

Психотерапия алкогольной и наркотической зависимости: путь к «гедонистическому альтруизму»

ШАЙДУКОВА Л.К. д.м.н., профессор, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский Университет» Росздрава
e-mail: shaidukova@list.ru

Описана разработанная автором многоступенчатая психотерапевтическая тактика ведения больных с алкогольной и наркотической зависимостью. Выделены основные принципы, описаны последовательные этапы психотерапии, позволяющие структурно и целенаправленно воздействовать на больного (при индивидуальной форме употребления) и на его семью (при семейной, парно-групповой форме употребления). Включение в лечебную программу обязательной дестигматизации, антифрустрационной, антидепривационной, адаптационной психотерапии с выходом на завершающий этап «гуманизации трезвости», «гедонистического альтруизма» значительно повышает эффективность воздействия, способствует формированию устойчивой качественной ремиссии.

Ключевые слова: наркозависимость, психотерапия, реабилитация, гедонистический альтруизм

Психотерапия зависимостей является сложным процессом вследствие многокомпонентности расстройств, их полиэтиологичности и особенностей установок, характерных именно для данной категории больных [1, 3]. Длительное время было принято проводить отдельную психотерапию для пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, но практика показала, что выделение «наркоманов» из общей группы зависимых как наиболее сложных и низкокурабельных является дополнительным стигматизирующим фактором как для больных, так и для психотерапевтов, изначально настроенных на низкие результаты лечения. Современная международная классификация болезней десятого пересмотра [2] демонстрирует интегративный подход к данной патологии, внося прежние понятия алкоголизма, наркомании, токсикомании, табакокурения в рубрику «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления...», тем самым, обобщая проблему химических зависимостей.

Независимо от вида наркопатологии существуют единые психотерапевтические принципы, которых, на мой взгляд, необходимо придерживаться для полноценной реабилитации пациентов и которые составляют суть проводимой психотерапии.

Дестигматизация — является обязательной психотерапевтической процедурой, особенно при работе с женщинами, злоупотребляющими алкоголем, и больными опиоидной наркоманией. Предыдущие исследования [5] показали, что результатом стигматизации при алкоголизме женщин были: поздняя обращаемость за помощью, сокрытие алкогольной симптоматики, сниженная самооценка, ссыла на «оправдательные» психотравмы, защитное «псевдоэйфорическое поведение», чрезмерная активация механизмов психологической за-

щиты (вытеснения, рационализации, отрицания и т.д.), гиперкомпенсаторное поведение в ремиссии, феномен «запрограммированности на неудачу». Подобные проявления наблюдались и у больных героиневой наркоманией, когда особую популярность приобретали формулы изначальной «запрограммированности на провал»: «наркоман однажды — наркоман навечно», «бывших наркоманов не бывает», «наркоман — это не диагноз, а состояние души».

При проведении психотерапии с контингентом наркозависимых больных использовались разнообразные методы и приемы, интегрирующие когнитивно-логический и аффективно-рациональный компоненты.

Рациональная психотерапия включала в себя так называемую терапию обучением (educational therapy) с акцентом на семантике речи, когда важна была правильная дидактическая подача материала, — формулировка: «только четыре, самое большее десять процентов наркоманов дают длительные многолетние ремиссии» заменялась на формулировку «существуют бывшие наркоманы, которые начали новую жизнь, построили успешную карьеру».

Опыт многолетней психотерапии подобных пациентов показывает, что «дестигматизация — целенаправленное развенчание мифа о неизлечимости зависимости — является обязательной психотерапевтической процедурой, позволяющей создать положительный эмоциональный настрой, укрепить доверительные отношения с врачом, преодолеть неконструктивную психологическую защиту, мобилизовать копинговый потенциал. Если сама стигматизация обуславливает возможность употребления психоактивных веществ (ПАВ), то дестигматизация способствует началу конструктивного диалога с последующим «планированием воздержания» (замена словесной форму-

лы «когда все так плохо, то нет смысла бороться» на формулу «если это возможно, то это должно быть».

У больных с наркотической зависимостью нередко встречается феномен, который можно было бы обозначить как «антистигма» — гордость от принадлежности к «наркоманам», демонстрация особых знаний, ощущений, нестандартного образа жизни, своеобразная «наркотическая романтика». Вероятно, эта позиция также является защитной: в новой системе ценностей пациенты пытались добиться уважения со стороны «соаддиктов». В этих случаях провести дестигматизацию особенно сложно, так как речь идет об инверсии социальных ролей и новом пронаркотическом мировоззрении.

Рационально-дидактическая форма психотерапевтической работы с пациентами сочеталась с эмоционально-стрессовой, часто использовался прием *лингвистического шока* (все обозначения авторские) — иррациональной, порой парадоксальной подачи информации с целью разрушения прежних мыслительных и поведенческих стереотипов. Этот прием включал следующие варианты воздействия, применяемые совместно и отдельно:

- *выделение «ключевого слова-понятия»* в начале и конце сеанса психотерапии (в начале беседы — для привлечения и обострения внимания, в конце — для поддержания мотивации к проведению нового этапа лечения). Ключевое «слово-понятие» должно быть свежим, необычным по содержанию либо нести в себе информацию, имеющую индивидуально-личностное значение; оно должно отличаться от «санитарно-просветительских» канонов, пропагандистских штампов и освещать проблему в ином — нестандартном — свете (например, объяснение злоупотребления алкоголем «ферментопатиями», возможной «скрытой депрессией», «гашением тревоги», симптомом «тревожных губ»; объяснение приема наркотических веществ, как акта «неосознанной аутодеструкции», дефицита любовного объекта, «замены любовного объекта на наркотический» и т.д.).

У лиц с низким образовательным уровнем, с интеллектуальной дефицитарностью ключевые «слова-понятия» должны быть просты и доступны — «травмы мозга», «болезни печени», «наследственность». Дестигматизирующее значение этого приема выражалось в сохранении самоуважения, так как ответственность за заболевание частично перекладывалась на другие объекты. У больных наркоманией с изначально низким чувством вины после применения данного приема усиливалась психотерапевтическая податливость, появлялась заинтересованность в контакте (по неоднократным наблюдениям чувства вины и стыда у данного контингента лиц возникали крайне редко даже при добровольном обращении за помощью, часто они были декларативными, имитацион-

ными, «заказными»), поэтому, добиваясь формирования чувства альтруизма, необходимо было делать ссылку на то, что он будет «гедонистическим»);

- *отвлечение внимания на абстрактные образы* осуществлялось с целью оживления образного мышления, перевода с психотравмирующей тематики в русло фантазий, для чего применялись притчи и басни [4]. Наблюдаемый легкий эмоциональный шок при предложении объяснить содержание «сказок» проявлялся у пациентов по-разному — в виде недоумения, растерянности, гнева, отказа. После катарсических эмоциональных реакций больные отвлекались от привычных стереотипов и начинали работать совместно с психотерапевтом;

- *использование приема «нонфинитности», незавершенности* проводилось не для дестигматизации, а как вариант «лингвистического шока». В работе с зависимостями принцип завершенности оказывал обратный эффект, слово «никогда» стимулировало к противоположному действию, желанию поступить вопреки запрету. Для лиц с алкогольной и наркотической зависимостью, коморбидной с личностными расстройствами, императивное «нельзя» вызывало компульсивное «хочу», запрет активировал патологическое влечение. В соответствии с этим явлением психотерапия больных с зависимостями включает много косвенных приемов, направленных на удержание пациентов в программе без жестких императивных требований. Принцип «нонфинитности» был более действенен для больных наркоманией, так как способствовал сохранению интереса, активации копинговых ресурсов (речь, прежде всего, идет о лечении психопатизированных личностей).

Антифрустрационная психотерапия проводилась при обнаружении острых и пролонгированных (хронических) психотравм, при включении психотравмирующих переживаний в проблематику употребления алкоголя или ПАВ, при их звучании в фабуле внутри- и межличностного конфликта. При изучении модуса алкоголизации и наркотизации, в этих случаях имеющих эксцессивный характер (реже — систематический), было обнаружено преобладание тяжелых форм опьянения, формирование психогенно обусловленных запоев или наркотических биджингов. ПАВ использовалось не только для изменения эмоционального состояния, но и как средство «душевного наркоза», «психической анестезии».

Проведению психотерапии предшествовал короткий этап *медикаментозной психокоррекции* (не больше двух недель — срок после последнего приема ПАВ и началом психотерапии). Применялись транквилизаторы и антидепрессанты, так как в структуре эмоциональных нарушений присутствовали депрессия и тревога; общеукрепляющая, дезинтоксикационная,

дегидратационная терапия, витаминотерапия (инъекционные формы назначались в зависимости от тяжести интоксикации).

Второй этап — *психотерапевтически-психокоррекционный* — проводился параллельно с приемом пероральных форм препаратов (в основном, антидепрессантов). Вычленился «депрессивный синдром», рационально, на академическом уровне разбирались варианты невротической депрессии, эмоциональные нарушения увязывались с массивной алкоголизацией. *Каузальная психотерапия* заключалась в выявлении возможной причины заболевания, обращения к ПАВ как к средству уменьшения психической боли. Психокоррекция была направлена на преодоление последствий явных и скрытых психотравм: снижения настроения и самооценки, пессимистического прогноза на будущее, ощущения личностного тупика, психогенной суженности побудительных мотивов, фиксации на болезненных обстоятельствах, ощущения утери самооценки и значимости прежних жизненных ценностей (аномический компонент), чувства обиды, ослабления потребности в физическом, духовном, нравственном и материальном прогрессе. Уделялось внимание психогенно-невротическим проявлениям: настойчивому и малопродуктивному обращению к прошлому, игнорированию настоящих и отрицанию будущих перспектив, появлению регрессивного аутодеструктивного поведения.

Третий этап — *психореабилитационный* — заключался в создании новых «целевых программ» и был общим для всех пациентов (менялось только содержание программ). Психотерапия была направлена на решение таких задач, как снижение значимости актуальной психотравмы, расширение круга личных целей, повышение фрустрационной толерантности, замена патологических защитно-компенсаторных механизмов на психологически адекватные. Подобная тактика имела и дестигматизирующее значение: активное смещение акцента с алкогольных проблем на невротические открывало новые перспективы работы с больными.

Антидепривационная психотерапия показана в ситуации одиночества, которое условно можно было бы разделить на острое и привычное, полное и неполное (при супружеском одиночестве и наличии детей), социальное и экзистенциальное. Тема одиночества особенно явственно выступила при женском одиночном пьянстве — поступательная негативная динамика отмечалась именно в условиях коммуникативного, эмоционального, ролевого дефицита, когда алкоголь с его многочисленными функциями оказывал антидепривационное действие.

Одиночество служило дополнительной психологической нагрузкой, мотивационно подкрепляя алкоголизацию (трудно было определить место «первичнос-

ти» — одиночество порождало алкоголизацию или оно возникло в результате алкогольных проблем), поэтому при лечении алкоголизма у женщин учет фактора одиночества был необходимым. Отказ от алкоголя — с его стимулирующими, релаксационно-антидепривационными, эйфоризирующими, коммуникативно-манипуляционными, иллюзорно-ролевыми свойствами — сам по себе порождает состояние депривации, поэтому возвращение женщин в ситуацию реального одиночества без проведения соответствующей антидепривационной психотерапии приводит к скорому рецидиву заболевания.

Обычно трудно изменить саму ситуацию одиночества, поэтому психотерапия направлена на снижение его фрустрирующего воздействия, достижение своеобразной «десенсибилизации» к одиночеству. Наиболее интенсивно антидепривационная психотерапия проводилась при внезапно возникшем одиночестве — «быстром» разводе, смерти супруга, уходе с работы, — поэтому в этих случаях она заключалась в рациональном объяснении ситуации. Последовательно анализировались: социальные функции человека и ролевое многообразие; возможность утери одной или нескольких ролей; попытки восстановить ролевой дефицит с помощью новых проалкогольных ролей — собутыльника, члена алкогольной компании; закрепление патологических ролей с прогрессированием алкоголизма; тупиковость такого выбора. Привычное одиночество менее травматично, но и в этих случаях проведение антидепривационной терапии необходимо для снятия еще одной «стигмы» — клейма «одиноким женщиной».

В последние годы с ростом наркотизации изменился состав пациентов, но тема одиночества осталась по-прежнему актуальной — она стала носить экзистенциальный характер. Больные жаловались на состояние скуки, внутреннего одиночества, непонятности окружающими. Был выявлен своеобразный феномен «аддиктивной амбивалентности», когда пациенты говорили о плохой переносимости одиночества, но вместе с тем, не могли полностью общаться со сверстниками без алкогольно-наркотических «адаптогенов». В подобных случаях антидепривационная терапия проводилась по схеме, в рамках которой последовательно рассматривались: одиночество как естественное состояние человека, необходимость временного одиночества (для принятия самостоятельных решений, реализации творческих задач); допустимость постоянного одиночества, его общественная нормативность, изменение отношения к одиночеству в обществе в связи с его количественным ростом; борьба с одиночеством с помощью ПАВ, иллюзия заполнения эмоционального, коммуникативного, ролевого вакуума в процессе употребления ПАВ; появление новых аддиктивных проблем; последствия употребления ПАВ, в том

числе частота летальных исходов; трактовка смерти как глубокого необратимого одиночества.

Адаптационная психотерапия служила необходимой частью реабилитационного процесса, так как нередко рецидивы алкоголизации и наркотизации возникали не под воздействием психотравм, не в ситуации фрустрирующего одиночества, а по адаптационным причинам, при возвращении в прежний микросоциум. У больных с алкогольной и наркотической зависимостью адаптационная психотерапия заключалась в проведении микротренингов, в которых моделировались ситуации столкновения с проалкогольным окружением, обсуждались возможные провокационные и манипуляционные действия бывших аддиктивных соратников, вырабатывалась позиция «невозврата» к прежнему социальному окружению, поведению и патологическим привычкам.

Обязательным проведение адаптационной психотерапии было при женском алкоголизме, возникшем в структуре парного — супружеского — алкоголизма, когда употребление алкоголя женщинами было формой приспособления к пьянству мужей, способом улучшения внутрисемейных отношений в так называемых алкогольно-невротических семьях, либо в результате «спайвания» их супругами («субмиссивный» вариант).

Основной задачей психотерапии в «алкогольно-невротических семьях» было рациональное объяснение ситуации — поэтапно раскрывались: личные и семейные конфликты; иллюзорность разрешения их с помощью алкоголя одним или обоими супругами; закономерность неудачи такого иллюзорного способа решения проблем; возникновение заболевания как патологической формы адаптации супругов.

Спецификой психотерапии в таких семьях являлась работа по анализу конфликтных ситуаций с выявлением ролей алкоголя в них: коммуникативной (алкоголь — посредник в нарушенном общении супругов), релаксирующей (алкоголь — семейный транквилизатор), сексуально-стимулирующей (алкоголь — стимулятор полового влечения у супругов, средство снятия предкоитального напряжения у жен и проявлений «невроза ожидания» у мужей, а также улучшения отдельных количественных и качественных параметров сексуального поведения членов семьи).

В случаях «автономного», раздельного злоупотребления алкоголем каждым из супругов прицельно выявлялись обстоятельства пьянства как женщин, так и их мужей. Следует отметить, что в «алкогольно-невротических» семьях алкоголь выполнял также и манипуляционную роль. Женщины отмечали, что изначальная интенсивность алкоголизации их мужей усиливалась в периоды благополучных отношений и ослаблялась в ситуациях затянувшихся конфликтов. При детальном изучении этого явления обнаружено наличие дисгармо-

ничных половых взаимоотношений супругов, преобладание сексуальной фабулы в тематике конфликтов. Пациентки утверждали, что улучшение семейного микроклимата, «перемирие» (жены прощали мужьям пьянство, возлагали надежды на возобновление супружеских отношений) влекло за собой еще более выраженную алкоголизацию мужей. Не исключено, что стремление к опьянению у мужчин здесь являлось подсознательной формой реализации желания отсрочить или избежать нежелательных сексуальных контактов с женами, следствием сексуальной дисгамии.

В процессе проведения психотерапии в недирективной форме указывались противоречия между супругами, семейные формы неадекватного реагирования, защитные механизмы как каждого из супругов, так и семьи в целом. Опыт показывает, что степень раскрытия невротических проблем у жен выше, чем у мужей, так же как и уровень осознания семейных психологических конфликтов. Несомненно, эти параметры во многом определялись личностными особенностями супругов, однако у женщин чаще по сравнению с мужчинами наблюдалось психогенно-реактивное начало употребления алкоголя.

При наличии субмиссивных механизмов первичной алкоголизации женщин, «спайвании» их мужьями мишенями психотерапии являлся пассивно-зависимый стереотип поведения, выработанная за многие годы «психология жертвы». Подчинение алкогольному режиму, навязанному мужем, нередко сочеталось с подчинением иным видам агрессии: сексуальной (принуждение к половым контактам), физической (побои), моральной (оскорбление, унижение, хулиганские действия).

Несомненно, во время психотерапии принималось во внимание то обстоятельство, что жертвенность и подчиняемость женщин были условны, так как при развитии алкогольной симптоматики, биологизации алкоголизма, переходе психической зависимости в физическую они выступали как равноправные партнеры-субутильники. Тем не менее, при формировании ремиссии учитывалось наличие внутрисемейных отношений, основанных на деспотизме, с одной стороны, и пассивной подчиняемости, с другой.

Психотерапевтическими мишенями при субмиссивных вариантах алкоголизма были сами ситуации «спайвания» и личностное реагирование на них. В работе использовались приемы теоретического моделирования подобных ситуаций, отрабатывались возможные варианты ответного поведения. Особый акцент делался на коррекции утрированных фемининно-конформных особенностей пациенток, проводился поведенческий тренинг с закреплением реакций отказа — умения сказать «нет», противостоять персистирующему влиянию супру-

га, партнера и других лиц (родственников, коллег, коллегтивов с алкогольными традициями и т.д.).

Гуманизация трезвости (воздержания) является завершающим этапом психотерапии, квинтэссенцией позитивного восприятия предстоящей ремиссии с восполнением эмоционально-коммуникативного дефицита новыми, позитивно окрашенными и эмоционально насыщенными установками, связанными с трезвым образом жизни. Велся поиск иной сферы общения и интересов, где трезвость служит необходимым условием. У одиноких женщин проведение «программы трезвости» имело не только узко антиалкогольное значение (для закрепления ремиссии), но и антидепривационное, так как процесс самопомощи переходил в процесс взаимопомощи.

«Гуманизация» имела также антифрустрационное значение. Так, при проведении психотерапии в алкогольно-невротических семьях супругам предлагалось осмыслить проблемы алкоголизма как индивидуально-личностные, социально-демографические, культурально-этические и медико-психологические. Одновременно обсуждались функции семьи — воспитательные, сексуальные, хозяйственно-бытовые, духовно-нравственные. Здесь рациональная терапия включала в себя элементы «образовательной терапии», а логический и когнитивный компоненты дополняли один другой. Переход интересов семьи на новый ценностный уровень, объединение супругов взаимной ответственностью помогли разрешению и алкогольных, и невротических проблем.

Трезвость трактовалась не только как условие сохранения семьи, но и как отдельная самостоятельная ценность с общечеловеческим, глубоко гуманным содержанием. Реализация трезвого образа жизни среди родственников или только в своей семье нередко становилась доминирующей целью. Появление сверхценного радикала в поведении даже одного из супругов, выработка семьей «сверхзадачи» значительно улучшали психологическое взаимодействие супругов, способствуя редукции невротических расстройств.

В динамике поэтапной психотерапии больных, страдающих алкоголизмом, наблюдалась трансформация те-

рапевтических установок: установки на получение лечения и помощи переходили в установки на трезвость, которые затем сменялись более глубокими установками достижения позитивно социально значимых целей. Основной целью психотерапии на завершающем этапе являлось формирование позиций гуманности и альтруизма, но последний был «гедонистическим», приносящим удовлетворение, граничащее с удовольствием. На подобных принципах построена не только вышеописанная психотерапевтическая методика, но и многие антиалкогольные и антинаркотические программы в рамках обществ анонимных алкоголиков и наркоманов, где позитивизм, гуманизм и альтруизм являются конечной целью (в контексте «гедонистического альтруизма» возможна помощь самому психотерапевту, нуждающемуся в популяризации своих идей, издании наркологической литературы через общественные фонды, но при поддержке бывших пациентов).

Таким образом, включение в лечебную программу облигатной дестигматизации, антифрустрационной, антидепривационной, адаптационной психотерапии с выходом на завершающий этап «гуманизации трезвости» значительно повышает эффективность воздействия, способствует формированию устойчивой качественной ремиссии.

Список литературы

1. Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б. Роль психотерапии в коррекции социальной дезадаптации больных алкоголизмом. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология // Материалы 8-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. — М., 2010. — С. 111—114.
2. Классификации болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей / Под ред. М.М. Милевского. — М.: Триада-Х, 2003. — 184 с.
3. Корявко И.С., Дудкин В.Е., Соколов Е.Ю. Психотерапия при алкогольной депрессии в условиях наркологического стационара. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология // Материалы 7-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции. — М., 2009. — С. 102—104.
4. Пезешкиан Н. Семейная психотерапия: семья как терапевт. — М.: Смысл, 1993. — 332 с.
5. Шайдукова Л.К. Феномен «стигматизации» при алкоголизме. — Гендерная наркология. — Казань: Институт истории им. Ш. Марджани АН РТ, 2007. — С. 148—153.

**PSYCHOTHERAPY OF ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE: THE WAY TO «HEDONISTIC ALTRUISM»
SHAYDUKOVA L.K.**