

Недирективные 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 алкоголизмом 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 недирективной психотерапии, применяемой при лечении наркологических пациентов. Приводится описание основных недирективных методов: групповой (интерперсональной) психотерапии, гештальт-терапии и аутогенной тренировки. Дается также характеристика семейной психокоррекции.

В одном из предыдущих номеров журнала «Наркология» уже рассматривались наиболее распространенные методы психотерапии в наркологии. Тогда речь шла об основных директивных методах: рациональной психотерапии, гипнозе и других суггестивных приемах, а также о поведенческой терапии. В настоящем сообщении приводится описание основных недирективных методов: групповой (интерперсональной) психотерапии, гештальт-терапии и аутогенной тренировки. Дается также характеристика семейной психокоррекции. При использовании недирективных психотерапевтических приемов врач сознательно уходит в тень и лишь косвенным образом, через группу (большинство методов такого рода являются групповыми) влияет на больных. Взаимодействие психотерапевта с каждым пациентом и со всеми ними вместе строится по типу «субъект–субъект». Это предполагает равный, партнерский тип отношений, исключаяций диктат или манипулирование.

Примерно до середины XX века в практике психотерапии, применяемой в наркологии, доминировали директивные методы. Недирективный подход широкое распространение получил сравнительно недавно. Большинство западных специалистов связывает его появление с произошедшей после Второй мировой войны так называемой гуманизацией психиатрии и психотерапии. Первые энтузиасты гуманитарных подходов (Роджерс К., Франкл В., Перлз Ф. и другие) считали, что недирективные методы в стратегическом плане более эффективны, чем директивные, так как активизируют ресурсы самого больного. Директивные же методы, наоборот, подавляют волю пациента и не способствуют раскрытию его возможностей. В последние десятилетия преобладающим становится мнение о том, что использование при лечении наркологических больных директивных приемов отнюдь не исключает применение методов недирективного типа даже в рамках одной и той же терапевтической программы (Валентик Ю.В., 1995; Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., 1999; и др.)

По мнению многих специалистов, *групповая интерперсональная психотерапия* является наиболее эффективной формой работы в наркологии (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г., 1980; Валентик Ю.В., 1988; Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., 1999; Батищев В.В., Негериш В.В., 2000 и др.). Однако в нашей стране данный метод еще не получил широкого распространения. Главная причина этого — отсутствие у нас традиций так называемого группового движения, распространившегося на Западе во второй половине XX века. Там взаимодействие в группе используется с целью социализации индивидуумов, приобретения ими различных общественно значимых навыков, а также преодоления тех или иных нежелательных особенностей психики и поведения.

Существуют и частные причины непопулярности в России групповой психотерапии. Так, у нас нет достаточного количества специально обученных психологов, которые на Западе в основном и заняты данной формой работы с больными. Для врачей же более традиционными являются суггестивные методы, позволяющие добиться относительно быстрых, хотя и менее стабильных, эффектов. Следует также отметить, что групповая психотерапия требует очень больших затрат времени и сил, что не прибавляет ей популярности среди наших специалистов.

Для целей работы с наркологическими больными используются методики, развиваемые в рамках такого направления групповой психотерапии, которое ориентируется на преодоление патологических особенностей психики и поведения, связанных в данном случае с зависимостью от ПАВ. Основоположниками этого направления были К.Роджерс, У.Шутц и ряд других психологов. В отечественной литературе опыт применения групповой психотерапии при лечении наркологических больных впервые описано Б.М.Гузиковым, В.М.Зобневым, А.Л.Мейрояном, Т.Г.Рыбаковой (1980).

Для того, чтобы тот или иной технический прием был отнесен к методам групповой психотерапии, необходимо, чтобы он создавал «поле группового взаимодейст-

вия” между больными (по терминологии одного из основателей тренинговых методик К.Левина). Помещенный в такое “поле” больной ведет себя по-особому, совсем не так, как наедине с врачом или в среде больных, отношения с которыми носят у него формальный характер. В частности, пациент не может занять позицию игнорирования проблемы злоупотребления ПАВ или нарочитого соглашения с психотерапевтом, как это часто бывает на практике. Он вынужден вступать в эмоциональный контакт с другими больными, в противном случае он отторгается группой. Если же больной удержался в группе и прошел достаточно продолжительный курс психотерапии, многие стороны его психики и поведения могут заметно измениться в позитивную сторону.

Для создания “поля группового взаимодействия” необходимо, чтобы психотерапевт придерживался недирижистской формы работы с группой и максимально активизировал поведение входящих в нее пациентов. Оставаясь в тени, он тем не менее сохраняет свое влияние на группу, в той или иной форме корректируя их поведение. Неирижистская позиция психотерапевта не должна переходить в попустительское отношение к происходящему, иначе группа может вернуться к авторитарному стилю функционирования, но доминировать будет уже не психотерапевт, а один или несколько пациентов, причем отнюдь не всегда относящихся к типу позитивных лидеров.

Кроме того, психотерапевт при подобных обстоятельствах обязан оставаться на гуманистических позициях. Отношение к каждому больному группы независимо от того, что он из себя представляет, должно определяться подчеркнутым интересом к нему, участием и дружелюбием. Врачу не следует демонстрировать свое преимущество в чем-либо, в особенности в моральных вопросах. Считается, что наибольшее доверие пациенты испытывают к своему собрату, бывшему наркологическому больному, отказавшемуся от употребления ПАВ. На этом основан принцип функционирования групп анонимных алкоголиков или наркоманов. Единственное, в чем психотерапевт может продемонстрировать превосходство над членами группы, это свой профессионализм, знание проблемы зависимости от ПАВ.

Методика *направленной дискуссии*, рекомендуемая для использования в наркологических учреждениях Б.М.Гузиковым, В.М.Зобневым, А.Л.Мейрояном, Т.Г.Рыбаковой [3], А.Л.Игоным [6], В.В.Батищевым, В.В.Негеришем [5] и другими специалистами, предполагает более активное участие в групповом процессе психотерапевта, чем это предусмотрено классиками групповой недирижистской психотерапии.

В начале психотерапевтических занятий врач должен создать в группе предельно доверительную и откровенную атмосферу с соблюдением принципа полной конфиденциальности. Все, что обсуждается в группе, не должно выходить за ее пределы.

Врач на первых порах может использовать приемы активизации дискуссии, задавая вопросы и получая ответы “по кругу” на некоторые ключевые вопросы, например на вопрос о том, почему данный пациент не смог в прошлом отказаться от употребления ПАВ, хотя и предпринимал такие попытки. Каждому больному на каком-то из этапов группового процесса предлагается сделать своего рода самоотчет, содержащий откровенный рассказ о себе и об истории своего приобщения к употреблению ПАВ. Следует учитывать, что это дает эффект “психотера-

певтического зеркала”: больной лучше осознает наличие у себя признаков наркологического заболевания (речь идет об алкоголизме), когда слушает рассказы партнеров по группе о том, как эти симптомы зависимости проявляются у них.

Если один из больных отрицает у себя наличие очевидной зависимости или нарушений поведения в состоянии опьянения, врач может рассказать членам группы о нем как о некоем случае из своей практики, не называя имени пациента. Члены группы высказывают свое мнение по поводу наличия или отсутствия наркологического заболевания у данного гипотетического больного, что обычно оказывает сильное эмоциональное воздействие на не критичного к себе пациента.

Среди множества достигаемых при проведении групповой психотерапии эффектов для наркологических больных наиболее значимы следующие три:

- 1) вербализация негативного опыта и десенситизация;
- 2) коррекция сознания “Я”;
- 3) преодоление психической защиты.

Вербализация негативного опыта обычно происходит в рамках так называемого самораскрытия пациентов. Наличие сочувствующей и близкой по духу аудитории позволяет больному выплеснуть накопленные за многие годы обиды и переживания. Для многих такая возможность выпадает впервые в жизни. В результате данной процедуры больной должен произнести в присутствии членов группы: “Да, я — алкоголик (наркоман) и свободно говорю об этом”.

Вербализация негативного опыта должна сопровождаться так называемой десенситизацией, под которой понимается погашение отрицательных эмоций, связанных с негативным опытом, положительными эмоциями, обусловленными сочувствием и поддержкой группы. Поэтому вышеупомянутая фраза “я — алкоголик (наркоман)” дополняется следующим высказыванием: “Но теперь я не один и поэтому знаю, как выйти из положения, в котором оказался”.

Второй, достигаемый с помощью группового воздействия, эффект называется *коррекцией самосознания*. Именно нарушение самосознания наряду с некоторыми другими психологическими феноменами поддерживает зависимость пациента к ПАВ. Представления больного о самом себе часто расходятся с его представлениями об идеале, к которому он должен стремиться, а также с представлениями о том, как его воспринимают окружающие. При этом какие-то представления о самом себе оказываются неадекватно завышенными, какие-то, наоборот, заниженными.

Дисгармония, несбалансированность разных сторон самосознания пациента отрицательным образом влияют на его душевное состояние. В состоянии опьянения возникает иллюзия гармонизации указанных представлений. Индивидууму кажется, что он ближе к достижению идеала, чем когда-либо. Кроме того, возникает ложное представление о чрезмерно благоприятном к нему отношении окружающих, так что традиционный вопрос пьяниц “ты меня уважаешь?” можно считать неслучайным. По выходе из состояния опьянения дисгармоничность в осознании своего “Я” ощущается особенно остро, что помимо всего прочего обуславливает потребность в повторном приеме алкоголя.

Взаимодействие с больными в группе оказывает обычно большое влияние на самосознание пациента. Он получает возможность узнать (часто это происходит в первый раз) о том, как его реально оценивают люди, относящиеся к нему непредвзято. Если его представления о себе оказываются завышенными, больной получает болезненный,

но полезный опыт, который сделает его более терпимым к близким людям, которые говорили то же самое, но мнением которых он пренебрегал. Кроме того, в этих случаях может произойти необходимая коррекция идеала, к которому стремится пациент. Подвергшись воздействию группы, он скорее всего поставит перед собой более реальные, соответствующие его возможностям жизненные цели. При склонности к пониженной самооценке поддержка группы необходима для укрепления самоуважения больного и его веры в свои силы.

Метод групповой психотерапии считается наиболее надежным способом *преодоления психологической защиты**. Существуют грубо деструктивная, умеренно деструктивная и конструктивная формы психологической защиты. Воздействие на больного в группе проявляется, в частности, в том, что первая форма психологической защиты трансформируется во вторую, а вторая – в третью.

Типичным грубо деструктивным вариантом психологической защиты является так называемое отрицание, при котором наркологический больной отказывается от обсуждения проблемы зависимости под предлогом ее отсутствия как таковой. Отрицание может сопровождаться агрессивным компонентом, когда больной, чтобы уклониться от лечения, стремится дискредитировать усилия близких и врачей, старающихся оказать ему помощь.

Присутствуя на сеансах групповой психотерапии и обнаруживая, что вполне достойные люди признают наличие у себя данной проблемы, больные, как правило, смягчаются и меняют свою позицию. При этом может видоизменяться и форма психологической защиты, приняв, например, характер менее деструктивной, чем отрицание, разновидности — рационализации. Больной начинает признавать наличие у себя зависимости от алкоголя или других ПАВ, но при этом создает целую систему рационального объяснения, почему у него зависимость развилась. Смысл объяснения часто состоит в перекладывании вины на окружающих людей, а также на особые обстоятельства, которые вынуждали его вести себя именно таким образом. Например, в качестве оправдывающих моментов называются обида на несправедливое отношение жены, других близких людей или необходимость с помощью выпивки налаживать деловые контакты. Такое объяснение своего пьянства дает возможность больному оставить “лазейку” — возможность хотя бы частично снять вину с себя за социально порицаемое поведение.

Наконец, на отдаленных этапах ремиссии психологическая защита может принимать уже действительно конструктивный характер и переходить, например, в форму компенсации (сублимации). Больной начинает адекватно оценивать характер своей зависимости в прошлом. Но при этом репутацию бывшего алкоголика или наркомана он пытается компенсировать развитием таких качеств, которые вызывают безусловное социальное одобрение. Это могут быть успехи в профессиональной деятельности или творчестве. Очень часто бывшие алкоголики или наркоманы становятся активистами движения за воздержание от ПАВ.

* Под психологической защитой в интегративной психологии понимается реакция на фрустрацию, сопровождающаяся интрапсихическим конфликтом. Фрустрация — это невозможность достижения индивидуумом той или иной цели в силу существования неодолимого препятствия. При наркологическом заболевании фрустрация связана с невозможностью больного избавиться от социально осуждаемого ярлыка алкоголика или наркомана (даже если пациент в данный период не употребляет ПАВ). Больные алкоголизмом часто формулируют наличие неодолимого препятствия как невозможность когда-либо в будущем “пить, как все”.

Классический психоанализ и психоаналитические методы в более широком смысле применяются у нас в стране при лечении больных с наркологическими заболеваниями достаточно редко. Однако отдельные понятия и технические приемы психоанализа вошли во многие используемые в наркологии психотерапевтические методики [7]. Это относится, например, к вышеописанному понятию психологической защиты. Некоторые специалисты считают, что при проведении психотерапии надо учитывать, что в этиопатогенезе алкоголизма большое значение имеет фиксация пациента на оральной стадии психосексуального развития и некоторые другие феномены, трактуемые с психоаналитических позиций.

Кроме того, наличие развившихся в раннем возрасте комплексов ведет к дисгармонии, психологическому неблагополучию, на основе которых может формироваться повышенная потребность употреблении ПАВ. Соответственно, психоанализ, позволяющий изживать эти комплексы и гармонизировать психологическое состояние человека, одновременно смягчает и потребность в ПАВ.

Психоаналитик, длительно работающий с пациентом и порой пользующийся его безграничным доверием, имеет уникальную возможность коренным образом повлиять на мировоззрение и поведение своего подопечного. В числе эффектов, достигаемых с помощью такой психотерапии, может быть и отказ от употребления ПАВ. Следует, однако, отметить, что наркологические больные обычно не настроены (во всяком случае, в наших условиях) на длительное конструктивное сотрудничество с психотерапевтом, которое является необходимым условием эффективности психоанализа.

Гештальт-терапия, разработанная его автором Ф.Перлзом на основе психоанализа, заняла самостоятельное место в ряду психотерапевтических методов. Она все шире применяется при лечении наркологических заболеваний, в том числе в нашей стране. В основе гештальт-терапии лежит, как известно, теория о связи психических расстройств с так называемыми незавершенными гештальтами — неудовлетворенными, неотреагированными потребностями, которые постепенно занимают в сознании пациента “незаконное” центральное место, отодвинув на периферию более значимые психические переживания. Применение данного метода позволяет пациенту осознать и нейтрализовать свои неудовлетворенные потребности (закрыть гештальты), освободив таким образом психику для более здоровых и актуальных переживаний.

По мнению Е.С.Меньшиковой [8], при наркологических заболеваниях возникновение неудовлетворенных потребностей связано с защитными механизмами: дефлексией (отторжением эмоциональных переживаний), проекцией (переносом вины на окружающих) и интроекцией (механическим усвоением стереотипов поведения окружающих). Указанные защитные механизмы поддерживают зависимость больного от ПАВ. Поэтому при проведении гештальт-терапии акцент следует делать на обучении больных способам прямого выражения своих эмоций, осознании своей ответственности за все происходящее в данный момент, а также на дистанцировании от чужого негативного опыта. Преодоление защитных механизмов позволяет добиться не только улучшения психического состояния пациентов, но и отказа от употребления ими ПАВ.

Для достижения необходимых эффектов используются групповые упражнения (игры). Пациенты с нарочитой прямоотой выражают свои эмоции по отношению друг к

другу, экспериментируют со своей речью, жестикуляцией и другими невербальными формами общения. Популярным является упражнение “диалог”, когда больной вступает в дискуссию с самим собой. Диалог при этом отражает борьбу между различными сторонами (фрагментами) своей личности. Практикуется разыгрывание различных ролей, причем больным предлагается изобразить (“примерить на себе”) поведение и эмоции персонажа либо противоположного себе по личностным особенностям, либо того, на которого пациент проецирует собственные качества.

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

Обучение пациента приемам самовнушения предполагает, что в этот момент он будет в бодрствующем состоянии. Поэтому цель вызвать у него сонливость не ставится. Зато релаксационные эффекты — расслабление, покой, отрешенность от окружающего мира, тяжесть и тепло — должны обязательно достигаться. Иногда используется так называемая *органотренировка*, предполагающая позитивное воздействие на те органы и системы, которые имеют наибольшую функциональную связь с психологическим состоянием человека. При лечении наркологических пациентов с помощью АТ в настоящее время редко применяется классическая методика И.Шульца. В ходу различные более гибкие современные модификации данного метода, которые хорошо известны широкому кругу врачей [9].

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

Основной задачей психотерапевта, проводящего АТ, является обучение пациентов способам правильного поведения при возникновении указанных состояний или ситуаций, создающих риск развития рецидива. Некоторым больным с помощью приобретенных навыков действительно удается избежать возобновления употребления алкоголя. Но большинство наркологических пациентов оказывается, к сожалению, недостаточно мотивированным на самостоятельные занятия АТ в периоды ремиссий. Это обстоятельство ограничивает возможности широкого использования данного метода.

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

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

Семейная психокоррекция при наркологических заболеваниях имеет особое значение, поскольку во многих семьях наркологических больных сложившиеся отношения не только не способствуют отказу пациента от ПАВ, но и поддерживают его зависимость от них. Следует отметить, что включение семейной психокоррекции в перечень самостоятельных психотерапевтических методов является не совсем правомерным, поскольку данный термин скорее означает объект психотерапевтического воздействия, чем метод. При проведении семейной психокоррекции могут использоваться большинство из перечисленных выше методов, включая когнитивные и суггестивные, индивидуальные и групповые, директивные и недирективные [3, 10, 11].

На современные подходы к проведению психокоррекции при наркологических заболеваниях большое влияние оказал трансактный анализ Э.Берна. Как известно, Э.Берн выделял нормальные и патологические типы семейных отношений. Патологические типы отношений он назвал играми, поскольку участвующие в них люди демонстрируют поведение, не соответствующее их истинной натуре (играют те или иные роли).

Э.Берн описал типичный пример таких отношений, в которых главные роли играют алкоголик и его жена, а второстепенные — окружающие люди, так или иначе связанные с этой парой. Внешняя фабула состоит в том, что алкоголик, злоупотребляя спиртным, приносит семье много горя. Жена тратит все свои силы на борьбу с пьянством мужа, но не добивается при этом ни малейшего успеха. Поведение мужа, с невероятным упорством продолжающего употреблять алкоголь, который ему ничего, кроме неприятностей, не приносит, кажется в этом случае любому здравомыслящему человеку абсолютно непонятным.

Дело, однако, в том, что пьянство мужа-алкоголика парадоксальным образом выгодно всем участвующим в данной игре персонажам. Так, мужу-алкоголику, неспособному в трезвом состоянии отстаивать свои интересы, состояние опьянения дает возможность проявить агрессию, в которой у него существует скрытая потребность. На следующий день после выпивки, будучи в абстинентном состоянии, он испытывает мазохистское удовольствие от переносимых душевных и физических мук. Тайно стремящаяся к лидерству жена объявляет мужа-алкоголика неспособным руководить семейными делами и лишает права принимать ответственные решения. Она может испытывать также удовлетворение от роли страдальцы, вызывающей у окружающих сочувствие. Если жена в сексуальном отношении фригидна, она отказывается под предлогом пьянства мужа от половой жизни с ним.

В последующем на основе транзактного анализа была создана теория созависимости, в соответствии с которой признается, что в семье наркологического больного от алкоголя или другого ПАВ зависим не только сам пациент, но и члены его семьи, а также любые лица, связанные с семьей более или менее тесными отношениями. За долгие годы злоупотребления ПАВ складывается особая патологическая система взаимоотношений между этими людьми. Эта система парадоксальным образом сопротивляется нарушению статус-кво.

При наиболее частом варианте семейных отношений, о котором упоминалось выше, происходит перенос ответственности за поведение пьющего мужа на жену. Жизнь семьи в этом случае грубо деформирована. Все подчинено борьбе с пьянством мужа и попыткам скрыть данную проблему от окружающих. Жена находится в постоянном напряжении и страхе перед выпивкой мужа. Она следит за ним, контролирует его передвижения по городу, пытается повлиять на собутыльников. При этом жена нередко перестает следить за собой, отдаляется от подруг, оставляет привычные интересы и увлечения. Во время ремиссий у мужа она также не расслабляется, испытывая постоянные опасения в отношении возможного рецидива. Кроме того, бросивший пить муж создает новые проблемы, начиная вмешиваться в решение различных семейных дел, проявляет скаредность, придирчивость, педантизм и другие прежде скрытые качества.

Задачей психотерапевта при работе с так называемой созависимой семьей является восстановление ситуации, при которой ответственность за пьянство мужа переносится на него самого. При этом жена должна в той или иной мере дистанцироваться от забот о муже, восстановить собственные интересы и увлечения и вообще научиться жить «своей» жизнью.

Возможен другой вариант, когда жена, подчиняясь деспотичному мужу-алкоголику, теряет личностную автономию. В этом случае ее жизнь деформируется еще боль-

ше. Она становится своего рода придатком к пьющему мужу. Работая с такой женщиной, психотерапевт ставит перед собой непростую задачу восстановления у нее чувства собственного достоинства и умения проводить более независимую линию поведения.

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 1995. — С. 191–205.
2. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А. Алкоголизм, психотерапия // Руководство по психиатрии. — М.: Медицина, 1999. — Т.2. — С. 300–302.
3. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Метод. рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1980. — 30 с.
4. Валентик Ю.В. Ситуационно-психологический тренинг больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1988. — № 2. — С. 42–45.
5. Батищев В.В., Негериш В.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. — М.: РБФ НАН, 2000. — 182 с.
6. Игонин А.Л. Об алкоголизме в диалогах. — М.: Медицина, 1989. — 176 с.
7. 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.
8. Меньшикова Е.С. Гештальт-терапия в наркологии // Вопросы наркологии. — 1990. — № 4. — С. 53–56.
9. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. — Л.: Медицина, 1986. — 279 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990. — 189 с.
11. Москаленко В.Д. Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.2. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 172–186.

INDIRECT METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PERSONS ABUSED BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES (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 main indirect methods of psychotherapy by persons abused by psychoactive substances is done. Characteristics of group (interpersonal) psychotherapy, gestalt therapy and autogenous training are presented. Family correction is considered too.