обострения заболевания, учитывает особенности и фазу заболевания, а также конституциональные особенности больных и подразумевает использование других видов лечения [Савенко Ю. С., 1993]. Психологическое воздействие вне декомпенсации, но с целью ее предотвращения у лиц группы риска относится к психогигиене и психопрофилактике. Средства педагогики адресованы лицам молодого возраста для формирования гармоничных личных качеств и устранения потенциально болезнетворных черт характера и форм поведения. Теология используется для

духовного сопровождения обыденной жизни и психологического оформления повседневных событий.

Деление ПТ на манипулятивную и реконструктивную [Валентик Ю.В., 2001] весьма условно. Противоречит эмпирическим наблюдениям представление о меньшей эффективности суггестивной ПТ в сравнении с развивающей. Практика показывает, что реальные ремиссии наблюдаются как раз при использовании манипулятивных методов. Теоретически база манипулятивной терапии также представляется более технологичной. Мишени суггестии имеют клинично-наркологическое содержание (прерывание запоя, формирование непереносимости алкоголя, терапевтические установки на трезвую жизнь), в то время как личностный анализ адресован косвенным мишеням. Воздействие адресовано реальной актуальной личности, в то время как при реконструктивной терапии оно направлено на изменение личности и адресовано некоей гипотетической личности. Последнее как раз и может быть причиной более скромных практических результатов. Наконец, условность такого разделения очевидна, потому что элементы суггестии входят в развивающие методы ПТ [Хеллер С., Стилл Т. Л., 1994], а всякое внушение вносит какие-то новые мотивы в содержание личности. В свою очередь гипнотерапия больных алкоголизмом может иметь личностно-реконструктивное содержание [Дереча В. А. и др., 1994] ввиду возможности постгипнотического конструирования поведения личности [Каструбин Э. М., 1999].

Классификация видов ПТ по целям, например, "запретительные, сенсibiliзирующие, вызывающие отвращение (аверзивные)" и т. д. производится на уровне целей. В самом деле, сенсibiliзацию к ПАВ можно проводить химическими, психологическими и другими средствами. Отсюда видно, что для классификации методов ПТ адекватным являются критерий механизма действия процедуры, уровень закономерностей, используемых в них, а не ее цели и задачи. При всем многообразии методов ПТ правильнее их разделить в зависимости от закономерностей работы нервной системы и мотивов потребления ПАВ различного уровня, используемых для влияния на индивида.

Уровни закономерностей психической деятельности и мотивов потребления ПАВ и предпочтительно используемые методы психотерапии

Закономерности	Предпочтительно используемые методы
- Психобиологические	психофармакотерапия, наркопсихотерапия, поведенческая (условно-рефлекторная) терапия, десенситизация, аверзивная (условно-рефлекторная) терапия,
- Общефизиологические, психофизиологические	суггестия, гипноз, нейролингвистическое программирование, гештальттерапия

- Индивидуально-физиологические, психологические	психодинамический анализ, психоанализ
- Психосоциальные, общементальные	рацио-, семейная, психодрама социотерапия, реабилитация
- Общие закономерности духовной деятельности	теология, терапевтические сообщества
- Субъективно-личностные, семантические, индивидуально-личностные	психосемантика

Первые два уровня закономерностей используются в медицинской («психиатрической») ПТ, проводимой врачом-психотерапевтом.

Психобиологические, свойственные протеканию нервных процессов живых организмов, используются при построении психофармакотерапии.

Общефизиологические, психофизиологические, свойственны протеканию психических процессов (рефлексы).

Эти виды применяются специалистами, рассматривающими ПТ в традиционно медицинском значении без учета индивидуально-психологических особенностей нервной системы пациентов и психодинамических процессов - ортодоксальная ПТ [Кречмер (по Бурно М., 1993)]. При этом психологическое содержание, семантическая сторона личности находится вне психотерапевтического процесса.



Следующие уровни закономерностей используются в психологической ПТ, *проводимой психологом-психотерапевтом*.

Индивидуально-психологические процессы, совершающиеся по определенным характерологическим закономерностям, формам темперамента, эмоциональной динамики (закономерности психодинамики).

Психосоциальные, свойственны всем людям без исключения, разделяющим "общественное сознание" и сопричастным к общественному менталитету, общему знанию или "сознанию" (закономерности общения, логика рассуждений, состояние мышления).

Субъективно-личностные, семантические, индивидуально-**личностные** отражают свойства только данной личности (психосемантика личности), не зависящие от строения тела или темперамента, характерологических особенностей.

Наконец, психологическое воздействие по правилам духовной деятельности проводится духовным лицом или неформальным лидером терапевтического сообщества.

Общие закономерности **духовной** деятельности, не зависящие от личностных особенностей и индивидуальных представлений и навязываемые человеку для придания ему определенного личностного статуса. Последний обычно определяется понятием "вера" и придает личности социально-позитивное содержание и ощущение духовного благополучия.

Действие некоторых методов ПТ может быть основано на различных закономерностях одновременно. Так, аверзивное лечение, основанное на условно-рефлекторных механизмах, может одновременно быть и предметно опосредованной суггестией.

Соответственно метод ПТ характеризует направление или общий принцип лечения в соответствии с представлениями о сущности болезни, взятой на вооружение **концепцией**. Например, понимание невроза как "заблуждения, ошибочного представления" послужило основанием для рациональной ПТ [Дюбуа П., 1912]. Представление о причине невроза как "застревании в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом" привлекло внимание к методу катарсиса. Невроз как проявление вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения лечится с привлечением психоанализа [Фрейд З., 1989]. Психическая болезнь как нарушение условных рефлексов [Павлов И. П., 1951] определяет приоритет условно-рефлекторного лечения.

Для построения ПТ наркологических больных также используются свои концепции. Например, мотивы потребления ПАВ рассматриваются как специфические мишени ПТ [Завьялов В. Ю., 1988]. Психодинамический подход анализирует значение психосексуальных комплексов и защитных механизмов в приобщении к ПАВ и рассматривает возможность их использования при ПТ наркологических больных. Концепция личностной дефицитарности и ущербной дефензивности, копинг

стиля подразумевает повышение зрелости личности [Ялтонский В. М. и др., 1999].

ПТ характеризуется понятиями **цели**, задачи, методы, формы и техники. Цели ПТ описывают отличие исходного и желаемого состояния пациентов. Цели ПТ, для которых определены сроки, средства выполнения, переходят в ранг задач ПТ [Даренский И. Д., 1997].

Основные **цели** ПТ, широко определяемые на практике:

- устранение симптомов наркологического заболевания и соматических осложнений;
- сенсбилизация к ПАВ и опьянению;
- заместительная терапия с замещением ПАВ или мотивов потребления;
- развитие личности и восстановительная, когнитивная в смысле устранения интеллектуально-мыслительного дефицита.

Существуют сложности разделения и **классификации** методов, техник и интрапсихических механизмов ПТ [Кондрашенко В. Т. и др., 1999]. **Техники** не имеют определенной зависимости от контингента больных - у наркологических больных они используются точно также, как и при других заболеваниях. Техники выполнения ПТ указывают способ взаимодействия участников, время действия и отношение к реальности. В различных видах терапии используются сходные техники. Но при этом используется разное толкование или привлечение разных концепций.

Методики помимо техник включают описание целей, условий проведения, модальность и содержание ПТ. Поэтому описание методик содержит упоминание и о техниках их исполнения. Методика может включать несколько техник исполнения одновременно. Теоретическое и научное значение сложностей не обнаруживается во врачебной практике. На практике исходной является не классификация методов, а терапевтические задачи, стоящие перед врачом.

Форма или способ характеризуют организационные условия применения метода ПТ. Количество больных - индивидуальная или групповая, состояние сознания пациентов - ПТ внушение наяву и в гипнотическом состоянии. **Стиль** проведения ПТ определяется степенью директивности, патернализма терапевта и может быть, в частности, директивным, недирективным и демократическим.

Очевидно, что одна и та же форма, способ, техника и стиль ПТ могут касаться разных методов ПТ. Например, гипноз может использоваться при суггестивной ПТ и при проведении психоанализа.

Психотерапевтическое решение личностных проблемных нарколологических больных осуществляется средствами, основанными на закономерностях, на которых и создаются проблемы. В частности, ПТ проводится в сфере и на основе мотивов потребления ПАВ (социальных, психологических, семантических). Указанные сферы психической деятельности и патологии ассоциируются с адекватными методами

психологического и психотерапевтического воздействия. Нарушения в какой-то системе закономерностей, естественно, более чувствительны для методов воздействия, учитывающих эти закономерности.

Безусловно, указанные виды и методы ПТ не используются в изолированном виде. В психотерапевтический процесс синтетически включаются биологические, психологические и духовные закономерности. Хотя можно совершенно определенно указать какие закономерности эксплуатируются в более явном виде. Использование происходит в различной доле в зависимости от остроты течения заболевания и этапа терапевтического процесса. К отдельным больным применяются не отдельные виды и методы ПТ. Происходит последовательное применение всевозможных нужных для больного разновидностей ПТ. В результате сочетания и последовательного применения методов ПТ происходит объединение их в определенную **лечебную программу**. Соответствие больной-лечение влияет на **терапевтический отбор** больных на существующие методы лечения.

В руководстве не представляется возможным **описать множество** моделей и новых подходов в ПТ наркологических больных, разработанных в рамках бурно развивающихся в последнее время школ ПТ, таких как психоанализ, транзактный анализ, гештальттерапия, клиентоцентрированная ПТ по К. Роджерсу и т. д. Поэтому в руководстве рассмотрены только основные модели ПТ наркологических больных, содержание и

специфика которых существенно видоизменены наркологической направленностью.

ПСИХО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ.

Психобиологические закономерности, свойственные протеканию нервных процессов живых организмов, лежат в основе психофармакотерапии и условно-рефлекторной терапии, относимой к поведенческой. Закономерности используются при построении **психофармакотерапии**. Приемы наркопсихотерапии рассмотрены ниже при освещении вопросов изменения сознания в медицинских, психотерапевтических целях.

Аверзивное лечение в наркологии направлено на формирование бессознательного чувства отвращения к органолептическим свойствам ПАВ и состоянию опьянения, вызванного им. По механизму действия она является условно-рефлекторной терапией, преследующей цель выработки отрицательного рефлекса на алкоголь при лечении алкоголизма и имеет длительную историю [Smith J. W., Frawley P. J., 1990]. Нельзя признать удачным отнесение условно-рефлекторной терапии, основанной на теории И. П. Павлова о рефлекторной природе психических процессов, к поведенческой терапии (behavior therapy). Поведение человека является сложным психосоциальным актом и не сводимо к ряду рефлексов. Поведенческая терапия относится по определению к социотерапии и в этом разделе будет рассмотрена.

Техника формирования отвращения к алкоголю состоит в сочетании приема 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.

Последние годы в сочетании с употреблением ПАВ используются иные, более brutальные процедуры. В частности, применяются тягостные переживания, возникающие в эректильную фазу наркоза при проведении так называемой аффективной контр-атрибуции у больных алкоголизмом [Крупницкий Е. М., Гриненко А. Я., 1996]. У больных наркоманией используется самовоздействие электрошоком при появлении тяги к наркотикам [J. Wolpe, 1965], а ритуал приготовления наркотика сочетается с затруднением дыхания при введении миорелаксантов [Rathod N. H., Tompson T., 1968; Beachey P. H., 1971; Miller G. W., 1974] и созданием состояния тяжелой абстиненции введением налтрексона [Brien O. et al, 1980; Childress A. R. et al, 1986].

Сходный механизм угашения рефлексов имеет процедура **десенситизации** [J. Wolpe, 1965]. Нежелательные переживания ослабляются и подавляются при сочетании, одновременном предъявлении инициирующих их стимулов и методик снижения эмоционального компонента переживаний. Причем составляется градация инициирующих, провоцирующих стимулов по степени их влияния на индивида и предъявление их начинается с

минимальных, отдаленно связанных с тягостными переживаниями. В случае наркологического заболевания речь идет о влечении к ПАВ и состоянию опьянения, а также навязчивых опасениях рецидива заболевания. Пациент вводится в состояние расслабления, в частности, с помощью методики Джекобсона. В этом состоянии пациент вызывает образ, провоцирующий эти переживания. Появление неприятных переживаний является сигналом к углублению расслабления и седации и уменьшению провоцирующих представлений вплоть до полного исчезновения тягостных ощущений. В последующем по мере угашения реакций на воображаемые стимулы, выбираются иные, более тесно связанные с неприятными эмоциями образы. Например, больной с алкогольной зависимостью сначала представляет в своем воображении ситуацию выходного дня, обычно ассоциирующуюся у него с распитием спиртных напитков. По мере угашения обострения влечения к алкоголю на этот стимул, больной переходит к представлению прямых органолептических свойств алкоголя и т. д.

Методы условно-рефлекторного лечения в настоящее время используются реже как наяву, так и в гипнозе, например предложенные Рожновым В. Е. [1985]. Они трудоемки в смысле большого времени, технических трудностей - необходимости специальных помещений, - и субъективной неприятности. Но самое главное в том, что методы методологически уязвимы. Больной испытывает и более тягостные переживания в связи с

потреблением алкоголя во всех сферах жизни, в частности и спонтанную аверсию к алкоголю [Минутко В. Л., 1993]. В состоянии опьянения он подвергается преследованию почти всех окружающих, а в похмелье испытывает крайне неприятное состояние самочувствия. Но это не способствует выработке отрицательного рефлекса на алкоголь и не останавливает от потребления очередной дозы. Современная ПТ является больше заместительной, компенсирующей и ориентирована на замену, вытеснение ПАВ, а не на отрицание их условно желаемых качеств.

ОБЩИЕ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ.

Основанная на общих психофизиологических закономерностях, **суггестивная** ПТ состоит, прежде всего, в психотерапевтическом воздействии через внушение в состоянии бодрствования или измененном сознании.

Суггестивное воздействие по степени опосредования.

условное название степеней опосредования	содержание опосредования
императивная	непосредственная, прямая, аутосуггестия, наяву;
гетеросуггестия	наяву и при измененном сознании;

Предметно-опосредованная ПТ.	
усиления	назначенным больному препаратам и процедурам присваиваются их реальные свойства - сенсibiliзирующие средства, средства, устраняющие симптомы (депрессия, тревога, подавляющие ПВА);
плацебо	препаратам и процедурам присваиваются свойства иных препаратов и процедур либо психотерапевтическим манипуляциям присваиваются свойства реально не существующих свойств препаратов и процедур с созданием "следа", "якорение";
плацебо ПТ	психотерапевтическим манипуляциям присваиваются свойства иных психотерапевтических манипуляций, изменение сознания как факта и события кодирования;
интеллектуализация	акцент на объяснении механизма действия процедуры, а не на конечном эффекте;
теологический	создание веры в бога или иную сверхъестественную, внесенсорную силу.

Непосредственная, **прямая** гетеросуггестия проводится без объяснения механизмов возникновения изменений, без привлечения дополнительных понятий или объектов.

Производится внушение желательных изменений в самочувствии, общем состоянии и течении болезни и т. д. Например, "Вы чувствуете себя значительно лучше сегодня. Исчезают головные боли, раздражительность, нарушение сна и влечение к алкоголю". Суггестивное воздействие на внутреннюю картину болезни сопровождается предложением готовых вариантов внутренней картины болезни. Усилия направлены на внушение социально позитивных форм поведения, обладающих санирующим свойством. Например, врач говорит пациенту императивным голосом: "Вы не будете пить и курить. Вы навсегда избавились от этих пороков".

Такой род прямой суггестии широко используется медперсоналом в повседневной работе, как видно, весьма прямолинейен и может быть эффективен в руках врача при чрезвычайных условиях проведения ПТ: необычная личность терапевта, пациента, изменение сознания пациента и т. д. Однако в повседневной практике врача-нарколога существует потребность привлечения дополнительных приемов достижения большей эффективности суггестии.

Однако важным условием прямой суггестии является высокий лечебный авторитет врача, что не всегда имеет место в повседневной практике. Врач часто не имеет собственного имиджа искусного врачевателя. Поэтому он принужден опираться на иные авторитеты и суггестия наяву, как правило, является предметно-опосредованной. Предметно-опосредованная ПТ проводится посредством усиления реальных свойств

назначенных больному препаратов и процедур. Подобного рода суггестии применимы, если используемая лечебная процедура оказывает лечебное действие реальное, но недостаточное или обнаруживаемое не у всех больных.

Примером этого являются сенсibiliзирующие к алкоголю методы лечения с использованием тетурама, эспераль и лидевина. У ряда больных при определенных неблагоприятных условиях эспераль не оказывает действия, приписываемого процедуре, в декларируемой степени. Поэтому существует потребность психотерапевтического усиления ее действия на больного. Все слова и действия врача направлены на формирование у больного уверенности в действенности процедуры и опасения приема алкоголя.

Для усиления лечебного эффекта процедура тщательно оформляется психотерапевтически. Вопрос о возможности процедуры, показания для проведения и предикторы эффективности решает комиссия врачей после экспериментально-психологического обследования больного и комиссионного осмотра [Князева Т. М., 2000]. Осмотр больного комиссией врачей является тем редким и, нужно отметить, имеющим позитивное значение случаем, когда изменяется соотношение числа терапевтов и пациентов.

Описывается действие препарата и изменение состояния пациента в случае нарушения трезвости. Подробно описывается реакция несовместимости в виде сердечно-сосудистых и дыхательных нарушений несовместимых с жизнью при

употреблении небольшого количества алкоголя. Недопустимо назначение сенсibiliзирующих средств без опосредующей их действие суггестивной ПТ, основное значение которой не столько в усилении свойств процедуры, сколько в передаче основного содержания ее, в психологической сенсibiliзации.

Для усиления психотерапевтического опосредования больному может проводиться т. н. провокация. После получения небольшой дозы тетурама у больного вызывается тетурам-алкогольная (ТАР) реакция путем принятия небольшой дозы алкоголя. Провокация проводится в условиях палаты реанимации или интенсивной терапии при наличии реанимационных средств (бемегрид, кордиамин, преднизолон).

Процедура провокации не может проводиться при имплантации препарата эспераль, так же как и при использовании тетурама per os. В таком случае она состоит во введении средств, принятых в аверзивной терапии (апоморфин и другие рвотные средства и вегетотропные средства). Вегетотропный эффект используемых средств призван обозначать возможные проявления ТАР и служит своеобразным психотерапевтическим якорем. Либо пациенту демонстрируется видеофильм подобной процедуры у другого больного. Пациенту дается памятка о факте проведения процедуры для постоянно ношения с собой.

К воздействиям, **устраняющим** психопатологические расстройства, в том числе патологическое влечение к алкоголю, относятся нейролептики, транквилизаторы, процедура

плазмафереза и другие высокотехнологичные процедуры. Купирование ПВА с помощью нейролептиков и транквилизаторов часто бывает недостаточно эффективно, поскольку осуществляется через неспецифические механизмы седации. Внушение становится в таком случае обязательным дополнительным условием успешности его купирования.

Большой степенью опосредованности отличается **плацебо-терапия** или суггестия с внушением больному особого лечебного действия манипуляций индифферентного содержания, которым приписываются качества, свойственные другим препаратам или процедурам. Замещение возможно благодаря внешнему сходству и трудности немедленной проверки лечебного эффекта от приема лекарства или получения процедуры.

В частности это относится к плацебо процедуре имплантации препарата эспераль. Возможны случаи, когда при наличии противопоказаний к введению эсперали имеется желание и вера самого больного в эффективность процедуры. Кроме выраженной терапевтической установки больной не имеет других показаний для процедуры, и это требует поиска путей преодоления возможных осложнений. В таком случае плацебо процедура состоит во введении под кожу нейтрального лекарства и заверении больного, что введен натуральный препарат эсперали.

Либо больному вводят внутривенно препарат, якобы обладающий сенсibiliзирующим к алкоголю действием, т. е. создающий несовместимость с алкоголем. Больному внушается,

что "возможные последствия нарушения трезвости такие же, как и при проведении процедуры эспераль ввиду их полной химической идентичности. Процедура в отличие от эсперали подразумевает введение жидкого препарата в венозное русло, где циркулирует в длительное время. Отсюда его действие более короткое. По истечении этого времени препарат выводится из организма и прекращает свое действие."

Процедура предусматривает внутривенное введение смеси препаратов, обладающих отчетливым вегетотропным действием, возникающим "на кончике иглы". Последнее обстоятельство используется в психотерапевтических целях. Больному внушают, что возникающий после введения эффект является свидетельством того, что "препарат проявил свое действие, частично похожее на то, что он проявит при нарушении трезвости". Психотерапевтически процедура оформлена также как и введение эспераль (опосредующая суггестия, процедура провокации, памятка и т. д.

О **платцебо** самого **внушения** можно говорить, когда психотерапевтической манипуляции присваиваются свойства иных психотерапевтических манипуляций (либо реально не существующие свойства препаратов и процедур). Процедуре приписываются лечебные свойства, реально не встречающиеся ни у одного препарата или манипуляции. При том, что препараты и процедуры не обладают декларируемым действием, оно достигается механизмами внушения. При высоких уровнях

опосредования возрастает значение той части процедур, которая связана с нанесением психотерапевтических якорей или стигм.

Часто к этому уровню опосредования ПТ относится т. н. **кодирование**. История понятия "кодирование" является длительной. Сначала под этим понимали появление признаков гипнотического транса [Консторум С. И., 1962]. Затем понятие связано с применением в области ПТ кодированной лечебной информации с обозначением одним словом различных симптомов или внушений по предварительной договоренности с больными. Слово или цифра выступали как ключ или код во время проведения лечебного внушения в группе [Гасуль Я. Р., 1985]. Либо слово или образ, предназначенные для внушения, записывались на 25 кадр, демонстрируемых больным видеосюжетов.

В настоящее время под "кодированием" понимают самые различные методы антиалкогольного внушения с использованием традиционных форм суггестии и тактильного раздражения для "якорения" внушений. Как показывает практика созданию сенсорных **якорей** придается большое внимание при лечении наркологических больных. Эта часть процедуры заключается в сенсорном воздействии в момент проведения суггестии для воспроизведения при появлении внушаемых признаков. Можно сказать, что в современном звучании кодирование подразумевает введение "кода" якорением или якорение является синонимом кодирования.

Чаще кодированием называют метод антиалкогольного лечения, при котором антиалкогольные внушения наяву сопровождаются болевым надавливанием на надбровные дуги в месте выхода верхней ветви тройничного нерва и впрыскиванием хлорэтила в ротовую полость [Довженко А. Р., 1984, 1988, 1989, 1991, 1992; Энтин Г. М., 1991]. При этом струя хлорэтила направляется на корень языка [Довженко А. Р., 1984].

Используется сочетанное использование апоморфина и тетурама, суггестии и различных медикаментозных средств с выраженным вегетотропным действием для создания сенсорных якорей. Например, рекомендуется предварительно ополаскивать полость рта 1% раствором хлористо-водородного апоморфина в течение 3-5 секунд, затем после создания отрицательного условного рефлекса на алкоголь воздействуют на биологически активные точки наружного уха, точки Валле, постоянным током 50 мкА с частотой 10 гц в течение 1-2 с, вдыхаются пары хлорэтила в течение 3 секунд [Яворский В. А., Гарницкий Н. П., 1993]. Вместо хлорэтила применяется лидокаин или холодная вода. С теми же целями используется побочное действие нейрорептиков в индивидуальной эмоционально-стрессовой ПТ алкоголизма [Черлянцев В. А., 1995].

Сам факт имплантации инородного тела в подкожножировую клетчатку при соответствующем словесном опосредовании имеет психотерапевтическое значение. Имплантация проводится не только в поясничной области, но и

других частях тела, например, под кожу головы подшивается металлический шарик [Гиндин, 2000].

Эти действия предназначены для создания психотерапевтических якорей или стигм проводимым антиалкогольным внушениям. При этом следует учитывать предпочтительную модальность восприятия пациента, т. е. предпочтение в выборе органов чувств при восприятии окружающего. Аудиалист нуждается в создании словесных и звуковых якорей, визуалист - зрительных, кинестетик и соматоформист - телесноориентированного подкрепления суггестии. Понятно, что методики имплантации наиболее эффективны у больных-кинестетиков.

Из выше сказанного видно, что наблюдается тенденция использования субъективно неприятного и как можно более интенсивного воздействия вплоть до болевых ощущений при внушении по Довженко и наплыва устрашающих галлюцинаций и витального страха при процедуре АКАТ [Крупницкий Е. М., Гриненко А. Я., 1995, 1996]. Повышение интенсивности воздействия при создании психотерапевтического якоря при определенном уровне меняет терапевтическое значение воздействия. Воздействие теряет значение якоря и приобретает свойства болевого или иного тягостного ощущения, а сама процедура превращается в аверзивную. По-видимому, стойкость якоря зависит не от интенсивности воздействия как таковой, а от ее адекватности особенностям характера и от субъективной адекватности используемой модальности воздействия.

Любое **аппаратное**, физиотерапевтическое воздействие на наркологических больных имеет или должно иметь суггестивный компонент опосредующего действия. Например это относится к **электротранквилизации** с помощью аппарата Лэнар и суггестии на фоне его действия [Даренский И. Д., 1997]. Суггестия состоит из трех частей. Сначала проводится описание содержания процедуры. Затем выполняется предварительная подготовка по повышению внушаемости и восприимчивости к аппарату и, наконец, осуществляется собственно антиалкогольная суггестия.

Для строгой стандартизации внушения при научных исследованиях и квантификации в практической работе можно использовать магнитофонную запись суггестии. Однако магнитофонные аудио- и видеозаписи обладают значительно меньшим эффектом при проведении суггестивной ПТ ввиду потери обратной связи с пациентом.

Изменение **сознания** наркологических пациентов при проведении суггестивной ПТ само по себе часто используется как факт и событие внушения, подтверждающего или усиливающего реальность терапевтического воздействия, например, психофармакотерапия, гипнотерапия, наркоз и т. д. Пребывание в состоянии измененного сознания позволяет более эффективно уверить больного, что ему внушено что-то, ускользнувшее от его сознания, но обретшее значение для дальнейшей трезвеннической жизни даже помимо его воли.

Наконец, при самом отвлеченном опосредовании суггестивной ПТ акцент делается на правдоподобном

объяснении механизма действия процедуры без уточнения метода воздействия и конечного эффекта. Подобные механизмы внушения используются обычно в нетрадиционной или альтернативной медицине, различных религиях и системах учения восточной медицины, а также так называемой экстрасенсорике.

Грозящие безопасности события, механизм устранения которых не ясен пациенту, ярким примером чего является наркологическое заболевание, как правило, подвергаются **мифологизации**. Наиболее частым вариантом является персонификация событий или механизмов, как болезнетворных, так и защитных. Ясно, что чем более могущественна сила и катастрофичнее последствия ее действия, тем легче происходит персонификация этих сил субъектом. Персонификация позволяет наделить эти силы знакомыми субъекту качествами и объяснять ими действие силы. Боготворчество является частным вариантом такой персонификации, а наркологическая болезнь - конкретным приложением этого явления. Оздоровительным механизмам придаются свойства сверхъестественных сил, а их олицетворение придает им взамен неясных и пугающих иные, в данном случае человеческие личностные свойства.

Создание веры в бога или иные сверхъестественные силы обладает отчетливым санирующим значением. Ярким примером является использование данного механизма суггестии в Оксфордской и Миннесотской программе при лечении наркологических больных, в которых идеология 12 шагов

содержит требование приобщиться к вере в существование сверхъестественных целебных внешних сил. Безусловно, это основополагающий, но не единственный психодинамический механизм, используемый в указанных программах. Обращение к сверхъестественным силам - еще не самая крайняя степень абстрагирования от реалий жизни и действительности. Еще большая степень абстрагирования присутствует в психотерапевтическом поиске и указании смысла жизни, например, логотерапии, терапии смыслом жизни [Франкл В., 1990].

Существующие методы поведенческой (аверзивной), сенсibiliзирующей и суггестивной ПТ наркологических больных подвергаются всевозможной модификации и **комбинации**. Модификация и комбинации призваны повысить эффективность ПТ.

Можно указать определенные **условия и механизмы** эффективной суггестии. Независимо от степени опосредования главным является вопрос о причинах действия суггестии и причинах различного уровня внушаемости. Безусловно, с внушаемостью сопряжены определенные качества личности, **индивидуальные свойства пациента**.

К настоящему времени сложилось представление о свойствах пациента, сопряженные с внушаемостью.

С высокой внушаемостью сопряжены такие индивидуально-**биологические** свойства или типы высшей

нервной деятельности, как преобладание первой сигнальной системы, правого полушария, подвижности-ригидности (истероидность-эпилептоидность, психастения), психическая неуравновешанность-нейротизм, психопатические, психопатоподобные черты (чаще истерического круга), астенизированность и, наконец, психические заболевания, вызывающие выше перечисленные особенности.

Из индивидуально-психологических свойств называют низкий интеллект, неосведомленность в действии медикаментов, отсутствие в прошлом антиалкогольного лечения с использованием плацебо эффекта, определенная система отношений личности, воспитание с верой в потусторонние силы и экстрасенсорику [Легчаев В., 1992].

Наконец, к **социально-психологическим** относят наркологически ориентированную референтную группу. Причем, социальная позитивность-негативность второстепенны в сравнении с влиянием воспитания и референтной группы, личности психотерапевта, авторитета проводящего суггестию.

Вполне естественно эксплуатировать имеющуюся внушаемость в лечебных целях. С практической точки зрения этот вопрос состоит в том, как **отбирать пациентов** для суггестивной терапии. Условно можно представить континуум контингента больных, чувствительных, восприимчивых к внушениям различной степени опосредования. Это позволяет выстроить ряд больных в соответствии с внушаемостью от непосредственной к опосредованной суггестии и степеням ее

опосредованности. Количество групп больных соответствует числу выделенных методов суггестивной ПТ.

К критериям оценки внушаемости и прямолинейно связанной с ней гипнабельностью относятся: выяснение самооценки, самоотчета у больных и их родственников, успешность овладения аутогенной тренировкой, проведение гипнопроб, сведения о плацебо-реактивности [Гриненко А. Я., 1991, 1993] и подчиняемости, управляемости, конформности. Косвенными признаками внушаемости являются значительно коррелирующие с ними тип характерологического радикала, отдельные виды психопатологии (например, низкий интеллект, постпроцессуальные расстройства личности), чувствительность к седативным психотропным средствам и чувствительность к электротранквилизации [Даренский И. Д., 1997]. В частности лица с эпилептоидными чертами характера и стеническими чертами в широком смысле мало внушаемы и менее чувствительны к психотропным средствам. Лица с астеническими и истерическими чертами высоко внушаемы и чувствительны к седативным средствам.

С другой стороны с **внушаемостью связаны внешние условия**. Сама ситуация психотерапевтического воздействия, когда больной ожидает терапевтического внедрения и внушения повышает эффект суггестии. Весь процесс является договоренностью с психотерапевтом о том, что один будет внушать, а другой внимать этим внушениям. Повышение внушаемости требует изменение перцепции в нужную сторону и

перевод собеседника в нужное эмоциональное состояние путем создания заданного эмоционального фона, атмосферы. Например, патетические, восторженные ноты используются для формирования эмоциональной приподнятости. Состояние скорби достигается путем использования трагического голоса. В состоянии крайней выраженности эмоций легко внушить даже нелогичные и априорно спорные положения.

Широко применяются такие технические приемы повышения внушаемости как повтор, под-, надпороговое по отношению к органам чувств воздействие, зашумленность внушаемой информации (25 кадр, сокрытие внушаемых формулировок за обилием слов по правилам составления текстов). В аутогенной тренировке используется соответствие целей вызываемых ощущений их физиологическому эквиваленту (ощущение тяжести эквивалентно расслаблению и ощущение тепла - приливу крови к участку тела). Правильность содержания суггестии доказывается сопряжением внушения с чем-то бесспорным в глазах пациента, например при плацебо-терапии упоминают неоспоримо действующий препарат. В суггестологии находят широкое применение такие приемы НЛП, как присоединение по дыханию и позе, соответствие формул внушения тезаурусу пациента, использование субъективно адекватных сенсорных модальностей. Имеет значение правильная организация текста в антиалкогольных формулах внушения [Каструбин Э. М., 1999].

Внушаемость значительно повышается также при **изменении сознания** пациента, что является аксиомой для врача-практика [Смирнов И., 1995]. Поэтому при проведении суггестивной ПТ, прежде всего, возникает вопрос, как изменить сознание пациента, чтобы повысить его внушаемость. Существует круг средств изменения сознания пациентов с целью повышения внушаемости при проведении суггестивной ПТ.

К изменениям состояния сознания, вызываемым в медицинских целях, относятся релаксация, транс, гипноз, сомноленция, сон, наркотическое опьянение (см. описание), наркоз [Годфруа Ж., 1992]. **Способы** изменения сознания разнообразны, но имеют узкий круг реакций мозга в виде изменения, в основном сужения сознания. Рассмотрим эти средства по выраженности действия, начиная с самых сильных к менее сильным.

Классификация методических средств изменения сознания

в медицинских целях

Надпороговое воздействие на сенсорные системы.

Психофармакологическое воздействие на метаболизм нейромедиаторов.

Технические приемы воздействия на восприятие через рецепторы.

Эйдетическое, воздействие на самовосприятие.

Ситуативные воздействие через социальные и биологические послылки (эмоциональная депривация, феномен двойных эмоций и напряжение основных инстинктов).

Организационные формы суггестии, комбинирующие указанные выше.

Надпороговое воздействие на сенсорные системы достигается звуковым сверхсенсорным воздействием путем подбора несинхронной музыки из четырех-пяти источников, образующих пульсирующий звук. В качестве фоновых звуков используются речь на разных языках, классическая музыка, электронная музыка и несинхронизированные механические звуки настройки. Сознание изменяется через тридцать-шестьдесят минут [Самохвалов В., 1998]. Модель сверхсенсорного воздействия сходна с сенсорной депривацией. Вероятно, сенсорная недостаточность, как и чрезмерная стимуляция, приводят к одинаковым процессам защиты мозга.

Сверхсенсорное воздействие достигается также созданием затруднения дыхания и гипоксией мозга с помощью введения миорелаксантов в терапевтической дозе больному внутривенно капельно [Даренский И. Д., Ястребов М. А., 2001] или использования дыхательного мешка [Дудко Т. Н. и др., 1999]. Нейрохирургическая операция с криодеструкцией зон головного мозга, используемая при лечении больных наркоманией [Луцик А. А., 1999], содержит компонент сверхсенсорного воздействия.

Сужение сознания достигается путем изменения метаболизма нейромедиаторов при использовании **фармакологических** средств. Использование наркотиков (опий, героин, анаша и др.), в том числе барбитуратов, рекомендованных ранее для наркопсихотерапии [Телешевская М.

Э., 1985] и амитал-кофеинового растормаживания или ЛСД , применявшееся при ребесинге [Гроф С., 1993], псилоцибин, имевший применение в языческой медицине, запрещено в современной психотерапевтической практике. Однако это не является причиной отказа от самой идеи сужения сознания с помощью седативных и наркотических средств, например, проведения фармакологического гипноза [Кандыба Д. В., 2000].

Начальные этапы введения пациента в наркоз являются временем резкого повышения внушаемости. Например, нейрохирургическая операция с криодеструкцией зон головного мозга, безусловно, содержит такой компонент в качестве второстепенного. Психоделическая процедура АКАТ или аффективная контратрибуция всецело построена на этом. Внутривенно вводится кетамин (калипсол), используемый для неингаляционного наркоза. Наркоз имеет 2 фазы - эректильную и торпидную. Общий наркоз в эректильную фазу часто дает хаотическое двигательное возбуждение в связи с появлением устрашающих зрительных галлюцинации и образов и тягостных переживаний, неприятных эмоциональных состояний, тревоги или витальных страхов, возбуждение, как отражение прежних переживаний [Гиляровский В. А., 1949]. Терапевт использует эректильную фазу для проведения антиалкогольных внушений с целью связать в сознании пациента свойственные эректильной фазе наркоза негативные переживания с атрибутами употребления алкоголя. Другими словами он создает в памяти пациента негативное оформление алкогольных атрибутов или

производит контратрибуцию - присвоение всему, что связано с алкоголем, отрицательного эмоционального компонента [Крупницкий Е. М., Гриненко А. Я., 1995, 1996].

Широко используется информационное воздействие (ИВ) или **технические приемы** воздействия на восприятие через рецепторы для достижения состояния измененного сознания. Приемы воздействия на восприятие являются **информационно-позитивными** с анабиотическим эффектом и различной модальностью воздействия - световая, звуковая (музыкальные шумы, психотерапевтическая музыка), тактильная (телесно-ориентированная терапия), болевая, электроимпульсная. Либо воздействие **информационно-депривационное** с сенсорной депривацией, изоляцией, анестезией с помощью хлорэтила или лидокаина.

Информационное воздействие на информационный буфер сенсорных систем наиболее широко используется в практической ПТ. Неспецифическая информационная перегрузка информационного буфера достигается использованием частотных неравномерных стимулов. Механизм состоит в информационно-частотном "вымывании" нейромедиаторов в корковом отделе сенсорного анализатора с последующим истощением и торможением нервной системы. При этом принципиально не важно, на какой из 5 органов чувств (обоняние, вкус, осязание (тактильная, поверхностная, глубокая, болевая), зрение, слух) оказывается воздействие. Прослеживается

определенное влияние неосознанных ритмических стимулов на когнитивную деятельность [Салтыков А. Б. и др., 1993].

Например, для воздействия на **зрение** используется блестящий шарик, пластина, мелькание света. Для **слухового** анализатора предназначены звуки слышимой части спектра. Частота слышимых для человека звуков находится в диапазоне от 16 до 20000 герц. Это оптимальные параметры для звукового воздействия на органы чувств человека. Наиболее информативна для органа слуха частота звуков человеческой речи, особенно гласных звуков: 1-2 тысячи герц [Хомская Е. Д., 1987]. В этом диапазоне находятся звуки с наибольшим биологическим и информационным воздействием на рецепторы человека. Человеческая речь обладает сильным воздействием на человека. Существует магия длительной и монотонной речи в гипнотизировании слушателя. На гипнозе длительной, на первый взгляд сумбурной и монотонной речи основаны успешные терапевтические внушения.

Существует область психологии, изучающая **индивидуальную чувствительность** к ритмическим воздействиям. Люди неодинаково хорошо воспринимают весь частотный спектр. В указанном диапазоне каждый человек имеет свою нишу и больше восприимчив к ритмическому воздействию определенной частоты. Речь идет не только о звуковом воздействии, но и ритмическом воздействии на иные органы чувств. Существуют методики определения наиболее усвояемого человеком ритма [Лурия А. Р., 1973]. В том числе можно указать

на специальные компьютеризированные аппаратные средства и компьютерные программы для изучения индивидуального ритмического спектра методом тестирования [Даренский И. Д., 1997]. Изучение электрокардиограммы также позволяет получить эти данные [Баевский Р. М., 1979]. В звуковом и, в частности, музыкальном воздействии имеет значение **частота воздействия**. Можно влиять на настроение человека, изменяя частоту используемых звуков. Например, известно, что чем ниже частота звуков, в том числе и музыкальных, тем больше они способны вызвать меланхолическое настроение и даже тревогу и страх при воздействии инфразвуками.

Воздействие на отдельные органы чувств, а чаще одновременно на несколько используется в аутогенной тренировке, ортодоксальном гипнозе и гипнозе по Эриксону.

Изменение сознания наступает и при частотном воздействии с частотой 1-2 тыс. герц **импульсными токами** на головной мозг с помощью наложения электродов аппарата Лэнар на кожу головы (технология Цэлнейр) [Каструбин Э. М., 1999], а также действия импульсными лучами с помощью **лазера**.

Телесно-ориентированная ПТ основана на сенсорных воздействиях и представлениях. К ней относится аутогенная тренировка, изобретенная немецким врачом Шульцем [Лобзин В. С., Решетников М. М., 1986], соединившим воедино прямое внушение по Куэ [Куэ Э., 1996] и систему йогов [Васильев Т. Э., 1990]. При проведении аутогенной тренировки не нужно использовать звуковые средства и особые вкрадчивые интонации,

специальные условия проведения, помещения со звукоизолирующими стенами. Акцент делается на эйдетических представлениях в области самоощущений.

Одной из разновидностей телесно ориентированной ПТ являются представления В. Райха, изучавшего контактный метод работы с пациентом для воздействия на психическое состояние. Телесные зажимы или "телесный панцирь" являются внешним проявлением психического напряжения [Reich W., 1949]. Сняв мышечное напряжение, врач, соответственно, устраняет и психическое, вводя пациента в состояние релаксации и транса.

Широко используется **сенсорная** депривация, уменьшение, ограничение или исключение поступления к органам чувств внешних раздражителей, создание дефицита сенсорных раздражителей. Устранение зрительных раздражителей достигается закрыванием глаз, изоляция от звуковых раздражителей - закрыванием ушей или помещением в звукоизолирующую комнату. Уменьшение поступления тактильных раздражителей осуществляется путем придания неподвижной позы или помещением в теплую ванну. Возможно сочетанное использование депривации во всех указанных органах чувств - помещением в ванну с солевым раствором в темной комнате со звукоизолирующими стенами [Варшавский К. М., 1973].

Эйдетическое, воздействие на самовосприятие позволяет трансформировать сознание пациента.

Варианты эйдетического воздействия на самовосприятие
по степени изменения сознания.

Аутосуггестия.
Медитация.
Аутогенная тренировка.
Управляющий медитативный аутотренинг.
Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции)[Натаров Р. И.].
Гетеросуггестия.
Нейролингвистическое программирование.
Эриксоновский гипноз [М. Эриксон, 1992].
Метод Алиева.
Ортодоксальный гипноз.

Варианты **гипнотерапии** расположены по степени уменьшения использования вспомогательных приемов. Эриксоновский гипноз раскрывает методики введения в транс с использованием активного участия самого пациента в гипнозе, тезауруса пациента, техник присоединения терапевта к пациенту и обратной связи, самоотчета больного. Другими авторами также предлагаются приемы, облегчающие проведение гипнотерапии, исходя из того, что, чем на менее осознаваемом уровне опосредуется внушение, тем большее суггестивное действие оно оказывает. Усовершенствование способа гипнотизации предлагается опосредованным воздействием на дыхательные циклы или ритмы [Reich W., 1949; Кириченко А. А., Ладик Б. Б. и др., 1980; Ладик Б. Б. и др., 1983]. Разработана

психотерапевтическая формула гипнотического сна, в построении которой кроме семантического учитывались фонематический, интонационно-тембровый и стилистический компоненты речи [Ладик Б. Б. и др., 1986]

Примером антиалкогольной терапии в гипнозе является коллективная эмоционально-стрессовая методика гипнотерапии алкоголизма [Рожнов В. Е., 1975, 1985]. Введение в транс достигается традиционным способом, после чего проводятся антиалкогольные внушения. Внушения касаются всех негативных сторон злоупотребления алкоголем, а также позитивного содержания трезвой жизни. Завершается сеанс формированием рвотного рефлекса на вкус и запах спирта-ректификата с расширительным внушением отвращения к любым алкогольным напиткам. Непрерывный курс из 10 сеансов подкрепляется в дальнейшем повторными сеансами ежемесячно в течение года. Модифицированная методика проведения коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом подразумевает орошение глотки 96% спиртом в гипнозе [Кириченко А. А. и др., 1983].

Сущность другого варианта методики гипноза для проведения опосредованной суггестивной терапии наркологических больных состоит в замене внушения ощущений, соответствующих погружению в сон, императивными указаниями психотерапевта, а также сочетании внушения запретительных формулировок и направленных на закрепление у пациента стойких опасений за здоровье в случае нарушения

воздержания. Введение в гипнотический транс по данной методике предлагается применять вместе с другими вариантами опосредованной ПТ [Энтин Г. М., 1998].

К **ситуативным** приемам воздействия на восприятие через социальные и биологические посылки относится ситуация ожидания сеанса и попадание в обстановку гипнотерапии. К ним относится и **эмоциональная депривация**, которая является эффективным средством изменения сознания с изменением субъективной оценки одних и тех же окружающих явлений, влиянием измененного настроения на адекватность оценки пациент-актуальной ситуации (депрессия, мания, страх, тревога) и повышения внушаемости. Однако способы и технологии изменения эмоционального состояния весьма уязвимы деонтологически.

Известен феномен существования **двойных эмоций** у одного и того же человека одновременно. Прежде всего, описано болезненное состояние наличия двух противоположно-направленных эмоций сразу - амбивалентность. Однако при введении в это состояние искусственно внушаемость повышается [Выготский Л. С., 1960].

Внушаемость повышается при напряжении **инстинктов** самосохранения, пищевого, родительского, полового. Существует психологический барьер, когда незнакомые люди держатся друг от друга на расстоянии, которое психологически обусловлено. При резком сокращении этого психологического барьера вплоть до касания изменяется сознание человека. Нарушение

"безопасного пространства", преодоление психологического барьера вызывает транс. По-видимому, этот феномен связан с инстинктом самосохранения, когда человек определяет безопасное расстояние с окружающими и при его сокращении непроизвольно испытывает тревогу по поводу своей безопасности. При напряжении инстинкта самосохранения, другими словами при создании опасности, резко повышается внушаемость испытуемого. Например, этим можно объяснить феномен сплоченности заложников и террористов, некоторого сочувствия заложников действиям террористов.

Внушаемость пациентов повышает актуализация **сексуального** инстинкта. Известна большая симпатия и расположение к специалистам противоположного пола - для женщин более желательны врачи-мужчины. Эксплуатация инстинктов не только повышает эффективность воздействия, но и привлекает больных на сами сеансы. Больные с большей охотой идут на сеансы медитации, которые проводит милостивый доктор-женщина, чем на сеансы мужчины-терапевта с обязательным обсуждением собственной болезни. Существует мнение об обязательном присутствии лиц противоположного пола в однородной психотерапевтической группе в качестве "катализатора терапевтического процесса" [Kratochvil S., 1978].

Организационные формы суггестии предусматривают комбинирование указанных выше. **Сочетанное** использование перечисленных средств воздействия на органы чувств человека рекомендуется для более успешного достижения состояния

измененного сознания. Электротранквилизация в сочетании с фармакологическими седативными средствами, воздействием на инстинкты, использованием музыкальных шумов, аутогенной тренировки переходящей в гипноз по Эриксону позволяют достигать нужного изменения сознания, и усиливает конечный результат. К организационным формам суггестии относится, прежде всего, гипнотерапия во всех ее вариантах.

В медицинских целях важно использование также состояния сознания измененного спонтанно или вследствие побочного действия процедур, в частности, к этому разделу относится медикаментозная психотропная фармакотерапия, использование нейролептиков в индивидуальной эмоционально-стрессовой ПТ [Черлянцев В. А., 1995].

Изменения сознания при суггестивной ПТ требует значительных специальных условий и усилий. Но в некоторые клинические фазы течения наркологических заболеваний сознание является измененным без усилий со стороны терапевта по механизмам патологического фазного состояния. Не проводя прямой параллели между искусственно вызываемыми состояниями измененного сознания и патологически, болезненно измененным, можно предположить практическую значимость последнего. Патологически измененное состояние сознания может быть использовано и используется на практике при проведении суггестивной антиалкогольной ПТ для повышения ее эффективности. Учитывая это, рекомендуется приурочить суггестивную антиалкогольную ПТ к клиническим фазам,

характеризующимся патологически измененным состоянием сознания. Использование патологических изменений сознания позволяет отказаться от проведения процедур по его изменению или, по крайней мере, делать это с меньшими усилиями.

В практике суггестивной ПТ используются такие патологически измененные состояния сознания, как сомноленция при использовании транквилизаторов и электротранквилизации, медикаментозный сон, преднаркоз, сужение сознания при асфиксии, вызванной использованием миорелаксантов. Известно повышение внушаемости в состоянии астенизации и измененного аффекта - депрессии и гипомании.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, характерологические закономерности лежат в основе психодинамического подхода. Клиническая оценка черт характера больных алкоголизмом и их значение в приобщении к алкоголю имеют большое значение для нужд ПТ в наркологии.

В основной массе наркологические больные однородны клинико-нозологически: не имеют сопутствующих заболеваний, психопатологических расстройств и социально-трудовой дезадаптации. Наряду с патологическими у больных остаются и психологические мотивы потребления. Они принимаются во внимание при успешном медикаментозном купировании патологических мотивов потребления. Дифференциация больных в этих случаях происходит не только клинико-нозологическая, психопатологическая или по социальным признакам. Возрастает

значение психологических, индивидуально-личностных особенностей больных. Для нужд терапевтической практики **используется двойной диагноз** - указание наркологического и типа характера. Терапевтический подход осуществляется с учетом обоих диагнозов, причем, большее внимание уделяется последнему - типу характера.

Нельзя указать единый **преморбидный тип характера** у наркологических больных. Наркологическое заболевание может развиваться при любом типе характера. Например, алкоголизм чаще развивается при таких типах характера как эксплозивные, истерические и астенические, неустойчивые [Иванец Н. Н., 1987]. Но диагностическое значение конституциональных психических особенностей больных алкоголизмом ограничивается способностью типа характера определять клинические особенности алкоголизма [Иванец Н. Н., 1988], а также стиль психотерапевтической работы [Николаенко В. Н., 1989]. Характерологические особенности больных алкоголизмом расширяют дифференцирующие возможности при выборе психотерапевтического подхода.

Характер определяет реакцию человека на внешние стимулы и является описанием поведения в социальной ситуации, характеристикой нервной системы через социально-психологические категории. Человек, систематически **употребляющий ПАВ**, тем более злоупотребляющий ими, принимает их с **целью компенсации** черт характера и не может

обходиться без ПАВ в силу особенностей своей нервной системы.

Личностные особенности больных приобретают решающее значение при формировании терапевтических задач, прежде всего выборе психотерапевтического подхода и, соответственно, вариантов психотерапевтической компенсации характерологических механизмов мотивов потребления ПАВ. Не сам по себе характер, а сочетание его с актуальной ситуацией или мотив - является мишенью ПТ.

При каждом типе существуют свои **механизмы приобщения к систематическому употреблению ПАВ**, когда человек пытается компенсировать недостатки своего характера с помощью их употребления. Личностные механизмы мотивов потребления алкоголя являются формами поведения, соответствующими основным чертам характера. При лишении ПАВ во время наркологического лечения больной остается незащищенным один на один с недостатками своего характера. Наступает декомпенсация черт характера и вслед за этим и социально-психологическая декомпенсация. Даже при разрешенности психологических конфликтов остается нерешенной терапевтическая задача научить больного навыкам трезвой жизни, жить трезвой жизнью и решать свои проблемы без алкоголя. Больной в совершенстве владеет аддиктивными формами поведения, но не имеет трезвеннических.

Очевидно, что **характер пациента не поддается изменению**, как и свойства нервной системы. Задача ПТ состоит

не в нахождении способов изменения свойств нервной системы. Изменение свойств нервной системы должно вести, в конце концов, к нивелированию индивидуальности, к стремлению сделать всех людей одинаковыми. Это не приемлемо для стратегии ПТ современного общества. Общество заинтересовано в богатстве и разнообразии индивидуальностей у социально ценных личностей, в расцвете индивидуальностей, а не в нивелировании их.

Поэтому обязательно **выявление ведущего механизма**, тенденции характера, сыгравших роль в приобщении к ПАВ. Задача врача состоит в нахождении наилучших для каждого типа нервной системы путей и методов воспитания, организации труда и жизни, компенсации характера за счет других свойств нервной системы и поведения [Теплов Б. М., 1982].

Трудность и неприемлемость изменения индивидуальных форм реагирования делает формирование механизмов психологической компенсации черт характера, являющихся основой мотивов потребления ПАВ, главным психотерапевтическим подходом к больным алкоголизмом. **Терапевтические усилия** направляются на клинико-психологическую **компенсацию характера** для устранения характеро- и личностно зависимых мотивов потребления ПАВ. Психологическая компенсация черт характера имеет saniрующее значение в отношении аддиктивных форм поведения. Мероприятия по их компенсации включают использование педагогических, психотерапевтических и социотерапевтических

приемов для реабилитации больного. Психотерапевт вооружает пациента средством компенсации в виде особой организации стиля жизнедеятельности. На первых этапах лечения врач компенсирует собственным участием в планировании и организации жизнедеятельности. Компенсация касается основных тенденций характера.

У больных с агрессивностью, эксплозивными чертами, а также активностью, спонтанностью, неконформностью с импульсивным, экспансивным, поведенческим вариантом дезадаптации мотив потребления алкоголя чаще состоит в реализации не востребованной психической энергии в виде "залповых" выбросов. Компенсация достигается путем отреагирования эмоций в психотерапевтической ситуации с использованием методик, снижающих не степень, а внешние проявления эмоциональных реакций (гипнотическое состояние, гештальттерапия, наркопсихотерапия).

При эмотивности, оптимистичности с истероидным, экзальтированным вариантом дезадаптации, экстравертированностью, активностью с гипертимным вариантом дезадаптации мотив потребления основан на конформных наклонностях поддержания алкогольных традиций референтной группы, а также стремлении усилить демонстративные проявления своего характера опьянением. Компенсация наблюдается при долговременной регламентированности жизни и каждодневном поведении с составлением плана, созданием референтного круга в самой психотерапевтической группе, где

больной реализует свои эгоцентрические и нарцисстические наклонности.

Интровертированность, пессимистичность, сензитивность при депрессивном варианте дезадаптации обуславливает употребление алкоголя в качестве химиопротектора для смягчения психической интолерантности. Ощущение защищенности возникает у больных при долговременном сотрудничестве с психотерапевтом и частыми его посещениями, обучении навыкам саморегуляции с формированием конструктивных психологических защитных механизмов.

При астенических чертах характера наблюдается дефицит энергетического компонента и больной пытается преодолеть это с помощью употребления алкоголя. Это удается сделать на период опьянения и больной успешнее противостоит внешним воздействиям. Терапия не может предусматривать буквальное замещение алкоголя, но формируется стиль поведения, при котором больной сможет выполнять социальную роль при имеющемся психическом энергетическом потенциале. Например, компенсация недостатка энергетической составляющей нервной системы с помощью особой организации труда [Теплов Б. М., 1982]. Астеник нуждается в получении от врача прямой поддержки.

В приобщении к ПАВ психастеника играют роль такие черты характера как тревожность и мнительность. Для реадаптации больного и компенсации черт характера проводится снятие сверх контроля и автоматизация поведения. Поощрение и

меры, направленные на повышение самооценки индивида - лучший способ интенсификации их деятельности со стороны руководства и воспитателей, а также при разработке психотерапевтического подхода в случае дезадаптации [Собчик Л. Н., 2000].

Во время работы по формированию механизмов компенсации психотерапевт **учитывает** существующую закономерность **соответствия** образа алкогольного поведения и **образа трезвого поведения** особенностям черт характера и особенностям личности. Каждому характерологическому и личностному типу соответствует свой вариант образа как алкогольного, так и трезвого поведения. Не только выбор метода ПТ, но и образа трезвого поведения зависит от особенностей характера и личности. Другими словами после отнятия ПАВ для поддержания трезвости больному предлагается стиль поведения, подразумевающий трезвость и исключаящий возможность употребления ПАВ как неприемлемую. Неудачи стратегии наркологического лечения кроются в попытке найти универсальные мотивы трезвости и личностные механизмы перехода к трезвой жизни. Для наркологического больного приемлем не всякий мотив трезвости и не все стили трезвого поведения. Они также должны соответствовать личностным ресурсам больного и подходить "как ключ к замку".

Психодинамическая ПТ основана на анализе психических травм, полученных в раннем детстве, и закономерностях

психологической трансформации этих переживаний в аддиктивное поведение. Ортодоксальный психоанализ обращается к ранней сексуальности и ее значения в формировании особенностей личности [Фрейд З., 1989]. Этот аспект ПТ рассматривается в последующей главе.

ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ.

Психосоциальные, общементальные закономерности приняты в рациональной дискуссионной групповой ПТ наркологических больных. На практике основное место занимает **рациональная** психотерапия (РП), которая призвана разъяснить пациенту рациональным образом все понятия и представления о наркологических болезнях.

РП по содержанию и существу может принимать разные организационные формы. Она проводится в форме индивидуальной работы с пациентами и групповой. Индивидуальная работа менее экономична и эффективна в сравнении с групповой, но эти две формы вполне сочетаемы. РП можно называть дискуссионной, поскольку групповые занятия не включают лекций и монологов, а приобретают черты дискуссии.

Существуют правила **составления** психотерапевтических **групп** больных. Перед началом ПТ 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 наркоманической зависимости, степень злоупотребления алкоголем, дифференциальная диагностика, стадия заболевания, полученное ранее лечение); 3 - патопсихологическое исследование с целью выявления особенностей характера и интеллектуально-мнестических функций.

Выделяются **критерии отбора больных** на ПТ 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 исключаются из групповой ПТ. Обычно они не справляются с психологическими тестами, адресованными иным психическим функциям. В частности, на групповую ПТ берутся больные, справившиеся с тестом ММРІ, являющимся т. о. психологическим скринингом [Калачев Б. П., 1980].

Психологическое исследование преследует цель не только скрининга, но и **выявления** особенностей **переживаний** больных. Изучаются мотивы потребления алкоголя, их диагностика осуществляется с помощью методики Завьялова

[1988] и Келли [Даренский И. Д., 1996], реализуемые и познаваемые в виде шагов внутриличностной динамики. Перед усилиями по коррекции переживаний больных необходимо выявить их у больных. Полученная таким образом информация используется на сеансах.

Группа, как правило, состоит из 7 человек. При составлении группы **учитываются черты характера** пациентов. Включается только один пациент с выраженными истеро-возбудимыми чертами. Из-за особенностей своего характера он выступает как катализатор терапевтического процесса. Больше 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 ПТ 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 свои проблемы, изложить собственные представления. Поэтому целесообразно **создать перечень** возможных **вариантов выбора** в 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 семи человек и справиться с группой лиц с неуравновешенной психикой. Неверные суждения могут сплотить участников и многократно умножить их силы. Поэтому терапевт использует энергию самих участников для преодоления неверных представлений. Он сталкивает мнения присутствующих, способствуя преобладанию мнения, имеющего оздоровительное значение. Терапевт старается направить процессы, происходящие в группе, в нужное русло. Группа заблуждающихся и 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, на силу коллектива и закономерности взаимодействия людей в малой группе. В этом смысле можно сказать, что эффективную РП наркологических больных вообще трудно представить вне группового процесса. Групповая ПТ в сравнении с индивидуальной имеет большую эффективность [Яроцкий А. И., 1917]. Это обусловлено врожденной чувствительностью к мнению окружения. Мнение группы оказывает огромное влияние на поведение индивида. Сильное впечатление оказывают процессы, происходящие в группе. На группе воздействия на человека усиливаются в десятикратном размере.

Психотерапевтические методики, используемые при групповой рациональной ПТ, отличаются разнообразием и, вместе с тем, являются традиционными. Методика **презентации** подразумевает самопредставление каждого из участников во время сеанса.

Методика "**психотерапевтическое зеркало**" состоит в том, что пациенту представляется возможность использовать сеанс групповой ПТ 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 ПТ.

В методике "**анонимное обсуждение**" используются истории болезни, без указания данных о пациенте, зачитываемые на сеансе групповой ПТ. Зная подоплеку каждого из присутствующих, врач вкрапливает 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 групповой ПТ имеет цель занятия, содержание или тему, перечень решаемых на сеансе терапевтических задач, используемых средств и методик ПТ с указанием повременной последовательности их использования.

Терапевт имеет заранее составленные план и структуру отдельного сеанса ПТ. Протокол сеанса отражает параметры структуризации сеанса ПТ. 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 ПТ, план целей и задач отдельных частей занятия, механизм реализации целей, стратегии, психотерапевтические концепции, тактика и виды ПТ (рациональная психотерапия). Перечисляются действия, события, приемы, методики, средства, методы регистрации эффектов ПТ. Описывается групповая и личностная динамика у отдельных участников, решенность психотерапевтических задач или шаги внутриличностной динамики.

Сеанс проводится ежедневно 4 раза в неделю с 10 часов и длится полтора часа. Основное время занимает дискуссия по наркологическим вопросам. Структура отдельного сеанса включает различные виды ПТ обычно в следующей последовательности: рациональная, гуманистическая и суггестивная. Длительность каждой части сеанса 30 минут. В конце занятия врач подводит итоги и определяет степень решенности поставленных задач.

В конце занятия больные взволнованы после обсуждения значимых для него тем. С учетом этого в конце занятия проводится аутогенная тренировка. В заключение сеанса проводится **аутогенная тренировка** с использованием релаксирующей музыки. Очередную дозу седативных средств, положенную по схеме лечения, получает больной сразу после занятия. Преследуется цель научить больного приемам саморегуляции и для снятия психического напряжения и раздражения.

Существует **курсовой** тематический или структурный **план** занятий групповой РП больных алкоголизмом. План включает тему психотерапевтического занятия, а также шаги внутриличностной динамики или суждение, к которому должен прийти больной по окончании занятия. Шаги внутриличностной динамики при реализации психотерапевтической программы РП как минимум должны соответствовать пунктам терапевтического плана. Из перечня психотерапевтических задач вытекает последовательность внутриличностной психотерапевтической динамики пациентов или шаги, которые должен совершить больной в процессе выполнения психотерапевтической программы РП по аналогии с психотерапевтической программой "Анонимных Алкоголиков", регламентирующих 12 шагов внутриличностных изменений и их последовательность, которые осуществляются участниками в ходе выполнения программы [Джонсон В., 2000].

Например, на первом занятии сообщаются цели, методы и формы лечения. Разбирается, для чего нужны сеансы групповой дискусионной ПТ во время стационарного антиалкогольного лечения, что из себя представляют сеансы и как вести себя участникам во время сеансов. Излагаются правила поведения и работы, принципы и заповеди для участников сеансов и план курса лечения и каждого текущего занятия. Цель занятия считается достигнутой, если больной приходит к следующему убеждению: "Мне нужны не только таблетки для лечения наркологического заболевания, но и психологическая помощь.

Сеансы предназначены для понимания мною проблем, связанных с болезнью. Мне подходит такая форма психологической помощи, и я готов участвовать и далее в групповых занятиях". Для больных наркоманией используется совершенно другой, по сути, план.

План лечения и, в частности, план РП предусматривает **решение ограниченного числа задач**, того, что 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. На решение этих скромных задач нужен месяц и более напряженной работы. 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.

При выполнении плана задач тщательно **диагностируется** наличие нерешенных, а также **решенность** тех, которые больной или сам врач при поверхностном взгляде считают завершенными. Нельзя пропускать очередные психотерапевтические задачи только на том основании, что больной уверяет врача в том, что они решены или не нуждаются в решении: "Я прекрасно понимаю, что болен алкоголизмом, и не надо меня в этом убеждать".

Мотивы выписки больного из стационара различны (семейные обстоятельства, окончание медикаментозной программы). Мотив посещения сеансов не является главным при

решении вопроса о длительности пребывания в стационаре. Часто больные выписываются из стационара, не завершив психотерапевтический план. В случае незавершенности психотерапевтического плана неразумно оценивать эффективность лечения.

Имеется определенная **последовательность** психотерапевтического манипулирования, **этапов** психотерапевтического **процесса**, взаимодействия врач-пациент в группе или групповая динамика. Выделяют такие этапы как подготовительный, присоединения, выявления проблем, конфронтации, консолидации и рабочий. Для успешного выполнения план работы должен соответствовать этапам групповой динамики.

Клинические ролевые игры.

В методиках ПТ обычно мало внимания уделяется описанию непосредственных техник исполнения. Выгодно отличается от них психодрама (ПД), в которой **технической стороне** терапии **уделяется** большее **внимание**, чем сложному теоретическому толкованию действий и переживаний пациентов. Уклон в сторону техники исполнения является преимуществом и позволяет использовать элементы психодрамы при других видах ПТ. Основное отличие положения протагониста (П), т. е. лица выполняющего психодраматическое действие, и игры актера в театре состоит в отсутствии заранее написанного сценария и наличии полной импровизации. Сценарий формируется

непосредственно во время ПД действия соответственно переживаниям самого пациента и целям лечения.

Наркологические больные не имеют такой терапевтической мотивации, как больные с невротическими расстройствами, и **нуждаются** в регламентированных формах психодрамы с фиксированными сценариями. Клинические **ролевые игры (РИ)** являются одной из форм психодрамы наравне с социодрамой и ролевым тренингом (РТ). В РИ используется меньшая спонтанность П с предоставлением ему готовой мизансцены, в которой он проявляет словесную импровизацию, но на заданную тему. Клинические РИ - это психодрама на заданную тему, содержащая готовые сюжеты и цели. РИ исследуют общие проблемы и типичные роли, в то время как психодрама - индивидуальные проблемы. В РИ исследование конфликтов П и его переживаний, поиск эффективных путей разрешения ситуаций осуществляется непосредственно в ходе групповых РИ при меньшем руководящем значении режиссера [Блатнер Г. А., 1993]. Вместе с тем, при использовании РИ у наркологических больных роль ведущего бывает весьма своеобразна и связана с непосредственным участием в РИ. На практике бывает проблематично найти столь компетентных ВЛ, которые бы так успешно справлялись со вспомогательной ролью как врач-нарколог.

Благодаря ориентации на решение конкретных жизненных ситуаций, а также преимущественное вовлечение первой

сигнальной системы, т. е. конкретно-образного мышления, живого восприятия и участия моторики РИ 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 выполняют в частности социо- и психотерапевтическую роль в отношении участников. **В пьющей компании проводятся РИ**, имеющие, в частности, психотерапевтическое значение для участников, повышающие их микросоциальную адаптацию. РИ 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 неугрожающая атмосфера, гарантирована неприкосновенность личности и исключается обособление кого-либо из членов группы. Отсюда видно, как важно при оказании наркологической помощи предложить больным клинические РИ, несущие терапевтическое значение. Но предложение участвовать в РИ в условиях группы больные сначала встречают отказом. Во многом зависит от терапевта как быстро и успешно он сможет вовлечь больных в

РИ. Этому начальному разделу работы уделяется специальное внимание в разделе составления сценариев.

При лечении наркологическом стационаре всегда возникает в той или иной форме **вопрос добровольности** выбора больным метода лечения. Это относится и к психодраматическому действию и РИ - врач заручается согласием больного на этот метод лечения. Как показывает практика, не все наркологические больные готовы на участие в РИ. Интеллектуально-мнестическое снижение, выраженное морально-этическое изменение личности с цинизмом, приверженность алкогольным идеалам, - все это делает невозможным включение больных в РИ и РТ.

Используются традиционные **требования к формированию**, пополнению и пошаговому развитию **групп**. Требования к формированию групп больных для РИ остаются теми же, что и при других групповых методах ПТ (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 терапевтической сессии. Но практически не удастся избежать ухода одних и включения новых больных из-за разных сроков пребывания в стационаре.

Пациент, чьи житейские ситуации разыгрываются, **называется протагонистом (П)**. Психотерапевт, ведущий сеанс и направляющий П в процессе РИ называется режиссером. Вспомогательное лицо (ВЛ), второе "Я" или дополнительное Эго

- это член группы, исполняющий роль иного участника РИ или чувства и мысли П. Сцена в театральном значении отсутствует и представляет собой любую часть комнаты, где находится П.

Сеанс клинических РИ **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.

Изображение 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 П 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 П и уменьшение склонности возвращения к старым формам реагирования.

ПД преследует **цель** не передачи бесстрастной информации и усвоения ее пациентом, а **выявления чувств**, доведения напряжения чувств до драматического накала, смятения чувств. В

свою очередь изменение эмоционального состояния пациента и его эмоционального отношения к какому-то явлению меняет и поведение его ввиду существования значительного влияния эмоций на поведение. Глобальные психические процессы, такие как эмоции, определяют частные - отдельные мысли и поступки. Например, чувство симпатии или антипатии к окружающим в виде преходящего настроения или внушенного убеждения меняет весь рисунок актуального поведения человека во всех сферах.

В ПД, РИ и РТ известны лишь общие и внешние **закономерности** меж- и внутриличностных взаимодействий и **изменений в процессе ПТ**. Способы создания заданного, желательного эмоционального состояния не известны. До сих пор способность терапевтов воздействовать и изменять в нужном направлении духовное состояние человека относится к его опыту и профессиональному мастерству. Искусство психотерапевта в том, чтобы вызвать в душе П драматический накал и эмоциональное проникновение в суть.

Некоторые интрапсихические механизмы реализации РИ.

- усиление интенсивности чувств;
- создание навыков распознавания собственных переживаний;
- анализ эмоций;
- инсайт;
- катарсис;
- развитие эмпатии;
- выявление латентного поведения;
- поиск эффективных форм поведения;

- построение позиционного ряда.

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 РИ распознаванию собственных переживаний, структурированию переживаний и вербализации их.

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.

Врач со своей стороны стремится заставить своими вопросами больного проделать мысленно весь путь от начала злоупотребления к сегодняшнему дню. Чтобы больной увидел все новыми глазами, чтобы в голове у него все собралось в цельную картину заболевания.

Во время драматического действия свойственно появление инсайта - внезапное понимание 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.

РИ способствуют развитию способности проникать в переживания окружающих, постигать эмоциональные состояния другого человека в форме сопереживания, прочувствовать эмоциональное состояние своего "героя" - эмпатии.

Вполне естественно, что П стремится вести себя в РИ традиционным и испытанным им способом. Он ведет себя способом, который часто использовал в поведении, но обладающим низкой эффективностью. Одной из задач РИ является смена неэффективных форм поведения на адаптивные. П нельзя навязать стиль или отдельные формы поведения, которые кажутся ему неприемлемыми, даже если с точки зрения терапевта они более эффективны для П. Новые формы поведения, чтобы обрести свойства адаптивности, должны входить в личностный спектр П, т. е. попросту должны подходить ему и быть выполнимыми. Более того, они входят в реальный спектр поведения П 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 П к иным участникам мизансцены. Позиции являются средством градуирования РИ и одной из мер оценки происходящего. Позиционный ряд является средством структурирования процесса изменения поведения. Поведение П оценивается присутствующими шаг за шагом. Пациент запоминает верную последовательность поведения от первого и до последнего шага.

Существует логическая **последовательность использования** различных видов ПД. ПД начинается с РИ, при которых осуществляется, в частности, вскрытие личностных проблем пациентов. Более углубленное изучение

индивидуальных проблем и поиск оптимальных вариантов поведения требует проведения ПД. Достигнутые успехи закрепляются с помощью РТ. По механизму своей реализации он способствует ассимиляции и автоматизации поведенческих навыков.

Как показывает практика, РИ не могут быть изолированным мероприятием в ПТ наркологических больных. РИ являются частью психотерапевтической программы наркологического отделения и структуры отдельного сеанса [Даренский И. Д., 2001]. Указанные выше методики проводятся в условиях групповой ПТ в наркологическом или психиатрическом учреждении. Игры включаются в традиционный сеанс групповой дискуссионной ПТ.

Метод РИ может использоваться в психотерапевтической программе на начальных этапах лечения наркологических больных. В последующем курсе лечения метод регулярно дополняет проводимую рациональную или иную ПТ и число повторений метода определяется лишь текущими задачами, а никак не отвлеченными представлениями об ограничении использования метода. Применение метода РИ продолжается и в рамках осуществления следующего далее реабилитационного процесса.

СОЦИОТЕРАПИЯ.

Одним из проявлений хронического алкоголизма является своеобразный стиль поведения больных с постоянным

стремлением к приобретению и потреблению спиртных напитков и формированием особого алкогольного образа жизни. Такое поведение способствует толерантности заболевания к традиционным медикаментозным методам лечения. Поэтому условием успешного лечения заболевания является изменение стиля деятельности больных алкоголизмом на трезвеннический. Однако отдельные психотерапевтические методы лечения не в состоянии изменить алкогольную деятельность больных на трезвенническую.

Включение больных в оздоровительную деятельность возможно через непосредственное **погружение в психотерапевтическую искусственную среду** в условиях наркологического стационара. Терапия средой (milieu-therapy) сопряжена с организацией оптимального психологического климата и режима лечения. Наиболее эффективным является соединение таких форм ПТ как индивидуальная, семейная, групповая и терапия средой. Воздействие на больного помимо психотерапевтических средств осуществляется с помощью форм микросоциума с определенной организацией лечебного процесса, взаимодействия между больными, больными и персоналом, больными и их родственниками и иных сферах социальных потребностей. Социотерапия осуществляется в форме организации психотерапевтического коллектива из больных наркологических стационаров с жестко заданной моделью и содержанием трезвеннического поведения, системой его оценок, управления и самоуправления. В частности, разработана

динамическая система поэтапного психотерапевтического воздействия на больных алкоголизмом в условиях наркологического стационара, ведущим компонентом которой является особый лечебный режим содержания больных, основанный на принципах бихевиориальной терапии [Ю. В. Валентик, Даренский И. Д., 1990].

Стратегия воздействия состоит в том, чтобы с помощью социотерапии **создать внешние условия** для больного, призванные изменить его повседневный образ жизни в стационаре и за его пределами. Создается стиль деятельности, подразумевающий исключение алкогольного поведения. Социотерапия претворяется через все жизненно важные ситуации (труд, общение, питание, сохранение собственного здоровья, семья). Это нужно для создания возможности моделирования стиля деятельности в жизненных сферах.

Разработанная система подразумевает **перечень организационных компонентов** лечебного воздействия и указывает механизмы их интрапсихического действия [Ю. В. Валентик, Даренский И. Д., 1991]. Прежде всего, при поступлении в стационар больной подписывает обязательства соблюдения требований режима трезвости в отделении и режима отделения - т. н. **поведенческое контрактное**. Соблюдение этих требований является обязательным условием пребывания больного в стационаре.

Традиционно в сфере услуг между предлагающим услуги, в данном случае медицинскими работниками, и потребителями -

пациентами, приняты формальные отношения. В предлагаемом подходе отношения персонала и пациентов складываются в **систему партнерства**, демократический стиль руководства пациентами и лечебным процессом, принятия решений. Создается атмосфера заинтересованности, симпатии и толерантности к больным, эмоциональной поддержки, желание помочь, а не преследовать за болезнь. При этом формируется **терапевтический коллектив** и лечебная атмосфера, вызывающие чувство принадлежности и вовлеченности, веру в успешность лечения, определение границ реального поведения для каждого пациента.

Медперсонал отделения в своей работе опирается на **организацию самоуправления больных**, возглавляемую старостатом. Старостат состоит из 4 старост каждой палаты и старосты отделения. Старосты палат и отделения являются выборными лицами. Старост выбирают всеобщим голосованием среди больных одной палаты. Каждый староста палаты помимо работы среди больных одной палаты является ответственным за какой-либо раздел общественной работы в отделении. Старосты являются помощниками персонала и посредниками между врачами и больными. Самоуправление больных укрепляет веру в свои силы и разум тем, что пациенты сами вершат дела и решают проблемы.

Между больными и персоналом обеспечивается **обратная связь**. Она заключается в том, что учитываются предложения, замечания и пожелания больных по режиму отделения и работе

медперсонала. Такая организация обратной связи позволяет избежать накопление недовольства, негативных эмоций у больных и вспышки недовольства. Однако главное значение состоит в обеспечении гибкости лечения и индивидуализации подхода к больным, возможности к модификации и совершенствованию, адаптации структур программы к оперативной обстановке, повышающей эффективность воздействия.

Выполнение требований программы лечения постоянно контролируется и оценивается персоналом и старостами палаты. **Оценка** проводится **в баллах** по отдельным требованиям программы с помощью группового контроля, имеющего объективность в глазах пациентов. Балльная система позволяет формализовать сведения о поведении больных в стационаре. На каждого больного заводится карта, в которой приводятся варианты оценки поведения и еженедельная балльная оценка по каждому варианту.

Для прививания больным некоторых групповых норм по ее итогам применяется **система "поощрения-наказания"**. В бихевиористически ориентированной ПТ наибольшую популярность приобрел такой метод, как политика жетонов [Холмогорова А. Б., 1993]. Применение политики жетонов требует от терапевта соблюдения основных принципов теории научения. Главным из них является принцип положительного подкрепления каждого позитивного шага пациента. Нежелательное поведение рекомендуется игнорировать, и оно

исчезнет само собой, постепенно вытесняясь подкрепленным поведением [Cohen R., 1982].

Создание у пациентов стереотипов поведения не только трезвого, но и здорового образа жизни производится с помощью системы здорового образа жизни с жестким **гигиеническим режимом и режимом дня**. В частности, оздоровление в виде борьбы с курением и тренировка волевых качеств достигается эксплуатацией **"антиникотинового режима"**. Больной приучается к постоянным, интенсивным и дозированным нагрузкам, зарядке, систематическому труду. Больному навязывается **высокий уровень** физиологической и психической **активности**, стереотип режима активности воспитанием в жестких условиях лечебной программы отделения. Трезвенническое поведение рассматривается как неременный атрибут такого уровня активности, а алкогольное поведение как несовместимое с ним. Т. е. высокому режиму активности отводится как бы санирующая функция.

Способность больных устранять неврозоподобные расстройства и явления алкогольного абстинентного синдрома влияют на эффективность противоалкогольного лечения в целом. Владение больными приемами саморегуляции и аутогенной тренировки предупреждает возникновение рецидивов и социальной дезадаптации. Поэтому уделяется внимание **формированию навыков трезвого образа жизни и саморегуляции**. Каждый сеанс завершается проведением аутогенной тренировки.

Значительное место отводится **семейной ПТ**, поскольку влияние семьи в процессе лечения и реабилитации больных алкоголизмом очень велико. Заинтересованность членов семьи в исходе лечения и дальнейшей совместной жизни являются хорошим прогностическим признаком для длительной и устойчивой ремиссии. Поэтому на ранних этапах лечения привлекаются родственники пациентов - системная интервенция, - с целью выяснения и разрешения ключевых социально-психологических проблем пациентов.

Все пациенты в обязательном порядке **включены в терапевтические группы** и терапевтическое сообщество отделения в целом. Этот компонент лечебной системы имеет множественные механизмы, в частности, механизм опровержения мнения пациентов об уникальности собственных проблем, самоэксплорация. Сеансы не могут служить средством и местом сообщения больным антиалкогольной информации. Для этого служит **самоподготовка** с чтением популярной антиалкогольной литературы, которую он получает в определенной временной последовательности и в зависимости от своего интеллектуального развития, особенностей личности, мотивов потребления алкоголя и психотерапевтической динамики. По всей получаемой информации больной составляет конспекты, проверяемые врачом и фигурирующие на лечебном зачете. **Самопознание и самовоспитание** являются одним из главных методологических принципов и методов ПТ, подразумевающих самую высокую личностную активность больных. Претворяется

это через написание автобиографии и ведение личного дневника. Самопознание и самовоспитание, навыки рефлексии, развиваемые путем написания биографии и дневника, изменяют локус контроля больных с перенесением всей ответственности за возникновение заболевания на самого себя.

Трудотерапии отводится ограниченная роль в лечебном процессе, ограниченная и во временном значении и в смысле его сложности. Организация трудотерапии в отделении позволяет обеспечить лишь трудовую занятость больных.

Активность оздоровительной **деятельности больных является поэтапной** с системой перевода с этапа на этап, соблюдением последовательности, обязательной для успешного формирования терапевтических установок. Причем на этапах лечения больной имеет дифференцированный микросоциальный статус, т. е. различное положение в среде других пациентов: новичок, ученик и выпускник.

После выписки продолжается партнерство врача и пациента в виде **амбулаторного наблюдения** и участия в работе клуба бывших пациентов. Это дает закрепление достигнутых позитивных форм трезвеннического поведения. Взаимоотношение врача и больного строятся на сотрудничестве, которое продолжается после выписки. Пребывание больного в стационаре и амбулаторное наблюдение являются не рутинным лечебным мероприятием, а **личностным взаимодействием врача и больного**. Только это может претендовать на эффективное внедрение трезвеннических взглядов в сознание

больного. Описанная социотерапия не является специфичной для наркологических клиник и может включать самый широкий и разнообразный набор методик и целей [Даренский И. Д., 2001].

Семейная ПТ рассматривается в отдельной главе.

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДУХОВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Примером использования общих закономерностей духовной деятельности являются терапевтические сообщества, например терапевтическое сообщество "Анонимных Алкоголиков" (АА). Теоретические основы процесса преодоления зависимости в рамках сообщества выражены в программе "12 Шагов" и принципах существования сообщества в виде "12 Традиций" [Двенадцать Шагов].

При работе с членами сообщества используются определенные **методические приемы**. Прежде всего, в основе программы лежит немедицинская, психологическая модель алкоголизма. Используется вовлеченность больных алкоголизмом в деятельность сообщества, которая является общественной по сути и трезвеннической по направленности. Вовлечение в сообщество, поглощенного деятельностью трезвеннического содержания, является прямым противопоставлением "пьющему сообществу" и автоматически отвлекает больного от пребывания в последнем.

Поле общественной деятельности являются **собрания**. Последовательность собраний представляет собой

структурированный психотерапевтический план с тематическими встречами. Регулярное посещение занятий является обязательным условием. Причем, три первых месяца, как рецидивно наиболее опасных, новичок ежедневно посещает собрания.

Работа сообщества подразумевает **независимость от государственных и общественных структур, лечебных учреждений**. Полный отказ от участия медицинских работников и сотрудничества с врачами-наркологами подразумевает использование принципа взаимопомощи с использованием наставничества. В качестве наставника выступает человек, имеющий длительную трезвость и стаж работы в программе.

Содержание и смысл коллективной деятельности участников состоит в решении проблем их психологического развития путем изучения и выполнения "12 Шагов" и "12 Традиций" сообщества.

Система организации сообщества, способ ведения групп, **основные принципы** личностного восстановления по программе АА **аналогична классической групповой** психотерапевтической методике лечения наркологических больных в лечебных учреждениях [Батищев В. В., 1998]. По сути дела все психотерапевтические программы подразумевают пошаговое психологическое изменение участников. Последовательность психологической трансформации участников явно указывается редко, а чаще подразумевается как решение поставленных психотерапевтических задач. В отличие

от них программа АА, во-первых, четко указывает планируемые шаги личностного развития, а, во-вторых, практически не содержит традиционных задач антиалкогольной тематики. Большую часть работы составляет развитие общих личностных качеств, чему придается санирующее значение. Программа АА рассматривая наркологическую зависимость как преимущественно духовное заболевание, видит исцеление в духовном росте. Воздействие на личность осуществляется с привлечением теологических понятий и приемов.

Главное, что требуется от участников, это стремиться выполнять своеобразные **шаги в психологическом развитии** и изменении собственных представлений. Психологические шаги по их направленности и внутреннему смыслу объединены в разделы. Причем, только в первом разделе упоминается слово "алкоголь". Больному необходимо прийти к убеждению перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед болезнью, признать полную потерю контроля над потреблением алкоголя и своей жизнью. Совершая этот шаг, больной нарушает механизм защиты и отрицания болезни.

Все последующие шаги программы направлены на духовное развитие по мере работы над Шагами в направлении к комфортной трезвой жизни без использования алкоголя для улучшения психического состояния. Во втором разделе предлагается совершить серьезный, болезненный и трудный шаг изменения собственного Я. "Найти в себе силы принять то, что не

в силах изменить, мужество заменить то, что можно изменить, и мудрость отличить одно от другого".

Шаги начинаются с признания существования могущественной силы, которая может вернуть здравомыслие. Принимается решение отдать волю и жизнь этой силе или богу, как понимает его себе. Вера в более могущественную силу и решение доверить свою судьбу ей позволяет преодолеть эгоцентризм, как правило свойственный больным.

В третьем разделе предполагается внести позитивные изменения в нравственные личностные качества и преодолеть недостатки, а именно, дать нравственную оценку себе и жизни, признаться в истинной природе заблуждений, подготовить себя к избавлению от недостатков и просить высшую силу избавить от них.

И четвертый раздел касается экстернализации личностных изменений при продолжающейся работе над собой. Составляется список людей, которым было причинено зло и осуществляется попытка возместить ущерб этим людям, а также оказывается помощь совершенно незнакомым страждущим со стремлением донести идеи трезвости до других больных. При этом продолжается самоанализ и признание ошибок, углубляется соприкосновения с высшей силой.

Последний компонент программы, пошаговое изменение психологии участников, представляет наибольшие трудности для участников. Именно это и составляет основной труд и недостаточно подкреплено технологически. Для этого

используется много терапевтических механизмов. Укажем лишь некоторые **терапевтические механизмы** действия программы сообщества и выполняемых участниками шагов [Батищев В. В., 1998]. Самым главным является вовлечение в общественную деятельность трезвеннической направленности, которая является заменой алкогольному поведению и, более того, приобретает сверхценный характер. В процессе работы в сообществе пациенты меняют не только стиль своего поведения, но и свои взгляды и убеждения. Изменения в сознании происходят после изменения форм поведения по принципу "Принеси тело, голова придет позже". Это, по-видимому, является ведущим механизмом, используемым в сообществе, в психологической трансформации участников. Член сообщества осваивает новые навыки поведения путем тренировки. В обучении уменьшено значение познавательных элементов, а основной формой обучения является имитация. Пациентам предлагается прямое копирование поведения членов сообщества, имеющих стаж трезвости. Новые члены группы испытывают новые способы поведения, получаемые от более опытных в решении своих алкогольных проблем. Полученные знания и воспринятые формы поведения реализуются в обыденной жизни.

Усилия пациентов, сплоченных в некий коллектив, умножают их возможности. Оптимизм успешных в освоении программы членов внушает и укрепляет надежду остальных. Изменяются представления об уникальности собственных проблем и понимается общность проблем у всех участников.

Постоянная вовлеченность в помощь другим больным является выражением и формированием альтруистических настроений. Осуществляется обмен информацией между членами сообщества по поводу решения текущих жизненных проблем, связанных с трезвостью. Перенос на других участников свойств близких людей претерпевает изменения по мере межличностной динамики в группе. Регулируемое поведение в группе позволяет совершенствовать участникам формы межличностного общения, в результате нормализуются не только отношения между участниками, но и с близкими, свойства которых были перенесены. Происходит отреагирование эмоций, скрытых переживаний, ранее являвшихся источником потребления алкоголя, в щадящих и охранительных условиях групповой ПТ. Следование принципу "здесь и теперь" (живи одним днем) с отказом от переживаний по поводу ошибок прошлого позволяет сосредоточиться на текущих проблемах.

Сама **программа 12 шагов заимствована** у религиозного сообщества Оксфордская группа, преследующего цель нравственного оздоровления личности. Обнаружение феномена сопряженности трезвого поведения, активного богоискательства и соблюдения теологических канонов послужило поводом для использования программы этого сообщества в наркологических целях. Отказ от прямого сотрудничества сообщества с лечебными учреждениями не мешает последним рекомендовать пациентам включаться в работу сообщества. Программа 12 шагов движения АА используется в практике наркологических учреждений не как

альтернатива и не отменяет основного принципа взаимопомощи с отказом от прямого сотрудничества с врачами, но как составная часть, как базовая в программах так называемого Миннесотского, Хейзелденского типов [Проценко Е. Н, 1993].

Существует опыт адаптации Миннесотской модели лечения зависимости в стационарном психотерапевтическом отделении для больных алкоголизмом в нашей стране [Батищев В. В., 2000]. Опыт показал реальную эффективность практического применения программы и возможность расширения круга лечебных учреждений, использующих принципы работы по Миннесотской модели лечения больных с зависимостью от психоактивных веществ [Батищев В. В., 2000; Батищев В. В., Негериш Н. В., 1999].

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ.

Семантические, индивидуально-личностные закономерности отражают свойства только данной личности и, соответственно, аддиктивные представления у наркологических больных [Даренский И. Д., 1996].

ПТ направлена на коррекцию представлений больного, что делает необходимым их выявление как перед, так и в процессе лечения. С точки зрения психодинамической концепции **психотерапевтический процесс** представляет собой **одновременно и исследование и лечение**. Более того, лечение происходит через изучение [Калмыкова Е. С., 1994]. На практике

часто недостаточная эффективность ПТ объясняется именно плохим знанием внутренней картины болезни и пациента и стремлением, невзирая на это обстоятельство, предъявлять ему "верные" представления. В наркологической практике представления больных остаются интактными, т. к. они не воспринимают трезвеннические доводы, выраженные через систему личностных конструктов чуждых ему. Поэтому приоритетная задача до лечения и в процессе его состоит в выявлении субъективной системы семантических координат пациента. Индивидуальные семантические представления пациента изучаются через анализ отдельных психических состояний, так как представления наиболее полно выражены в психических состояниях [Прохоров А. О., 1994; Шлеер С., Меллор С., 1993].

Исследование заключается в **изучении алкогольных (наркоманических) и трезвеннических представлений** больных посредством выяснения субъективного значения состояний трезвости и опьянения в сопоставлении с другими состояниями самочувствия. Обследование каждого больного проводится как минимум три раза: при поступлении в стационар, в ходе психотерапевтического процесса и перед выпиской. Результаты исследования сравниваются для оценки возможной терапевтической динамики.

Изучение субъективной системы координат проводится по **методике личностных конструктов** [Франселла Ф., Баннистер Д., 1987]. Использование методики дает информацию, ранее

недоступную в процессе психодиагностики и делает возможным исследование внутриличностной динамики в процессе ПТ. Метод может использоваться как способ диагностики алкогольных и трезвеннических представлений наркологических больных и оценки их динамики.

Методика личностных конструктов **имеет самостоятельное** психотерапевтическое **значение**, позволяя вскрыть субъективные переживания пациентов, неявных для них, и продемонстрировать ему. Подобные цели преследуются при всех методах ПТ, но достигаются с помощью различных психотехник. Возможно и желательно использование методики в комбинированной ПТ с последующим применением различных психотерапевтических методик в рамках терапевтических программ. В таком случае методика личностных конструктов позволяет верифицировать, формализовать и делать более наглядными как субъективные переживания, так и их динамику.

Процедура обследования построена следующим образом. Больному предлагается помочь разобраться в собственном индивидуальном сознании с целью выявления мотивов потребления ПАВ и мотивов трезвости, свойственных только ему. Сначала осуществляется выявление всего спектра состояний самочувствия, свойственных данному испытуемому, путем опроса или непринужденной беседы. Определяются ситуации, в которых испытуемый может описать свою жизнедеятельность и которые для него являются характерными, значимыми и которые он четко разделяет. Причем это могут быть

циклы состояний годовые, месячные, недельные или циркадные [Даренский И. Д., 1993], что не является принципиальным в изучаемом контексте. Наряду с понятиями, обозначающими эти ситуации, в качестве элементов могли выступать понятия, используемые больным при описании своего самочувствия и полученные при сборе анамнеза.

Испытуемый **вспоминает** конкретные состояния своего самочувствия, называя и описывая их. Чтобы облегчить задачу, ему предлагается весь длинный жизненный путь разделить на ограниченную последовательность значительно отличающихся друг от друга состояний. Разделить весь жизненный путь на какие-то этапы, которые он считает субъективно разнородными (школа, служба в армии, женитьба) и провести затем оценку этих этапов, указав, чем они отличаются друг от друга в смысле психологического содержания.

Либо больному **предлагается разделить** весь свой рабочий день на периоды, при которых его состояние существенно отличается. Например, испытуемый может выделить в течение дня период времени, когда он обедает у себя дома, при котором он несомненно переживал определенное состояние самочувствия и эмоций, резко отличающееся от других. Он должен назвать одним словом каждое состояние, исходя из содержания деятельности в этой ситуации или житейской ее принадлежности.

Причем больному предлагается **отвлечься от аналогий** или сопоставлений, **дифференциаций с состоянием опьянения и**

трезвости. У испытуемого не требуют включения и анализа состояний опьянения и трезвости, т. к. градация "опьянение-трезвость" занимает обычно неопределенное место в субъективном семантическом пространстве больного. По завершении процедуры выявления элементов и выделения пациентом собственных 10 элементов, характерных для его жизнедеятельности, исследователем включаются понятия "опьянение" и "трезвость", как некое обязательное дополнение.

Ввиду того, что выделенные понятия остаются очень неоднозначны и характеризуются большим семантическим разнообразием, необходимо прояснить эти ситуации для дальнейшей коррекционной работы. Поэтому далее определяется **вторая субъективная система координат - конструкты** - с помощью которой испытуемый описывает эти состояния.

Больной указывает в чем **сходство и различие состояний при отдельных видах повседневной деятельности**, а также опьянения и трезвости, предложенных наравне с ними, по критерию эмоционального компонента этих состояний. Его просят назвать как можно больше и точнее отличия одного состояния от другого. Причем при установлении различий между ними он должен руководствоваться уже не содержанием и родом занятий, а внутренним состоянием при этом. Акцентируется внимание не на внешних атрибутах этих состояний, как-то вид деятельности, а на внутреннем психологическом содержании и самочувствии. Испытуемый характеризует себя в конкретных ситуациях в понятиях самочувствия и субъективных чувств,

что позволяет выявить систему конструктов больного, а также видеть, как меняется сам больной и система его конструктов.

Анализ и сопоставление субъективно семантически близких элементов, описывающих бытовые ситуации, и конструктов, характеризующих эмоциональные переживания в этих ситуациях, **проводится методом факторного и кластерного анализа** по совместной конфигурации элементов и конструктов с определением осевых направлений в переживаниях пациентов. Фактор получает название по внутреннему смыслу, который объединяет элементы и конструкты с высокой степенью корреляции между собой и составлявшими некую семантическую совокупность. Статистическая обработка проводится с использованием компьютерного варианта методики личностных конструктов.

Все выделенные элементы и конструкты носят ярко выраженный индивидуальный характер и поэтому категоризация данных не проводится. Главной **целью анализа** является определение **субъективного содержания отдельных ситуаций** (элементов) через изучение их статистической взаимосвязи с переживаниями пациентов (конструктами). Прежде всего интересует взаимодействие в отношении понятий опьянения и трезвости в структуре семантического пространства у больных. Обычно все анализируемые понятия сосредоточены вокруг понятий "опьянение" и "трезвость", образующих два полюса.

Становится ясно, **что для больного значит "опьянение"**, в каких терминах и понятиях он описывает его, и, наконец, что

именно, какое психическое состояние и самочувствие больной хочет получить, приводя себя в состояние "опьянения". Описание состояния, которое больной получает, приводя себя в состояние "опьянения", составляется из личностных конструкторов, высоко коррелирующих статистически с опьянением и имеющих высокую нагрузку по фактору "опьянения". Обычно больной почти весь спектр своих субъективных переживаний, выделенных им же самим при оценке состояний жизнедеятельности, связывает с состоянием опьянения. В ситуации опьянения сосредоточена вся эмоциональная жизнь больного. Мало ситуаций в которых наблюдаются во всей полноте, в такой же, как при опьянении, эмоциональные переживания пациента, другими словами состояний, способных подменить опьянение у данного пациента, мало. Но при этом состояние опьянения для больного имеет отдельные общие черты с психическим состоянием в этих ситуациях.

Состояние опьянения в представлении больного обычно отождествляется с рядом понятий, описывающих иные стороны психической активности и психических состояний, нежели традиционно описывающих опьянение. Больной готов сблизить эти психические состояния, потому что при них одинаково часто (а насколько одинаково указывает величина коэффициента корреляции) он испытывает сходные чувства. Перечень личностных конструкторов указывает на то общее, что существует между этими элементами.

Трезвость наоборот имеет много тождественных ситуаций, в которых больной испытывает сходные переживания. Это все оставшиеся из выделенных больным ситуаций. Но при всей широте спектра таких ситуаций, между ними мало общего с точки зрения субъективного самочувствия.

Анализ закономерностей динамики элементов и конструктов показывает, что после лечения происходит изменение ведущих факторов, т. е. **изменяется направленность осевых переживаний** пациента. Критерии опьянения и трезвости уже не используются больным для разграничения жизненного пространства и жизненного семантического уклада. Тем не менее, анализ семантического пространства с точки зрения ситуаций опьянения и трезвости оказывается информативным. Он показывает, что эти ситуации в семантическом пространстве поменялись местами. Ситуация "опьянения" оказалась в левой половине пространства и обусловило еще более тесную корреляцию понятий в этой области. При этом изменились ситуации сходные по субъективным переживаниям с ситуацией опьянения. Эти ситуации исчерпываются теперь гораздо меньшим числом переживаний. Состояние опьянения теряет широкую гамму самочувствий, ощущений и эмоций и приобретает ореол незначительности и обыденности. Опьянение становится инородной ситуацией для больного и тягостным пребывание в ней. Впрочем, опьянение все же остается сопряженным в представлении больного с расслабляющим действием ПАВ. В то же самое время, расширяется связь

ситуации "трезвость" с другими ситуациями жизнедеятельности и увеличивается спектр переживаний, их объединяющий. Т. е., можно сказать, что обогащается эмоциональная жизнь пациента в состоянии трезвости.

При этом происходит рассеивание в семантическом пространстве конструкторов, определяющих внутренние переживания больного. Они теряют привязанность к ситуациям, изначально служивших маркерами для них.

Особо обращает на себя внимание появление неоднозначности описанных состояний. Они значительно внутренне дифференцированы в соответствии с нюансами настроения и ситуаций, что говорит о повышении дифференцированности внутреннего семантического пространства в процессе лечения. Так, трезвость не имеет упрощенной характеристики как состояние удовольствия само по себе. Это противоречило бы особенностям физиологического эйфоризирующего действия алкоголя. Но ситуация опьянения становится скучна и в меньшей степени определяется незначительностью эмоций. Это положение можно объяснить так, что эмоции в опьянении могут быть сильными (иначе и быть не может), но в представлении больного они незначительны, т. е. бестолковы, как бывает и при "бестолковой работе".

Оценка поэтапной динамики результатов позволяет **понять некоторые механизмы и приемы психотерапевтической трансформации внутренних субъективных представлений наркологических больных о**

трезвости и опьянении. В процессе ПТ происходит разбиение скопления понятий вокруг "опьянения" с образованием "осколков". Метод личностных конструкторов позволяет определить положение "осколков" и оценить новые составляющие блоков. После определения производится дальнейшее уничтожение блоков вплоть до их полного рассеивания. Терапия проводится до тех пор, пока не будут сформированы нужные трезвеннические детерминанты, а именно - концентрация образа трезвеннического поведения. Второй механизм трансформации семантического пространства состоит в расщеплении понятий и повышении их дифференцированности [Даренский И. Д., 1984]. Причем, когнитивная дифференцированность вначале увеличивается, а потом уменьшается [Похилько В. И., 1988]. Третий - формирование новых осей, факторов, точек отсчета. Четвертый - в заполнении существовавших очагов новым трезвенническим содержанием.

Алкоголизм характеризуется наличием алкогольной детерминанты [Пятницкая И. Н., 1975]. Другими словами алкогольная тематика имеет целый круг понятий и представлений тесно ассоциирующихся с ней. Однако по результатам видно, что и после лечения испытуемые отличаются от здоровых наличием сцепленных понятий. Сначала это были группы понятий вокруг опьянения, а потом - вокруг трезвости. Это говорит о том, что пациенты перманентно склонны к малой дифференциации понятий и упрощению. Поэтому в

семантическом пространстве больных и после лечения остается детерминанта. Просто **содержание доминанты заменяется на трезвеннические** и позитивно окрашенные нравственные понятия. Отсюда можно заключить, что алкогольные и трезвеннические представления формируются в пределах одной патофизиологической доминанты. Способы воздействия на детерминанту определены исходя из положения о том, что очаг детерминанты нельзя ликвидировать полностью.

Простой запрет на употребление алкоголя выглядит как принуждение, т. к. у больного есть психологический запрос, который не удовлетворяется. Поэтому единственный путь **терапии** видится не через изменение или ликвидацию детерминанты, а **через трансформацию ее наполнения**, изменении наполнения патопсихологической детерминанты у личности, склонной к образованию патофизиологической доминанты, другим, трезвенническим содержанием.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отдельный метод ПТ не может претендовать на то, чтобы мы могли оценить его эффективность в деле достижения трезвости. Конечная цель - достижение ремиссии, возможна только при последовательном использовании ряда методик в зависимости от состояния пациента. Современная **тенденция** состоит в **объединении** отдельных методов антиалкогольного лечения в **терапевтические наркологические программы**

[Hellemand, 1986; Гузиков Б. М., Ерышев О. Ф., 1989; Теркулов Р. И. 1994; Малка Р., Ганри Х., Камоун А., 1992; Даренский И. Д., 1997]. Речь идет прежде всего о программе стационарного и всего курса лечения вплоть до социальной реадaptации.

Процесс психотерапевтической коррекции осуществляется поэтапно. Этапы лечения и методы психотерапевтического воздействия соответствуют последовательности внутриличностной психотерапевтической динамики [К. Рудестам, 1990]. Существует **логика последовательности психологической коррекции** наркологических больных и использования для этого отдельных форм и методов терапии [Даренский И. Д., 1997]. По логике психологической коррекции сначала создается мотивация на лечение, выработка установки на трезвость, осознанной потребности радикально изменить образ жизни. Потом формируется адекватное отношение к болезни с преодолением алкогольной анозогнозии. Далее проводится тренинг трезвого поведения и формируются противорецидивные навыки, обсуждается поведение в ситуации застолья, при радостных событиях, встречах с друзьями, ситуации напряженного ожидания и т. д. В заключение программы выполняется коррекция личностных расстройств, способствующих прогрессированию болезни, изменяется отношение к себе и окружающим, к близким людям, к работе. Создается модель оптимального (адекватного) реагирования на психотравмирующую ситуацию. Для закрепления достигнутых

результатов перед выпиской проводится внушение в гипнозе и суггестия наяву трезвеннических установок.

Психотерапевтическая **программа** лечения больных алкоголизмом **в отделении психотерапии** НИИ наркологии создана из реальных возможностей клиники, персонала и конкретных лечебных задач [Валентик Ю. В., Даренский И. Д., 1990]. Программа организована в виде психотерапевтического режима наркологического стационара [Валентик Ю. В., Даренский И. Д., 1991]. **Содержание** этапов наркологической терапевтической программы касается таких разделов программы, как время, цели, основные этапные установки, методы терапии (фармако-, психо-, социотерапия).

Программа противоалкогольного лечения имеет 3 периода. Продолжительность **первого** начального **этапа** лечения 1-2 недели. Пациент находится на стационарном режиме. Статус больного определяется понятием "новичок". В этот период лечащим врачом преследуются такие цели как купирование запоя по показаниям, алкогольного абстинентного синдрома, дезинтоксикация и симптоматическая терапия в широком смысле, купирование острых осложнений, лекарственное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю. Больной вводится в атмосферу отделения, торжественно посвящается в круг пациентов клиники, решаются диагностические вопросы и составляется план лечения. Этапная установка направлена на получение помощи и лечение.

Вопреки распространенному мнению ПТ **присоединяется к лечению в первую неделю**, а не только после купирования абстинентных явлений. В таком случае она заключается в императивных воздействиях по направлению поведения больного, лишенного не только критики к заболеванию и состоянию, но и полного осознания окружающего. ПТ проводится в виде индивидуальной рациональной, поведенческой (статус "новичок"), поведенческого контрактирования, групповой дискусионной. Социотерапия состоит в системной интервенции.

Групповым методам придается основное значение в построении лечебного процесса. Она осуществляется в два этапа. На 1 этапе, который приходится на период устройства, решается задача сообщения больным актуальной информации преодолению алкогольной анозогнозии. На 2 этапе больные включаются в психокоррекционные личностно ориентированные групповые занятия. Этап включает 15-20 сеансов продолжительностью до 2 часов до 3-5 раз в неделю. Группы закрытого типа с численным составом в 7-9 человек. Лечебный курс представляет собой поэтапную коррекцию внутренней картины болезни, личности и тренинг социальных навыков трезвеннического поведения. При этом используются общепринятые психотерапевтические методики.

Психологическая диагностика действительно может быть проведена только после купирования абстинентных расстройств. Диагностика подразумевает определение особенностей личности, отношение к болезни, установок на лечение,

соматических и социальных последствий алкоголизма. При этом больной проходит психофизиологическое и патопсихологическое обследование, консультируется врачами других специальностей. Тщательно собираются анамнестические сведения о больном, в частности, при встрече врача с родственниками больного и оформлении официальных запросов в лечебные учреждения, где ранее лечился больной. С учетом всех этих данных больной осматривается консультантами и составляется индивидуальная программа лечения.

В течение периода новички с помощью наставников осваивают основные требования режима, повышают наркологическую грамотность и осуществляют в целом подготовку для перехода на следующий этап лечения.

Второй этап активной терапии длится 2-4 недели, когда пациент также находится на стационарном режиме и имеет статус "ученика". Цель этапа в продолжении лекарственного подавления патологического влечения к алкоголю и симптоматическая терапия, аутоидентификация, коррекция личностных проблем, связанных с болезнью, включение в оздоровительную деятельность. Больные начинают принимать самое активное участие в трудотерапии и всех массовых мероприятиях, помощи персоналу. Больные, как правило, с одинаковым сроком пребывания в стационаре, включаются в психотерапевтические группы.

Этапная установка направлена на трезвость. ПТ проводится в виде индивидуальной рациональной, поведенческой (статус

"ученик"), групповой дискуссионной, континуальной, групповой экзистенциальной (в т. ч. "марафон"), гештальттерапии, ситуационно-психологического тренинга, суггестивной, психической саморегуляции, психосинтеза, комбинированной. Социотерапия имеет семейную ориентацию.

Лечащий врач осуществляет текущую индивидуальную и специальную ПТ больных. Много времени больные посвящают занятиям по повышению наркологической грамотности путем самообразования. В группы входят и больные, перешедшие на более высокий этап лечения. Они выполняют роль наставников. Имея твердую установку на трезвость, они увлекают за собой тех, у кого снижена или отсутствует критика к заболеванию, кто поступил на лечение по настоянию окружающих и давлению общественности.

С окончанием курса групповой ПТ больные сдают **лечебный зачет**. Неудача при сдаче зачета задерживает больного в статусе ученика. Больной проходит повторное патопсихологическое, психофизиологическое исследование и консультируется специалистами для составления индивидуальной программы реабилитации. Завершается повторный курс ученичества также лечебным зачетом. Лечебный зачет больной может сдать при наличии знаний по наркологии, клинических признаков алкоголизма и наличии отчетливых признаков психотерапевтической динамики.

Сдача лечебного зачета позволяет перейти больному в **третий**, завершающий этап. Продолжительность периода

составляет 2-4 недели. Больной переводится на режим частичной госпитализации и приобретает статус "выпускника". Цель состоит в противорецидивной подготовке, коррекции межличностных отношений и улучшении социально-психологической адаптации в ближайшем окружении. Этапная установка направлена на достижение позитивных социально-значимых целей. ПТ является индивидуальной рациональной, поведенческой (статус "выпускник"), групповой дискуссионной, психической саморегуляцией и психосинтезом. Социотерапия включает семейное консультирование, семейную терапию, социально-психологический тренинг и социальную поддержку.

Амбулаторное наблюдение выписанных больных в отделении осуществляет врач стационара, который выполняет краткосрочную интенсивную комплексную терапию для купирования влечения к ПАВ и предупреждения рецидива. Больной приходит еженедельно в отделение на прием к врачу в течение первых месяцев. Со временем частота визитов уменьшается и определяется индивидуально врачом для каждого больного. Продолжается групповая и семейная ПТ (занятия с женами пациентов, ПТ супружеских пар). Возникающие неформальные психологические отношения становятся основой объединения выписанных больных в клуб. "Клуб бывших пациентов" выступает как внешнее дополнительное условие в жизни больного, как социально-психологическая опора в трезвенническом поведении. Врач помогает больным включиться в работу психотерапевтических сообществ, где осуществляется

непрофессиональное консультирование обученными людьми. Условия реализации психотерапевтической программы не превышают возможностей обычного наркологического отделения.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ОТБОР НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Психотерапевтический отбор проводится по целям терапии, по соответствию характера больного методам, программам ПТ и личности психотерапевта [Даренский И. Д., 1997].

Прежде всего выделяются критерии оценки, используемые при терапевтическом отборе. Психотерапевтическую ситуацию нельзя оценивать абстрактно, отвлеченно. Больной не может быть отвлеченным, а метод ПТ - неким универсальным инструментом. Нельзя даже теоретически представить себе абстрактного идеального врача. Другими словами, все стороны терапевтического процесса имеют субъективную окраску. Исходя из этого и выбираются критерии для отбора больных на отдельные методы лечения. Подбор с целью добиться соответствия всех компонентов терапевтического процесса (пациент, психотерапевт, метод ПТ, и т. д.) получил название "мэчинг" [Mattson M.E. et al, 1993].

Существует иерархия показателей в отношении больного, методов лечения и свойств терапевта по степени их важности для терапевтического выбора. Если приведенная выше классификация методов ПТ имеет теоретическое значение, то для

практических нужд важнее использовать признаки решаемых с помощью психотерапевтических методов целей и задач. Перед терапевтом находится всегда перечень психотерапевтических задач при лечении наркологических больных, а также соответствующих, адекватных методов решения этих задач. Поэтому прежде всего осуществляется **отбор больных по целям лечения.**

Далее отбор проводится по соответствию характера больного **методам ПТ.** Тип характера определяет **эффективность** методов ПТ. При лечении больных с астеническим преморбидом на первом плане находится индивидуальная РП, которая направляется на осознание качеств астении. Затем следуют групповые методы лечения в бодрствующем состоянии и гипнотерапия общеседативного плана. Эмоционально-стрессовая гипнотерапия - предмет выбора. Синтонные больные лучше раскрываются в групповой ПТ, поэтому ей отдается предпочтение. При работе с эпилептоидами врач при первых же контактах берет инициативу на себя. Каждое слово врача воспринимается как прямое руководство к действию. Наибольшее влияние оказывают сеансы стресс-гипноза. Целью индивидуальной терапии является установка эмоционального контакта. При лечении шизоидов, наиболее эффективно осознание болезни при групповой ПТ, в то время как гипнотерапия не эффективна. На первое место выходит индивидуальная ПТ. С истериками проводится переориентация [Классен И. А., 1983]. Пациентам сенситивного типа присуще

отрицательное отношение к алкоголю даже при выраженных степенях психопатий. Неустойчивый тип характера нуждается в твердом, даже властном руководстве. Психастеникам показан подход в виде рационально-разубеждающего метода [Личко А. Е., 1983].

При выборе тактики следует учитывать, что условия, провоцирующие актуализацию ПВА и рецидив заболевания, также определяются особенностями характера. У астеников наблюдается неустойчивое настроение с тенденцией развития субдепрессивных состояний, нарастание аффективно-ригидных качеств личности и их преобладания над рациональными, наступающее в результате заболевания социальная декомпенсация. Синтонные имеют конформность, неспособность изменить отношение к прежней среде, пребывание в среде с алкогольными традициями. Эпилептоидов отличает импульсивность, конфликтность, повышенные личностные притязания к окружающим, невысокие способности к рациональному осмыслению ситуации и подавлению аффекта. Шизоидам свойственны пониженная способность к саморегуляции, аффективная ригидность, нарушение связей в микросоциальной среде. Истерики имеют высокие барьеры психологической защиты, некритичную самооценку и конфликт с микросоциальным окружением, неустойчивые - низкие способности к самоконтролю, конформность, подверженность воздействию ситуации и традиции - психологических факторов,

склонность к бездеятельности и неспособность к самоорганизации.

Выбор метода профилактики зависит от типа характера пациента. Профилактика рецидивов заболевания осуществляется дифференцированно. Для больных с неустойчивыми чертами профилактике способствует длительное сохранение эмоционально насыщенных контактов больного и его семьи с врачом с целью своевременной диагностики появляющихся нарушений и их психотерапевтической коррекции, отрыв больного от алкогольной среды, нормализация семейных и производственных отношений и контроль со стороны лиц близкого окружения. Переориентация на достижения позитивных социально престижных целей рекомендуется для истериков. У истериков и неустойчивых преобладает формальная установка на трезвость и низкая способность к реорганизации самосознания.

Создание благоприятных микросоциальных условий на начальных этапах ремиссии эффективно для астеников и шизоидов. Формирование терапевтических установок и преодоления анозогнозии легко достигается у астеников и синтонных. У шизоидов более труден этот процесс, при обсуждении этих вопросов они вступают в конфликт с врачом, однако достигнутая переориентация более стойкая и длительная. У эпилептоидов все зависит от эмоционального контакта с врачом.

Важен отбор наркологических больных по соответствию характера больного **программам** ПТ. При анализе

терапевтического курса больных заметно однообразие и стандартность психотерапевтических программ. Они могут быть типовыми и составляют конечный типологический перечень. Поэтому для повышения эффективности использования административной структуры и терапевтических средств необходимо разделение больных на однообразные в плане терапевтических фазных запросов группы.

Существует тропность больных к различным типам психотерапевтических программ в зависимости от индивидуальных черт. Конституционально-типологические особенности больных алкоголизмом позволяют проводить отбор для направления на отдельные психотерапевтические программы с целью повышения эффективности лечения. Возможна формализация критериев психотерапевтического подхода с указанием стиля, формы, мишеней и длительности проведения лечения, а также содержания высказываний.

При поступлении больного в стационар осуществляется выбор психотерапевтических программ, включающих общие обязательные атрибуты (этапная фармакотерапия, РП, преследующая цель осознания болезни, негативных последствий воздействия алкоголя на здоровье, формирования мотива для трезвого образа жизни, установок на дальнейшее поддерживающее лечение, а также наблюдение в течении 3-х месяцев и амбулаторная курация), но отличающиеся по ряду методов ПТ. Это делается для того, чтобы объединить больных в несколько терапевтических групп. В психотерапевтическую

группу подбираются больные с одними характерологическими особенностями [Даренский И. Д. и др., 2000]. Безусловно, врачебные рекомендации не должны вступать в противоречие с пожеланиями и лечебным поведением самих больных.

"Сенсибилизирующая" программа подразумевает применение предметно-опосредованной ПТ (плацебо, торпедо, эспераль, кодирование). Следующим важным компонентом программы является обучение противорецидивным навыкам (ролевой тренинг, навыки коммуникаций, отреагирования гнева, управления отрицательными эмоциями и мыслями, увеличения позитивных поступков, анализ экстренных ситуаций и избегание решений, которые могут способствовать рецидиву, навыки для разрешения разнообразия трудных каждодневных ситуаций, навыки отказа от спиртных напитков, обучение аутогенной тренировке, приемам релаксации). Наиболее высокие результаты на этой программе наблюдаются у больных с астеническими чертами.

"Аналитически ориентированная" программа включает гипносуггестивную, психоаналитическую и гештальт терапию. Программа наиболее эффективна для больных с истеро-возбудимыми чертами. Программы "межличностного взаимодействия" (групповая, коллективная и семейная) эффективны у больных со стеническими чертами.

Безусловно, существует **специфика ПТ** наркологических больных **в зависимости от вида ПАВ**, вызвавшего зависимость, в частности, терапия больных наркоманиями [Даренский И. Д.,

1997]. Но эта специфика не выходит за рамки возможностей описанных видов, методов и форм ПТ. Имеющийся арсенал психотерапевтических средств является реальностью наркологической и психиатрической практики, политикой возможного, подлежащей текущей коррекции.

Например, **больные опишной (героиновой) зависимостью** существенно отличаются от больных алкоголизмом в отношении особенностей личности и поведения. Причем это отличие, прежде всего, отмечается самими больными, которые ни при каких обстоятельствах не общаются между собой в отделении, ссылаясь на взаимную отчужденность. Психотерапевт учитывает разное отношение пациентов к собственной болезни. Наркоманы имеют гипернозогнозическую внутреннюю картину болезни, т. е. не только признают себя больными в момент лечения, но и в преморбиде понимали отдаленный результат употребления наркотика. При поступлении на лечение наркоманы знают проявления болезни и средства лечения, предпринимают попытки самолечения.

В этом смысле РП **имеет не такую актуальность** как при лечении иных наркологических больных. Кроме того, она имеет совершенно иные акценты и тематический план. Использование суггестивной и семейной ПТ с привлечением к сеансам родителей больных также менее актуально. Большой эффект при терапии в референтной группе, т. е. в среде наркоманов ввиду особого менталитета, особого взгляда на окружающее отдельных участников и всей групповой атмосферы. Психотерапевтическая

программа при лечении опийных наркоманов отличается тем, что подразумевает длительное, многомесячное амбулаторное наблюдение с поддерживающими сеансами групповой ПТ и тренинга [Пронин С. В. и др., 1997].

Проблематично **использование групповой ПТ** в традиционном ее виде, когда наедине с несколькими пациентами-наркоманами остается один врач-психотерапевт. Он полагается на оздоровительные силы группы со стремлением пациентов поддержать лечебные усилия терапевта. Однако группа наркоманов, как правило, не имеет тенденции к оздоровлению и смены менталитета. Часто среди наркоманов встречаются диссоциальные или откровенно криминальные личности. Для повышения эффективности групповой терапии изменяется соотношение терапевтов и наркоманов при групповой терапии. Целесообразна даже совместная работа нескольких терапевтов с одним или двумя наркоманами.

Большие методические и практические сложности имеет **определение эффекта ПТ**. Эффект лечения оценивается по решенности отдельных промежуточных поставленных терапевтических задач, а не только по конечному результату реализации психотерапевтической программы. Лечение вообще, в том числе и ПТ, в частности, должно иметь высокую эффективность. Если на практике это не так, значит неправильно определены цели, задачи и методы лечения.

Существует, с одной стороны, резерв клинического действия лекарства или ПТ, а, с другой, потенциал улучшения

клинического или психологического состояния. Имеется ввиду не легкость течения заболевания, а податливость к лечению. Такой смысл имеет понятие "реабилитационный потенциал".