

10. Еникеев Д. Г., Бохан Н.А. О смешанной форме патологии при хроническом алкоголизме и шейном остеохондрозе // Казанский мед. журн. — Казань, 1988. Т.69, вып.4. С. 285—288.
11. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогредентности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журн. невропатологии и психиатрии. 1983. Вып.8. С. 1222—1228.
12. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик Ю.В. и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопр. наркологии. 1991. Вып.3. — С.13—16.
13. Имамов А.Х. Клинико-патокинетические аспекты патологического преморбиды при алкогольных психозах // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 2. С. 47—51.
14. Красильников Г.Т., Косачев А.Л., Горбатковский Я. А. и др. Причины смерти больных хроническим алкоголизмом // Журн. невропатологии и психиатрии. 1984. Вып. 2. С. 254—256.
15. Крыжановский Г.Н. Генераторные, детерминантные и системные механизмы расстройств центральной нервной системы // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 10. С. 3—10.
16. Мандель А. П., Бохан Н.А. Клиническая типология и экспериментально-психологическая идентификация когнитивного дефицита при ассоциированных формах алкоголизма // XXII съезд психиатров России. — М., 1995. С. 763—764.
17. Матеша А.М. Специфичность церебральных механизмов наркотических состояний: Автореф. дис. докт.мед. наук. — М., 1985. — 26 с.
18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психич. и поведен. Расстройств // Пер. на рус. язык. Под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб., 1994. — 302 с.
19. Минутко В.Л. Взаимосвязь основных проявлений алкоголизма (клинико-психопатолог. анализ): Автореф. дисс. Д. Мед. наук. М., 1995. 45 с.
20. Павленко С.М. Системный подход к изучению проблемы нозологии и концепция о саногенезе // Сов. медицина. 1980. — Вып. 10. — С.93—96.
21. Пятницкая П. П., Карлов В.А., Элконин Б.Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. — М.: Медицина, 1977.
22. Рахальский Ю.Е. Алкоголизм и органические психозы // Алкоголизм. — М., 1959. — 124 с.
23. Семке В. Я., Бохан Н.А. Мультидисциплинарная модель изучения наркологической ситуации в сибирском регионе // Фармакология и токсикология, 1989. Т.4. С.83—85.
24. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск, 1999. — 306 с.
25. Скугаревский А.Ф., Скугаревская Е.И. Системно-структурный анализ алкогольной патологии // Здравоохранение Белоруссии. — Минск, 1982. Вып.6. С. 8—11.
26. Сметанников П.Г. Закономерности осложненного алкоголизма // 8-й Всесоюз. съезд психиатров и наркологов: Тез. докл. — М., 1988. — Т.1. — С. 427—428.
27. Стрельчук П. В., Альптулер В. Б. О патологическом влечении к алкоголю, его динамике и значении в клинике хронического алкоголизма // Журн. невропатологии и психиатрии. 1978. Вып.4. С.529—533.
28. Судаков К. В. Биологические мотивации как основа наркотической зависимости и алкогольного влечения // Вопр. Наркологии. — М., 1990. Вып.3. С. 3—14.
29. Aasland O.G. Summary of the findings of the headquarters. Studi on "early detection of problems related to harmful consumption of alcohol" // Working group on treatment and rehabilitation programmes in alcohol abuse: WHO regional office for Europ. Helsinki 25—28 Nov. — 1985. — P. 1—14.
30. Babor T.F., Ritsen E.B., Hodgson R.J. Alcohol-related problems in the primary health care setting. A review of early intervention strategies // Brit. J. Add. 1986. — V.61. — P. 22—47.
31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-III-(3.Ed.): Substance use disorders // Amer. Psychiat. Ass. 5 (1980).
32. Edwards G. Report of a WHO-group of investigators on criteria for identifying an classifying disabilities related to alcohol consumption // Alcohol related disabilities. WHO-Offset Publication Nr.32 (1977). P. 5—22.
33. Edwards G. The Alcohol Dependence Syndrome. A concept as stimulus to enquiry // Brit. J. Add. 1986. — V.81. — P. 171—183.
34. Elks H. The alcoholic organic brain syndrome: A clinical, tomographic and psychometric study of two alcoholic populations // J. Psychopharmacol. — 1989. — V.3, — N4. — P.108.
35. Feuerlein W. Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie // 4 uberarb. Aufl. Stuttgart; New York; Thieme, 1989. 329 P.
36. Jellinek E.M. The disease concept of alcoholism. College and University Press, New Haven, Hillhouse Press, New Brunswick, 1960.
37. Johnson J.L., Adinoff B., Biserbe J.-C.R. et al. Assessment of alcoholism-related organic brain syndromes with positron emission tomography // Alcohol. Clin. exp. Res. 1986. — V.10, — N3. — P. 237—240.
38. Richter G. Charakterisierung von Alkohol-gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit und ihr klinischer Bezug // Z. Arztl. Forth. 1989. Bd 83. P. 803—809.
39. Skinner H.A., Holt R., Schuller J.R., Israel Y. Identification of Alcohol Abuse Using Laboratory Tests and a History of Trauma // Ann. Intern Med. 1984. — V.I 01. — P. 847—851.
40. Stevens J., Denney D. Kindling with clozapine: behavioral and molecular consequences // Epilepsy Res. — 1996. — Vol. 26, №1. — P. 295—304.

Психотерапия в наркологии

МАКАРОВ В.В.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии
Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России, Москва

Описывается новейшая история психотерапии зависимостей в стране. Излагаются основные представления алкогольной экологии. Выделяются три важнейших этапа психотерапии зависимостей: формирование мотивации прекращения употребления, психотерапевтически наполненный ритуал прекращения потребления и поддержание образа жизни с исключением психически активного вещества, вызвавшего зависимость. Сообщается об образовании в области психотерапии в наркологии и о месте психотерапии в наркологии ближайшего будущего.

Психотерапия зависимостей в нашей стране получила особое развитие. Это связано как со своеобразием менталитета наших сограждан и традициями развития национальной психотерапии, так и с порядком финансирования медицины. В развитых странах психотерапия тем или иным способом оплачивается государством или высокообеспеченные пациенты оплачивают услуги частного психотерапевта. Это служит основой для того, чтобы получившие признание методы психотерапии применялись для лечения зависимостей, так же как и других форм патологии, достаточно длительно, с подробной проработкой

и отреагированием осознаваемых и неосознаваемых проблем и комплексов у пациента. Используются различные методы, как теперь принято называть, модальности психотерапии, преимущественно относящиеся к психоаналитическому, бихевиоральному или гуманистическому направлениям современной психотерапии.

В нашей стране пока недостаточно развиты научные и методические подходы к психотерапии зависимостей. И вместе с тем эта область психотерапии широко распространена в практике. Причем здесь используется множество методик и разнообразных приемов. Отставание на-

учного и методического обеспечения данного раздела наркологии отчасти вызвано традиционным приоритетом биологических подходов в специальностях, занятых охраной психического здоровья, в том числе в наркологии, отчасти — нежеланием практикующих специалистов делиться своими результатами и наработками. Многие из них называют свои психотерапевтические приемы новыми авторскими методами психотерапии, возводя такой метод в свой профессиональный секрет. Иногда так и есть на самом деле. У большинства таких специалистов действительно есть профессиональные секреты. А вот своего оригинального метода психотерапии нет. Более того, в отсутствии метода и может состоять их профессиональный секрет [1]!

Наиболее известный в новейшей истории отечественной наркологии подход в лечении сначала только алкоголизма, а затем зависимости от табака и наркотиков метод кодирования по А.Р. Довженко при его аналитическом разборе вообще лишен какой-либо научной новизны и не является самостоятельным методом психотерапии. Достижения А.Р. Довженко сегодня уже принадлежат истории. Главным образом, это протест сильной и целеустремленной личности врача против тоталитарной системы целого государства. Это подвиг героя-одиночки, который восстал и боролся против целой системы, сначала в одиночестве, а затем вместе со своими единомышленниками, число которых множилось, человека, который предвосхитил новые экономические отношения и начал внедрять их в тоталитарном обществе. Лечение путем кодирования по А.Р. Довженко создано и эффективно для людей с тоталитарным менталитетом. Здесь и образ врача — авторитарной фигуры, принимающей ответственность за пациента и запугивающей его неминуемыми тяжкими последствиями при нарушении режима трезвости. Здесь и страх как основной фактор, мотивирующий поддержание трезвого образа жизни. И разовый, однократный сеанс, соответствующий мифу о чудесном исцелении после многих лет пьянства. И отсутствие какой-либо работы с проблемами пациента, его семьи, ближайшего окружения, то есть работы с теми факторами, которые привели к алкогольным излишества, которые поддерживают чрезмерное потребление спиртного и приводят к срыву ремиссий.

После сеанса кодирования пациент и его ближайшее окружение оказываются в амбивалентной ситуации. Он, а еще больше окружающие его близкие люди, довольны прекращением пьянства. И вместе с тем причины и условия, вызывавшие алкогольные эксцессы, не только продолжают сохраняться, но и действуют, часто с увеличившейся силой. Только теперь уже нет привычных алкогольных разрядок. И психическое напряжение продолжает накапливаться, приводя к эмоциональным взрывам, психосоматическим расстройствам или к срыву ремиссии.

Поэтому-то окружающие люди часто считают, что у прошедших кодирование обычно «портится характер» и они часто болеют различными соматическими заболеваниями. Эти болезни окружающими, да и врачами зачастую приписываются только последствиям пьянства. А вместе с тем, это часто соматопсихические расстройства, в этиологии которых имеют значение как многолетние алкогольные излишества, так и психоэмоциональное напряжение в связи с их прекращением.

Конечно, кодирование по А.Р. Довженко принадлежит вчерашнему новейшей истории отечественной нарко-

логии. И все же, неправильно сегодня призывать к прекращению его практического использования: ведь многие граждане нашей страны психологически остаются советскими людьми с тоталитарным менталитетом. Они желают лечиться именно таким способом. С другой стороны, прогрессивная, творческая часть врачей-психотерапевтов, использующих кодирование по А.Р. Довженко, ищет пути своего профессионального совершенствования. Это уже привело к созданию множества авторских модификаций данного подхода и новых, самостоятельных психотерапевтических практик. Одним из них является блокирование. Данная методика разработана в Красноярске в начале 90-х годов большой группой научных сотрудников, преподавателей медицинских вузов и практических врачей на основе западных методов психотерапии: транзактного анализа, нейролингвистического программирования, недирективной психотерапии по М. Эриксону и отечественных авторских наработок. Данный метод построен на выявлении позитивных возможностей и перспектив жизни человека, его ресурсных состояний. Пациент получает позитивную программу жизни без спиртного. С помощью психотерапевтического воздействия блокируется влечение к алкоголю. Метод блокирования представляется эффективным и гуманным подходом к лечению алкогольной зависимости [2].

Кроме того, в нашей стране большинство людей настроено материалистически. И эффективное психотерапевтическое воздействие поэтому должно как-то опосредоваться через материальные объекты. Такими объектами опосредования успешно могут служить лекарственные препараты, деньги, биологически активные добавки, плацебо или какие-либо воздействия при помощи приборов или аппаратов.

Важно подчеркнуть и отметить, что такого лечения, как приведенные выше методики, широко доступные даже малообеспеченным слоям населения, нет ни в одной стране с развитой психотерапией. Это результат, полученный в нашей стране. Достаточно эффективный и продолжающий работать на постсоветском пространстве.

Теперь перейдем к некоторым характеристикам зависимых личностей, имеющим прямое отношение к теории и практике психотерапии зависимостей.

По нашим наблюдениям, у людей, склонных к развитию зависимости, может развиваться тот или иной вариант такой зависимости. У них есть глубинная потребность в зависимости. И это, скорее всего, одна из базовых характеристик психики человека.

Причем химическая зависимость — только небольшая часть известных зависимостей. Возможна зависимость от другого человека, чаще всего симбиотическая зависимость от матери, зависимость от государства, работы, карьеры, от пищи, компьютера и другие зависимости. Так, в последние годы все чаще выявляется зависимость от азартных игр и экзотических конфессий. И когда мы лечим человека от одной зависимости, то не только важно предусмотреть возможность развития другой, но и, более того, осознанно дать возможность такому человеку быть зависимым. Только выбрать зависимость как можно менее деструктивную. Ведь освободиться от потребности в зависимости можно, например, в результате длительной глубинной психотерапии, часто весьма затратной и длящейся не один год, практически мало доступной нашим согражданам. Поэтому приходится учитывать то, какую зависимость предпочтет наш пациент, находясь в ремиссии от той или иной химической зависимости.

Так, известно, что страдающие алкоголизмом в ремиссии часто становятся страстными накопителями, коллек-

ционерными или моралистами. Они могут накапливать материальные ценности или стать последователями одного из множества направлений постижения здорового образа жизни, заниматься укреплением собственного здоровья и здоровья окружающих людей. Или же становятся ярыми спасителями других страдающих зависимостью. На этом во многом строится работа групп Анонимных Алкоголиков и других близких общественных образований подобного толка. Здесь важно, чтобы постоянно был обеспечен приток спасаемых. В ином случае из числа спасителей будут выделяться вновь запивающие люди, которых и будут спасать их товарищи по организации.

Эти и другие заместительные зависимости позволяют пациентам не только поддерживать ремиссию, но и наполнить свою жизнь новым содержанием, реализовывать свой потенциал.

Известно, что курящие пациенты, находящиеся в ремиссии при алкогольной или наркотической зависимости, зачастую резко увеличивают число выкуриваемых ими сигарет. Увеличение курения является компенсаторным механизмом, позволяющим удерживать ремиссию от другого психически активного вещества, а часто и избежать депрессии. Здесь особенно важна наша терапевтическая осторожность.

Кроме того, на разных этапах развития зависимостей осуществление психотерапевтических воздействий по-разному возможно и эффективно.

Общий принцип для зависимостей от ряда психически активных веществ состоит в том, что психотерапевтическая работа возможна и эффективна на этапах употребления до развития зависимости и через некоторый более или менее значительный промежуток времени после окончания формирования зависимости. Так, используя традиционный язык отечественной наркологии, можно сказать, что действенное психотерапевтическое лечение возможно у части пациентов на этапе бытового пьянства и, затем, алкоголизма II и II—III стадий. На этих же этапах развития заболевания психотерапия более эффективна. Тогда как у больных на I и I—II стадиях заболевания психотерапия может оказаться неэффективной, а иногда и невозможной. Ведь во время этого своеобразного “медового месяца” алкоголизма больных трудно мотивировать на какое бы то ни было лечение, и в частности психотерапевтическое.

Теперь обратимся к потреблению алкоголя без явлений зависимости и к поддержке таких людей — к алкогольной экологии. Употребление спиртных напитков приняло столь повсеместный и широкий размах, что уже невозможно ограничиться помощью только людям с развившейся зависимостью. Помощь и поддержка необходима множеству наших сограждан на всех этапах и при всех формах потребления алкоголя. Такую поддержку человеку можно оказывать, располагая знаниями и умениями из новой междисциплинарной области, в основе которой лежит психотерапия, получившей название *алкогольная экология*.

Алкогольная экология — это защита человека от деструктивного, разрушительного действия спиртных напитков, модификация картины опьянения, замедление развития зависимости, преодоление зависимости от спиртного. Целью алкогольной экологии является достижение дисциплинированного, оптимально дозированного, употребления спиртных напитков, усиление позитивных эффектов алкоголя и максимально возможное уменьшение его вредного воздействия на человека. Занимаясь алкогольной экологией, мы стремимся к минимизации вредных

последствий потребления алкоголя, к оптимизации его употребления, к потреблению чистых и качественных напитков, к помощи людям с алкогольными проблемами.

Человек употребляет спиртные напитки с незапамятных времен — часто пишется, что на протяжении тридцати тысяч лет. Вначале прием алкоголя носил культовый характер. А сегодня алкогольное поведение является неотъемлемой частью жизни и бытовой культуры.

Конечно же, алкоголь оценен обществом по достоинству. Состояние опьянения для многих стало третьим, причем наиболее желанным, состоянием наряду с бодрствованием и сном. Некоторые осознают, что и само алкогольное опьянение в разных местах с разными людьми протекает по-разному. На праздниках и юбилеях, на похоронах и поминках, в поездках и на теплоходах, в гостях и дома, в кафе или просто на улице — опьянение протекает по-разному, в различных местах приносит больше или меньше приятных ощущений и приводит к большему или меньшему количеству проблем.

Само широкое употребление спиртного сегодня может восприниматься как попытка самолечения нации. Где есть какая-либо форма лечения, там необходимы специалисты, занятые помощью людям, получившие специальную подготовку.

Алкогольная экология ставит перед собой задачу оптимизации отношения человека со спиртными напитками. В этом ее отличие от клинической наркологии, которая по-настоящему интересуется только уже заболевшим человеком и всем пациентам обычно предлагает полное воздержание от спиртного. Между тем важно отметить, что пьянство далеко не всегда приводит к зависимости от алкоголя. Под пьянством со времен Е. Джеллинека (1960) понимаются те случаи, в которых на основе привычки или какого-либо иного предрасположения человек не может ни бросить пить, ни свести потребление алкоголя к безвредному минимуму при отсутствии признаков заболевания.

Недисциплинированное употребление спиртного, алкогольные излишества — бытовое пьянство — может нести для личности, семьи и государства не менее вредные последствия, чем зависимость от алкоголя. А для общества в целом пьянство, несомненно, создает значительно больше проблем, чем зависимость. От пьянства особенно страдают люди, занятые квалифицированным трудом, требующим высокой интеллектуальной отдачи и дисциплины. Пагубные последствия для них могут быть значительно более выражены, чем последствия от тяжелой, многолетней зависимости для человека физического труда или не занятого регулярным трудом субъекта.

К биологическому аспекту алкогольной экологии относятся, в частности, врожденная переносимость алкоголя и генетическая предрасположенность к развитию зависимости. Вместе с тем важно знать и учитывать алкогольную историю и культуру каждого народа. Так, например, армяне относятся к тем народам, которые и привнесли алкоголь в земную культуру. Они весьма адаптированы к спиртным напиткам. Русские на протяжении большей части своей истории употребляли пиво, медки, браги и слабые импортные вина, к данным напиткам русские адаптированы. А затем традиция, позволяющая широко употреблять слабые спиртные напитки, неправомерно распространилась на крепкие, которые русские начали употреблять совсем недавно. Здесь организм человека особенно нуждается в защите и помощи. И, конечно же, нашей стране необходима осознанная государственная алкогольная политика [3].

К психологическому аспекту алкогольной экологии относится алкогольное поведение человека: система разрешений и запретов при взаимодействии с алкоголем, способности психологически настраивать себя на определенные формы поведения и ограничения. Это особенно важно в нашей водочной алкогольной субкультуре, где широко употребляется наиболее опасный спиртной напиток. А ведь водка дает не только агрессивные формы опьянения. Быстрее других напитков она вызывает и формирование зависимости, патологию внутренних органов, преждевременное старение и смерть человека.

Передача алкогольной субкультуры осуществляется на двух основных уровнях: социально-психологическом (обычай) и индивидуально-психологическом (установки). Первичные алкогольные установки складываются до начала потребления спиртного, вторичные установки в процессе алкоголизации.

Индивидуальное употребление алкоголя контролируют обычаи и санкции. Обычаи декретируют потребление алкоголя и поведение в состоянии опьянения. Санкции обеспечивают как формальный, так и неформальный внешний контроль за алкогольным поведением человека. Особое значение здесь приобретает воспитание культуры отказа и потребления спиртных напитков, воспитание особой осторожности при взаимодействии с психически активными веществами, способными вызывать зависимость.

Человек, страдающий пьянством или алкогольной зависимостью, интенсивно влияет на окружающих. Основное деструктивное влияние он оказывает на членов своей семьи: детей, супруга. Здесь важны семейная психотерапия или иные формы психотерапии. В работе с алкогольными семьями довольно часто приходится встречаться с женщинами, приверженными пьянству или ведущими воздержанный образ жизни, которые неоднократно выходят замуж за страдающих зависимостью от алкоголя мужчин. Выйдя впервые замуж и испытав все неприятности пьяного быта, такая женщина может долго и мучительно идти к разводу. Получив развод, она часто продолжает терпеть обиды от бывшего мужа. А когда, наконец, вновь выходит замуж, то и второй муж оказывается человеком, страдающим зависимостью от алкоголя. Таких замужеств может быть несколько. Более того, эти женщины часто попросту не реагируют на ухаживания мужчин без алкогольных проблем. Их влечет к зависимым от алкоголя. Такие женщины нуждаются в психотерапии в целях раскрытия жизненного сценария. Часто их отец, или отчим, или дед страдали зависимостью от алкоголя. И его образ был запечатлен как единственный достойный образец мужчины.

Только иногда удается обнаружить, как именно был запечатлен этот образ. Например, отец только в состоянии опьянения был ласков с маленькой дочерью. В состоянии похмелья он раскаивался и делал подарки. Когда же был трезв, становился отчужденным, грубым и злым или попросту не замечал дочь. Значит, все хорошее в мужском образе связывалось с состоянием опьянения или похмелья, а все плохое — с трезвым состоянием. В последующем таких женщин привлекают в жизни только пьющие мужчины. Другие попросту не вызывают интереса. Они как бы вовсе и не распознаются как мужчины. Оказание помощи таким женщинам — удел профессионалов высокого класса.

Можно сказать, что во всех случаях пьянства мужчин страдают женщины, живущие с ними рядом. Такие женщины нуждаются в поддержке. Зачастую им необходимы

успокаивающие препараты и адаптогены, средства, улучшающие ночной сон, и специальные гинекологические биологически активные добавки. И, конечно же, различные формы психотерапии.

Впрочем, не все так просто с женщинами пьющих мужчин. Часто их эти мужчины устраивают, потому что позволяют руководить собой, неприятны и управляемы. Когда мужчина трезвеет, то не только его собутыльники, но и достаточно часто жена пытается вернуть его в прежнее, управляемое состояние. Обычно делается это не открыто и откровенно, а особым образом, исподтишка, при помощи специальных уловок. Это один из вариантов психологической игры «Алкоголик». Целый ряд этих психологических игр, в которые часто втягиваются и врачи, может явиться предметом специальных публикаций.

Получившие распространение методы лечения алкогольной зависимости только частично устраивают пациентов и их родственников в связи с тем, что не полностью соответствуют двум основным культуральным мифам, а именно: быстрого лечения и возможности умеренного употребления алкоголя после лечения. К созданию условий для такой возможности постоянно возвращаются как врачи-наркологи, так и парапрофессионалы. Тем не менее, ряд экспериментов, выполненных с соблюдением всех правил научного исследования, показывает, что при сформировавшемся алкоголизме, со всеми характерными симптомами и синдромами, возвращение к умеренному употреблению спиртного невозможно. Это связано, главным образом, с двумя важнейшими признаками зависимости: потерей контроля и синдромом похмелья.

Вместе с тем широкое распространение различных форм пьянства приводит к тому, что к специалисту-наркологу обращаются не только больные с выраженными клиническими проявлениями заболевания, но и страдающие различными формами пьянства без признаков сформировавшейся зависимости. Полное прекращение алкоголизации представляется им крайне не желательным или даже трагичным. Большинство таких пациентов стремится оставить для себя принципиальную возможность употребления спиртных напитков.

Тщательный анализ клинической картины позволяет выделить тех пациентов, которым можно разработать индивидуальный стиль потребления спиртных напитков. В этих случаях важно, чтобы симптом потери контроля отсутствовал или манифестировал только вслед за употреблением определенной, значительной дозы алкоголя. Алкогольное опьянение должно носить физиологический, эйфорический характер, а измененные формы опьянения отсутствовали бы или проявлялись при приеме только больших доз спиртного. Синдром похмелья либо не был сформирован, либо обнаруживался обычно в результате многодневного пьянства.

Обязательно осуществляется анализ алкогольных психологических игр пациента в его ближайшем окружении. На сеансах семейной психотерапии разрушаются деструктивные игры и формируются начала нового стиля взаимоотношений в семье.

По результатам данной работы с пациентом заключается терапевтический договор, где изложен возможный стиль поведения пациента, а также действия и ответственность сторон за результаты психотерапевтического лечения. Одной стороной является пациент, другой — психотерапевт.

Кроме того, пациент получает поддерживающее лечение с помощью медицинских препаратов, биологически

активных добавок и, обязательно, психотерапии. Это зависит от показаний и настроения самого пациента.

Успех данной работы, оцениваемый в сравнении с длительностью ремиссии у больных алкоголизмом, прошедших лечение другими методами, внушает оптимизм.

Иной, отличный от приведенного, метод дозированного потребления спиртного разработал А.Я. Дериев [4]. Согласно его представлениям, успех лечения во многом зависит от ожиданий клиента и конгруэнтности терапевта, их веры в успех лечения. Если ожидания клиента и терапевта не совпадают или установка клиента на “трезвый образ жизни” носит декларативный характер, то ремиссия, как правило, краткосрочна или отсутствует вовсе. При моделировании дозированного употребления алкоголя необходимо придерживаться пяти основных условий “хорошо оформленного результата”, разработанных Робертом Дилтсом:

1. Позитивное формирование проблемы;
2. Наличие чувственного опыта желаемого состояния;
3. Границы (контекст) желаемого состояния;
4. Поддержание желаемого состояния без помощи терапевта;
5. Позитивные стороны прежнего поведения должны быть перенесены в новое.

Точная работа психотерапевта позволяет надеяться, что лечение будет достаточно эффективным и достаточно безопасным, а изменения клиента — стойкими и экологичными. Во время сеансов индивидуальной психотерапии применяется недирективная эриксоновская терапия. Идет работа с метафорами изменения, научения, дозы. В Центре психотерапии “Транс” (Новосибирск), где используется данная методика, получены следующие результаты: в течение двух лет лечилось 111 человек. Из них в ремиссии находятся 75%; в связи с рецидивом заболевания и снятием кода повторно пролечено 8%; сняли код в Центре и находятся в ремиссии самостоятельно 3,6%, отсутствие ремиссии у 13,4%. У большинства клиентов значительно повышается самооценка после того, как они убеждаются в том, что могут употреблять алкоголь в определенных дозах.

С нашей точки зрения, важно помнить, что, даже настаивая на полном прекращении употребления алкоголя пациентом, желательно оставлять ему в будущем надежду на дозированное употребление. Это мечта, с которой человек будет жить. Далеко не все пациенты могут даже со временем перейти на дозированное потребление алкоголя. И у многих из тех, кому не удастся этого сделать, со временем такое желание потеряет свою актуальность.

Обобщая сказанное, в наркологии можно выделить три важнейших этапа психотерапии зависимостей: 1) формирование мотивации прекращения употребления, 2) психотерапевтически наполненный ритуал прекращения потребления и 3) поддержание образа жизни с исключением психически активного вещества, вызвавшего зависимость.

Различные концепции и школы психотерапии готовы выполнять эту работу по-своему. И ее важно проделывать в полном объеме, не ограничиваясь только эпизодом прекращения потребления средства, вызвавшего зависимость. А ведь краткосрочные и разовые психотерапевтические сеансы нацелены именно на выполнение ритуала прекращения потребления алкоголя.

Современная психотерапия является самостоятельной специальностью. Впрочем, в нашей стране до последнего времени официально развивается только клиническая

психотерапия, другими словами, врачебная психотерапия, основанная на парадигмах психотерапии, психиатрии и конкретной медицинской дисциплины применения. В данном случае — наркологии. Такой подход делает специальность врача-психотерапевта элитарной. Из этого вытекает дороговизна психотерапевтических услуг в наркологии, трудности в организации и проведении длительных психотерапевтических программ.

По нашим представлениям психотерапией могут заниматься специально подготовленные средние медицинские работники. Психологическое консультирование в области наркологии могут успешно проводить специально подготовленные психологи-консультанты. Врачей психиатров-наркологов важно готовить в области. А для тех специалистов, кто принял решение связать свою судьбу с психотерапией, предусмотрена профессиональная переподготовка в этой области психотерапии. Все названные формы дополнительного профессионального образования могут выполняться Российской медицинской академией последипломного образования.

В заключение важно отметить, что сегодня все более активно разрабатываются и находят свое практическое применение психотерапевтические подходы помощи злоупотребляющим психически активными веществами и страдающим зависимостями от них: при формировании мотивации прекращения употребления; ритуале прекращения потребления и поддержании образа жизни с исключением психически активного вещества, вызвавшего зависимость, как для пациентов мотивированных на лечение [5], так и при низкой мотивации [6] и в реабилитационных программах [7]. Важно, что психотерапия находит свое место в комплексе новой, формирующейся наркологии, а выделенная из психиатрии и поспешно сформированная наркология соответствовала потребностям государства советского времени. Сегодня сложившаяся система наркологических диспансеров нуждается в преобразовании в наркологические реабилитационные центры [8], а психотерапия в этих центрах должна играть важную, во многом определяющую роль.

Список литературы

1. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Академический проект, 2000, 416 с.
2. Макаров В.В., Киселева Л.И. Наркология: Учебное пособие. Красноярск: Изд-во Красноярского университета, 1991, 240 с.
3. Онищенко Г.Г., Егоров В.Ф. Алкогольная ситуация в России. О концепции государственной алкогольной политики в Российской Федерации. // Наркология. 2002. №1. С. 4—8
4. Дериев А.Я. Опыт моделирования дозированного употребления алкоголя при алкоголизме. В кн.: Вопросы ментальной медицины и экологии. Т. 99. 1996, № 2. С. 70—74.
5. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии под редакцией профессора В.В. Макарова. М.: Академический проект, 1999. 250 с.
6. Батищев В.В., Негриш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. — М., 2001, 184 с.
7. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Наркология. 2002. №1. С. 43—47.
8. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии. // Наркология. 2002. №1. С. 40—42.