

Директивные методы психотерапии, применяемые при лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ (обзор)

ДМИТРИЕВА Т.Б.	д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва;
ИГОНИН А.Л.	д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КЛИМЕНКО Т.В.	д.м.н., профессор, руководитель Отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
ПИЩИКОВА Л.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. Отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Обзорная статья продолжает серию публикаций Т.Б.Дмитриевой с соавторами, посвященных методам лечения и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). В данном сообщении речь идет о директивной психотерапии, применяемой при лечении наркологических пациентов. Дано описание методов рациональной психотерапии, гипноза и различных суггестивных приемов, а также поведенческой терапии.

При лечении наркологических больных используются как директивные, так и недирективные психотерапевтические приемы. К методам первого типа можно отнести, при относительной условности такого деления, рациональную психотерапию, гипноз и различные суггестивные приемы, а также поведенческую терапию. Главной недирективной формой является групповая (интерперсональная) психотерапия. К недирективным методам относятся также гештальт-терапия и аутогенная тренировка.

Директивные методы основаны либо на подчинении пациента врачу (гипнотерапия), либо на манипулировании первым вторым (поведенческая терапия). Взаимоотношение врача и пациента строятся при этом по типу «субъект—объект».

Рациональная психотерапия (на Западе ее чаще называют когнитивной) — наиболее распространенная в нашей стране форма директивной работы с наркологическими пациентами. Она обычно ведется в индивидуальной форме. Индивидуальная рациональная психотерапия (ИРП) не всегда даже выделяется как самостоятельный метод, поскольку не включает в себя какие-либо специальные, изолированные, психотерапевтические приемы. Тем не менее, давая описание различных психотерапевтических подходов в наркологии, ее нельзя проигнорировать. ИРП применяется либо как дополнение к другим приемам, либо, при медико-центристском подходе к лечению больных, как единственная форма психотерапевтического воздействия на них.

Целями ИРП являются формирование установки на лечение и отказ от ПАВ, а также повышение устойчивости пациентов к различным неблагоприятным воздействиям в ремиссиях. Считается, что ИРП должна носить дифференцированный характер и учитывать личностные особенности больных [1, 2]. Так, при работе с возбудимыми личностями следует проявлять осторожность в беседах на темы, ущемляющие их самолюбие. Сохраняя твердость в принципиальных вопросах, в мелочах пациентам следует уступать. По отношению к больным неустойчивым, подверженным внешним влияниям, можно придерживаться более авторитарного подхода и осуществлять жесткий контроль над ними. Больным астенического типа

особо необходимы моральная поддержка, поощрение, укрепление их веры в собственные силы.

Кроме индивидуальной существует коллективная рациональная психотерапия. Как уже говорилось выше, при проведении данного вида психотерапии не используется групповое взаимодействие между пациентами. Психотерапия проходит при минимальных проявлениях активности самих больных, по типу лекций или бесед. Участие в них пациентов ограничивается вопросами к лектору, которые могут следовать после информирующей части занятия. Поэтому при обозначении данного метода используется термин не групповая, а коллективная психотерапия. В настоящее время в чистом виде данный метод используется редко. Он находит, например, свое применение как составной элемент процедуры кодирования (см. ниже). В 70-е годы вышел ряд работ, описывающих данный метод в основном с точки зрения уточнения характера информации, которая должна быть преподнесена больным [3].

В отечественной наркологии всегда очень широко применение находили суггестивные психотерапевтические методы, и в первую очередь, гипнотерапия. В отличие от индивидуальной рациональной психотерапии при проведении гипнотерапии используются специальные технические приемы для достижения гипнотического сна, во время которого сохраняется избирательный вербальный контакт пациента с психотерапевтом (раппорт). При погружении пациента в состояние гипнотического сна в большинстве модификаций используются релаксационные приемы: достижение мышечного расслабления, покоя, отрешенности от окружающего мира, ощущения тяжести и тепла. Применяются известные дополнительные стимулы аудиального, визуального и осязательного характера.

После наступления гипнотического сна произносятся формулы внушения — императивные эмоционально насыщенные фразы, суть которых сводится к выработке отрицательного отношения пациента к спиртным напиткам и формированию у него установки на воздержание от ПАВ. Если в бодрствующем состоянии произносимые врачом фразы не всегда воспринимаются наркологическими больными должным образом, так как наталкиваются на характерную для них психологическую защиту, то

в состоянии гипнотического сна формулы внушения нередко удается напрямую внедрить в подсознание пациента. Следует, однако, заметить, что необходимая для достижения указанных эффектов внушаемость присуща далеко не всем наркологическим больным. Если в группе появляется одно или несколько лиц, скептически относящихся к данному методу, его результативность резко снижается. Особенно трудно добиться необходимой мотивации в отношении данного вида лечения, как, впрочем, и в отношении любых других методов, у больных наркоманиями.

В отечественной практике лечения больных алкоголизмом наиболее известной является методика, разработанная В.Е.Рожновым [4], — коллективная *эмоционально-стрессовая гипнотерапия*. Как видно из названия, сеансы суггестии в рамках данной методики обязательно проводятся в группе пациентов, поскольку используется эффект индуцирования больными друг друга. Психотерапевт не ставит цели погружения больных в глубокий гипнотический сон, ограничиваясь достижением сонливости и описанной выше релаксации.

Главной особенностью методики является стрессовое воздействие на больных в момент их наибольшего расслабления. Используется резкий контраст в переходе от успокаивающих к мобилизирующим формулам внушения. Произносимые фразы должны быть максимально насыщенными эмоциями. Больным в острой конфронтационной форме напоминает о драматических эпизодах в их биографии, связанных со злоупотреблением спиртным. Делаются попытки вызвать у больных тошнотно-рвотную реакцию на алкоголь. Некоторые психотерапевты дают больным в кульминационный момент нюхать ватку, смоченную спиртным. Однако, в отличие от условно-рефлекторной терапии, апоморфин и другие препараты, вызывающие рвоту, не используются. Завершение сеанса эмоционально-стрессовой гипнотерапии должно носить оптимистичный характер. Больным внушается, что после проведенной психотерапии они будут хорошо себя чувствовать физически и психологически, а также не будут испытывать потребность в спиртном.

Существует ряд суггестивных приемов, мало известных в мире, но широко распространенных в России. Из них следует особо выделить процедуру *кодирования* — метод лечения больных алкоголизмом, предложенный врачом из г.Феодосии А.Р.Довженко. Свое нынешнее название метод получил не сразу. В 1980 г. он был представлен на рассмотрение Комитета по делам изобретений и открытий просто как «способ лечения хронического алкоголизма А.Р.Довженко». В соответствии с описанием изобретения метод состоял в выработке отрицательного условного рефлекса на алкоголь с помощью раздражения блуждающего и тройничного нервов, которое производится при механическом надавливании на точки Валле. Кроме того, использовалось орошение полости рта хлорэтилом.

Термин *кодирование* появился в методических рекомендациях с описанием метода А.Р.Довженко, которые выпустил в 1984 г. Харьковский НИИ неврологии и психиатрии. В рекомендациях прием А.Р.Довженко получил общее название *метода стрессотерапии*. В рамках данного метода процедура кодирования лишь завершает курс лечения пациента. Перед кодированием проводится беседа с группой больных алкоголизмом, во время которой на них оказывается интенсивное психотерапевтическое воздействие, сходное с тем, которое использовал при проведении стрессовой гипнотерапии В.Е.Рожнов. Больным в остро конфронтационной и эмоционально насыщенной форме напоминает обо всех произошедших в их жизни драмах, связанных со злоупотреблением алкоголем. В самых мрачных красках рисуется будущее, ожидающее их в случае продолжения пьянства. Желательно, чтобы больные испытали во время психотерапии эмоциональное по-

трясение, сопровождающееся раскаянием и чувством внутреннего очищения (своего рода катарсис).

Лишь затем проводится собственно кодирование с описанными выше манипуляциями в виде надавливания на точки Валле и орошения полости рта хлорэтилом. Допускаются и иные формы воздействия. Например, врач закрывает больному глаза ладонью и резко запрокидывает назад его голову. В тот момент, когда пациент испытывает болевые и иные неприятные ощущения, психотерапевт с пафосом произносит ключевую фразу о «закладывании в голову» больного специального кода, исключающего употребление алкоголя. Врач устанавливает, исходя из своих прогностических ожиданий, «срок действия кода», который может варьировать от нескольких месяцев до нескольких лет. Больной предупреждается о возможных тяжелых последствиях для здоровья («вплоть до смертельного исхода»), которые могут возникнуть при нарушении в течение этого срока режима трезвости. Словесное внушение подкрепляется письменной распиской больного о том, что он предупрежден о возможных отрицательных последствиях для его здоровья в случае употребления алкоголя.

Следует отметить, что эффект кодирования очень сильно зависит от личностных качеств психотерапевта, в особенности от его артистизма и интуитивного умения проникнуться чувствами и настроениями больных и их родственников, качеств, которыми в полной мере обладал автор метода А.Р.Довженко. Не меньшее значение имеют также профессионализм и слаженность работы бригады, возглавляемой психотерапевтом. Члены бригады отбирают для своего руководителя пациентов с хорошей мотивацией в отношении воздержания от алкоголя и безграничной верой в возможность психотерапевта. Условием приема больных на лечение является предшествующее полное воздержание от алкоголя в течение нескольких недель. В этот период проводится серия контрольных обследований. Если знакомство с пациентом приводит психотерапевта к убеждению, что позитивных результатов в данном случае добиться не удастся, больной объявляется не готовым к применению метода и исключается из группы пациентов, идущих на кодирование.

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

Имплантация препарата эспераль и процедура «торпедо» относятся к категории приемов так называемого чрепредметного внушения и применяются в основном при лечении алкоголизма. Внушение производится опосредованно с введением в организм лекарственных средств. Как и при проведении кодирования, больным внушается, что в течение определенного времени после осуществления процедуры («периода действия лекарственного препарата») они должны полностью исключить употребление алкоголя. В случае, если произойдет срыв, возникнут, как и после проведения кодирования, тяжелые последствия для здоровья больного. Внушение подкрепляется письменной распиской пациента об осведомленности о возможных отрицательных последствиях срыва.

Некоторые специалисты подвергают сомнению деонтологическую корректность описанных выше технических приемов [5, 6, 7]. По их мнению, нежелательной является дезинформация больных и их родственников (какими бы благими побуждениями врач не руководствовался). Отрицательные последствия может иметь также ориентация больных и их родственников на одномоментную процедуру, а не на длительную работу, направленную на изменение мировоззрения пациента и его образа жизни.

Подвергается также критике установление больному тех или иных сроков воздержания от алкоголя, по истечении которых ему как бы выдается индульгенция на его употребление. Считается, что применение данных методов позволяет добиваться отдельных тактических успехов, но снижает шансы на кардинальные положительные сдвиги в будущем. Тем не менее, различные суггестивные приемы по-прежнему находят в отечественной практике лечения больных алкоголизмом самое широкое применение.

Активно используются при лечении наркологических заболеваний также методы *поведенческой терапии*. Она базируется на теории обучения, или научения, родоначальником которой считается И.П.Павлов, и введенном им понятии *условного рефлекса*. Применительно к злоупотреблению ПАВ в рамках этой теории в последние десятилетия используется термин *подкрепление*.

За то или иное действие, которое совершает индивидум, он может получать поощрение либо наказание (в научном смысле). Если баланс между ними таков, что преобладает поощрение, то данное действие получает подкрепление. Это ведет к его фиксации в системе поведения индивидума и ко все более частому повторению. При формировании зависимости происходит регулярное подкрепление действий, связанных с употреблением ПАВ, которые, как известно, позволяют индивидуму ощутить эйфорию, снять напряжение, получить необычные, яркие ощущения. Повторный прием вещества часто связан с возможностью с его помощью смягчить абстинентные расстройства, вызванные предыдущим употреблением вещества.

Система подкрепления имеет даже свой биологический субстрат в виде возникновения определенных изменений в мозге, сопутствующих описанному процессу. Действие, получившее подкрепление, сопровождается временным повышением активности нейромедиаторов некоторых, преимущественно лимбических, структур мозга. Все это обуславливает особую стойкость и глубину формирующегося патологического влечения к психоактивным веществам.

К наиболее известной в нашей стране поведенческой методике относится *условно-рефлекторная терапия*, применяемая при лечении больных алкоголизмом. Суть ее состоит в том, чтобы добиться такого эффекта, при котором употребление алкоголя связалось бы в сознании пациента не с позитивными, а с негативными ощущениями. Больному алкоголизмом вводится аверсивное средство и непосредственно перед возникновением тошнотно-рвотной реакции дается алкоголь. Поэтому индивидум получает от спиртного не привычные для него позитивные эмоции, а тягостные физические ощущения. Таких сеансов должно быть проведено не менее двадцати.

В рамках данной методики обязательно психотерапевтическое воздействие на больных с элементами суггестии, проводимое в момент возникновения тошнотно-рвотной реакции. Наибольший эффект достигается, как и от всех предыдущих методик, в том случае, если у больного есть установка на трезвость и чувство вины за совершенные в связи со злоупотреблением алкоголем проступки (в последнем случае он может даже испытывать от неприятной процедуры мазохистское удовлетворение).

Если в 60—80-е годы метод УРТ, благодаря усилиям И.В.Стрельчука, Г.Н.Энтина и других авторов, был очень широко распространен в нашей стране, то в настоящее время от него практически отказались. Были накоплены данные о низких результатах лечения методом УРТ в связи с нестойкостью вызываемого эффекта отвращения к алкоголю. К тому же отечественные специалисты начали широко осваивать новые психотерапевтические методы, соответствующие современному уровню представлений о гуманитарных принципах проведения психотерапии в наркологии.

Другой вариант поведенческой терапии — *ситуационный тренинг* (СТ) — получает, в отличие от УРТ, все большее распространение, поскольку не требует проведения столь сложных, как при последней методике, пропедевд и учитывает влияние социальных факторов на зависимость от ПАВ. Ситуационный тренинг является одним из вариантов социально-психологического тренинга, или тренинга умений и навыков. Применение СТ при лечении наркологических заболеваний описаны Ю.В.Валентиком, А.Л.Игоным, И.В.Белокрыловым, И.Д.Даренским, И.Н.Ровенских и некоторыми другими авторами [8, 9, 10].

Суть ситуационного тренинга состоит в выработке конструктивных образцов поведения, направленных на преодоление зависимости и улучшение взаимодействия пациента с социальной средой. СТ проводится обычно в группе. Вначале ситуации, способствующие употреблению ПАВ, подвергаются своего рода инвентаризации. Каждый больной рассказывает о характерных именно для него социальных коллизиях такого рода. Существует несколько десятков или даже сотен типовых ситуаций риска, когда на больного неблагоприятное влияние оказывает его окружение на работе, по месту жительства или даже в семье. Но возможны и некоторые виды поведения пациента, создающие риск употребления ПАВ, на которые окружающие люди не оказывают влияния. Например, какие-либо увлечения больных, не требующие больших усилий или физических усилий (такие, как просмотр видеофильмов), связались с привычным ритуалом употребления алкоголя или курения гашиша. Некоторые психотерапевты в число ситуаций риска включают и возможные у наркологических больных душевные состояния, которые обостряют влечение к ПАВ, в частности психогенно обусловленные или спонтанно возникающие колебания настроения.

Из числа типовых ситуаций, способствующих употреблению ПАВ, психотерапевт выделяет ситуации, наиболее значимые для каждого больного группы. Они разделяются на простые, поверхностные (например, случайное присутствие больного алкоголизмом на банкете) и сложные, которые основаны на глубоко закрепившихся стереотипах поведения, связанных, например, с влиянием на больного давнего приятеля, партнера по выпивке (при алкоголизме). Затем следует рациональное обсуждение коллизий такого рода. Описывается психологическое состояние больных, сопутствующее возникновению ситуаций риска. Психотерапевт находит наиболее адекватные ключевые фразы, жесты, поступки и другие образцы конструктивного поведения в неблагоприятных ситуациях. Задача психотерапевта — помочь каждому больному придумать и отработать такие формулы отказа от употребления алкоголя или других ПАВ, которые предполагают быстрый, эффективный и не сопровождающийся моральными потерями выход из ситуации риска. Например, в зависимости от глубины отношений больного алкоголизмом с взаимодействующими с ним людьми могут быть три вида формул отказа:

- 1) формальный отказ;
- 2) отказ со ссылкой на причину, значимую для тех, кто ведет с больным диалог;
- 3) отказ по типу “открытые карты”.

Завершает СТ процедура проигрывания в экспериментальных условиях неблагоприятной ситуации, напоминающая упрощенный вариант психодрамы Я.Морено*.

* По сравнению с психодрамой Я.Морено при ситуационном тренинге не ставится задача добиться такой глубины воздействия на больных, которая бы обеспечивала их отреагирование на вытесненные в прошлом комплексы. Методика СТ в отличие от психодрамы, проще, требует меньше времени, четко структурирована и допускает более активное вмешательство врача в ход психотерапевтического процесса.

Один из участвующих больных (протагонист) располагается в центре разыгрываемой сценки, сюжет которой основан на одной из перечисленных выше ситуаций риска. 1—3 больных выполняют вспомогательные функции. Обычно им предлагается сыграть роль приятелей больного, пытающихся уговорить его выпить или употребить то или иное вещество. Минимальная импровизация и изобретательность со стороны больных позволяют создать сколь угодно большое число вариантов диалога. Допускается, чтобы беседы принимали жесткие, конфронтационные формы: это помогает больному лучше отработать формулы отказа от употребления ПАВ.

Разыгрывание сценок наталкивается обычно на трудности, связанные с характерной для наркологических больных психологической защитой. Если она не преодолена и больной не принял однозначного внутреннего решения полностью воздерживаться от алкоголя или другого вещества, он не сможет участвовать в сценке, в которой ему будет отведена роль человека, отказывающегося от предложения выпить. В этом случае пациент под тем или иным предлогом просто-напросто уклонится от участия в ситуационном тренинге. Поэтому данная методика обычно используется лишь после того, как у больного сформировалась установка на воздержание от ПАВ (например, в качестве завершающего технического приема при проведении групповой психотерапии).

Следует также отметить, что внешние атрибуты «спектакля» деятельности наркологических больных (артистизм, связность речи, аргументированность ответов) при ситуационном тренинге не имеют особого значения и не влияют на эффект от проводимой психотерапии.

Наконец, последняя методика, применяемая в рамках поведенческой терапии наркологических заболеваний, называется обычно *системой поощрения—наказания* (или «контрактов»). Данная методика часто используется в подростковой наркологии. Ее суть состоит в том, что поведение несовершеннолетних пациентов, склонных к употреблению ПАВ, получает за тот или иной период времени определенную оценку. От этой оценки зависит характер отношения к нему со стороны администрации и персонала лечебного учреждения.

Например, данная методика может быть применена в лечебном учреждении для подростков, где они находятся относительно долго (более одного месяца). Оценивается поведение пациентов, связанное как с попытками употребить ПАВ, так и с общим отношением к режиму отделения. За позитивное поведение проставляются баллы со знаком «плюс», за негативное — со знаком «минус». В за-

висимости от суммы набранных, например за 1 неделю, баллов — большой, средней и незначительной (или даже отрицательной) — подростки включаются в одну из групп — «зеленую», «желтую» и «красную».

Если подростку удается попасть в «зеленую» группу, срок его пребывания в учреждении сокращается. К тому же он получает допуск ко всем существующим в учреждении развлечениям. Если несовершеннолетний пациент включается в «красную» группу, он такой возможности лишается и срок его пребывания в учреждении удлиняется. Соответственно, пребывание подростка в «желтой» группе предполагает нейтральное, с точки зрения поощрительно-наказательных мер, к нему отношение. Данная система дает в руки администрации учреждения дополнительную возможность гибко влиять на поведение несовершеннолетних во время их пребывания в стационаре.

Список литературы

1. Бурно М.Е. О некоторых личностных вариантах алкоголиков в связи с психотерапией. — М.: Минздрав СССР, 1973. — 40 с.
2. Небаракова Т.П., Зенченко Е.И. Индивидуальная личностно-ориентированная рациональная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в стационаре: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1984. — 25 с.
3. Павлов И.С. Коллективная психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии: Методические указания. — М.: Минздрав СССР, 1975. — 20 с.
4. Рожнов В.Е. Методические указания по коллективной эмоционально-стрессовой методике гипнотерапии алкоголизма. — М.: Минздрав СССР, 1975. — 15 с.
5. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик Ю.В. и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. — 1991. — № 7. — С. 13—16.
6. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 1995.
7. Макаров В.В. Психотерапия в наркологии // Наркология. — 2002. — № 2. — С. 37—41.
8. Валентик Ю.В. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1988. — № 2. — С. 42—45.
9. Игонин А.Л. Об алкоголизме в диалогах. — М.: Медицина, 1989. — 176 с.
10. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 120—171.

DIRECT METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PERSONS ABUSED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (THE REVIEW)

DMITRIEVA T.B.	Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
IGONIN A.L.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KLIMENKO T.V.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
PISCHICOVA L.E.	MD. PhD. senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;
KULAGINA N.E.	MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow.

The paper is continuing a range of communications prepared and published by T.B.Dmitrieva with co-authors on methods of treatment and rehabilitation by narcology patients. The review of direct methods of psychotherapy by persons abused by psychoactive substances is done. Rational methods of psychotherapy, hypnosis and different suggestive ways, behavioral therapy are presented.