

Плоткин Ф.Б.

Городской клинический наркологический диспансер, Минск, Беларусь

# О некоторых особенностях отечественной психотерапии зависимостей

Самуил Григорьевич Жислин – один из корифеев советской психиатрии, многие годы руководивший отделом в Московском институте психиатрии МЗ РСФСР, в 30-е годы прошлого века был сотрудником кафедры психиатрии

Минского государственного медицинского института, 90-ю годовщину со дня основания которой мы сегодня и отмечаем.

В своем вышедшем в 1965 г. и ставшем классическим труде «Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости» С.Г. Жислин отмечает необходимость изучения психопатологических, вегетативно-соматических и других сторон алкогольной клиники, ибо «без глубокого знания этих картин и их индивидуальных особенностей в каждом случае, без глубокого знания больного невозможна и истинная психотерапия, а последняя имеет превостепенное значение при любом методе лечения алкоголизма».

Как же выполняются заветы С.Г. Жислина? Известно, что процесс психотерапии начинается с того момента, когда пациент переступает порог кабинета. Но перед выбором того или иного метода терапии для конкретного зависимого пациента необходимо решить как минимум 2 задачи. Во-первых, выяснить причины употребления ПАВ, во-вторых, определить, в какой степени пациент понимает наличие болезни и каковы истинные причины его обращения за помощью.

При всех случаях лечения зависимостей необходимо прежде всего определить причины употребления психоактивного вещества (ПАВ). Ведь совершенно очевидно, что это приносит нашему пациенту определенные дивиденды. Когда мы говорим об исследовании «смысла», или «дивидендов», или «вторичной выгоды», мы подразумеваем тот факт, что каждое решение, которое человек принимает, имеет для него свою выгоду. Пусть даже он принимает явно саморазрушительное (как в рассматриваемой ситуации злоупотребления алкоголем) решение, неизменно обнаружится, что в мире опыта пациента оно осмысленно и неким высоколичностным или символическим образом является самоохранительным. Поэтому если пациент выражает желание избавиться от зависимости, нужно исследовать вместе с ним его дивиденды от их приема, поскольку широкий спектр положительной фармакологической активности этанола, включающий в себя анксиолитические, антидепрессивные, психостимулирующие и другие эмоционально-позитивные компоненты в сочетании с его относительно легкой доступностью и делают его одним из наиболее популярных ПАВ.

В значительном числе случаев алкоголь с большей или меньшей мерой осознания употребляется пациентом, так как его психотропные эффекты позволяют смягчить другую, лежащую глубже психопатологическую симптоматику. К примеру, лица, страдающие психогенными заболеваниями (неврозы, невротические развития личности и реактивные депрессии невротического уровня), которые сопровождаются эмоциональными нарушениями, с целью снятия эмоционального напряжения, облегчения тягостного соматического состояния, повышения настроения, купирования навязчивых страхов, трево-

ги, нарушений сна, искусственной дезактуализации психотравмирующих ситуаций прибегают к приему алкоголя. Поэтому, изучая совместно с пациентом причины употребления им алкоголя, следует детально разобрать и получаемые от этого дивиденды, и негативные последствия. Очевидно, что человек скорее присвоит правильное, отвечающее его интересам решение, когда видит границы дивидендов каждого из противоположных решений. И наоборот, решение не приживается, если человек не признает его, не «присвоит» и не откажется от дивидендов противоположных решений. В значительном числе случаев выбрать единственно правильную тактику относительно приема ПАВ совсем непросто в связи с возникающей ситуацией когнитивного диссонанса. Детально данная проблема рассмотрена нами ранее [3].

Сочетание самой различной психической патологии и потребления психоактивных веществ – достаточно частое явление, требующие своего углубленного клинического изучения и анализа в рамках каждого отдельного нозологического варианта. Задача нарколога в своевременной диагностике коморбидной патологии чрезвычайно важна, ибо без ее выявления и лечения бессмысленны попытки подвигнуть пациента прекратить употребление ПАВ, что мы и видим нередко в клинической практике: пациент безуспешно пытается прекратить злоупотребление, переходя от одного врача к другому до тех пор, пока не выявится истинная причина – наличие психопатологии, не связанной, но часто усугубленной алкоголизацией или наркотизацией. Терапия алкогольной зависимости без диагностики и лечения психической патологии является делом бесперспективным, что, тем не менее, наблюдается достаточно часто. Реальное состояние дел с выявлением коморбидной патологии в Беларуси детально рассмотрено нами ранее [5].

Практически при любом заболевании на основании ощущений и переживаний, испытываемых пациентом, а также имеющейся у него информации о болезни формируется в каждом конкретном случае определенное представление о болезни и связанная с этим осознанная или подсознательная потребность ее преодоления. Это ведет к формированию программ и моделей поведения, направленных на борьбу с болезнью. Клинической проекцией этого процесса является осознание пациентом своего заболевания, т.е. критика. В большинстве случаев обращения за психотерапевтической помощью пациент в основном понимает наличие проблемы и активно ищет помощи. Иное дело при зависимостях, где наличествует в той или иной степени явления анозогнозии. В результате воспитания, влияния традиций, противоречивого восприятия злоупотребления алкоголем окружением, самой специфики алкогольного заболевания создаются тенденции к субъективному, нереалистическому отношению больного к своей алкоголизации. Непонимание или отрицание болезни, недооценка тяжести ее последствий в форме социальных,

---

психологических, психических и соматических расстройств представляет серьезное препятствие для привлечения пациентов к лечению и усложняет проведение как психотерапии, так и медикаментозного лечения, затрудняет формирование установки на трезвость.

Применительно к алкоголизму анозогнозия понимается как непризнание пациентом факта зависимости от алкоголя, игнорирование очевидных признаков заболевания, препятствующие своевременному обращению за медицинской помощью и ведущие к отказу от противоалкогольного лечения. Нарушения осознания болезни относятся к числу ключевых проявлений заболеваний, обусловленных приемом психоактивных веществ. Важность клинической оценки и учета особенностей осознания болезни определяется многими обстоятельствами. Во-первых, осознание болезни – это тонкий индикатор сохранности личности, на этом основании делают заключение о состоянии критических способностей пациента. Во-вторых, специфика нарушений осознания болезни определяет особенности проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы при наркологических заболеваниях. В-третьих, осознание болезни имеет прогностическое значение в отношении эффективности лечения и устойчивости достигнутых терапевтических ремиссий. Чем более выражены нарушения осознания болезни, тем ниже вероятность формирования положительных установок на полный отказ от употребления психоактивных веществ, хуже качество и устойчивость ремиссий. Формирование алкогольной анозогнозии по мере прогрессивности процесса имеет свою динамику. Обычно к началу 2-й стадии алкоголизма мысли о болезни временами проникают в сознание, но тут же вытесняются. В последующем такие подозрения сохраняются дольше. Этому в значительной степени способствует состояние соматопсихического дискомфорта при прекращении по той или иной причине алкоголизации. К середине 2-й стадии мысли о болезни порождают личностный конфликт и идеи ущербности «я», но не декларируются, хотя внутренняя картина болезни уже сформирована, в глубине души пациент уже знает, что он болен, что он алкоголик. Мысли о заболевании резко усиливаются в состоянии отмены, заставляя искать помощи врача, хотя и несколько тускнеют в периоды ремиссий, притупляя бдительность пациента. При актуализации патологического влечения к алкоголю анозогнозия достигает максимального уровня.

Стержневым элементом в структуре алкогольной анозогнозии являются механизмы психологической защиты личности. Защитные психологические механизмы позволяют нейтрализовать внутриличностный конфликт, провоцируемый неспособностью пациента вести трезвый образ жизни в условиях осуждения его пьянства окружающими. С этой точки зрения природа анозогнозии скорее связана с нежеланием понять болезненный характер злоупотребления, а не с неспособностью сделать это. Включение механизмов пси-

хологической защиты при алкоголизме предохраняет личность от проникновения информации, способной дестабилизировать «Я», снизить самооценку и самоуважение, позволяет сохранить привычный и приемлемый для личности модус поведения, не вводя его в конфликт с общепринятыми нормами, общественной моралью. Однако, обеспечивая психологическую защиту, указанные механизмы затрудняют проникновение в сознание мысли о чрезмерности пьянства. Важно помнить, что включение психологических защитных механизмов осуществляется на подсознательном уровне и не зависит от волевых усилий человека.

Еще при первичном обращении терапевтом должны быть идентифицированы проявления алкогольной анозогнозии и степень ее выраженности. При этом необходимо помнить, что в ряде случаев слова пациента о том, что он алкоголик и что ему нужно лечиться, вовсе не означают, что имеется критическое отношение к болезни. Такое формальное признание нередко является лишь способом уйти от социальных санкций или наличием у пациентов рентных установок.

Больные алкоголизмом часто откладывают элементарные решения, как, например, начало воздержания: «сегодня еще выпью, а с завтрашнего дня – ни капли». При предъявлении более серьезных рационально-терапевтических требований пациенты как бы откладывают их осмысление на потом: «сегодня я вас не могу воспринять, я слишком не собран». Терапевт должен быть внимательным, чтобы отличить отсрочку как проявление сопротивления лечению от состояния, являющегося следствием действительной неспособности больного сотрудничать, например при тяжелом абстинентном синдроме, при алкогольной депрессии с реальными расстройствами внимания и критики и т.п. Отсрочка как аргумент защиты может быть иногда причиной кризиса в лечении алкоголизма: у пациента имеется адекватный гипотетический взгляд на самого себя, но он отказывается от каких-либо реальных действий («Да, злоупотреблять алкоголем – это плохо, знаю это, и я должен буду что-нибудь сделать»). Эти типы защитной аргументации наблюдаются не только в процессе рациональной психотерапии, но и при внутреннем диалоге пациента с самой собой, т.е. при попытках пациента рационально объяснить свое поведение с помощью самоанализа.

И как раз ситуация выраженности абстинентных расстройств является удобной для обсуждения с пациентом чрезмерности пьянства, ибо здесь он видит реальные последствия и готов к признанию своих проблем. В нашей практике отмечены многочисленные случаи, когда именно субъективно тяжело протекающие состояния после прекращения алкоголизации или наркотизации служили мощным сдерживающим фактором, способствующим поддержанию терапевтической ремиссии.

---

Один из способов обойти психологические защиты и добиться от пациента признания чрезмерности пьянства предложен нами ранее. Он заключается в наглядной демонстрации пациенту наличия соматоневрологических осложнений в его собственном организме, возникших по причине пьянства [2].

На первых этапах лечения рациональная психотерапия предполагает постепенное раскрытие неадаптивного поведения пациента. С одной стороны, врач должен распознать все приемы защитной аргументации пациента, с другой – в процессе психотерапевтического воздействия убедить его в неадаптивности этих приемов и добиться сознательного отношения к необходимости проведения лечения и воздержания от приема спиртного. Следует заметить, что принятие пациентом решения о воздержании на какой-то период времени и его успешная реализация являются одним из важнейших критериев оценки своих личностных (в первую очередь волевых и нравственных) качеств, и сопровождаются повышением самооценки. После проработки в процессе рациональной психотерапии у зависимого пациента связанных с осознанием своей болезни проблем и нейтрализации некоторых психологических защит можно переходить к другим формам и методам лечения.

Становится все более очевидным, что преодоление алкогольной анозогнозии, поддержание установки пациента на полный отказ от употребления спиртных напитков, формирование новых ценностных ориентаций и поиск путей разрешения внутренних и межличностных конфликтов невозможны без целенаправленного психотерапевтического воздействия на личность больного в различных формах – индивидуальной, групповой и семейной психотерапии. Поиск же резервов повышения эффективности психотерапии зависимостей связан с развитием в направлении процессуальной, динамической и системной организации психотерапевтического воздействия, учитывающего динамику патологических и компенсаторных процессов у аддиктов. Следует добиваться нормализации психического состояния человека, его чувств, мыслей, представлений и убеждений и избавить больного человека от переживаний отчужденности, смыслоутраты и одиночества, которые часто приводят к аффективным и невротическим расстройствам. Чрезвычайно важно, чтобы каждый усвоил для себя принципы аксиологии как науки, исследующей категорию «ценность», характеристики, структуры и иерархии ценностного мира, способы его познания и его онтологический статус, а также природу и специфику ценностных суждений.

Основные этапы в развитии психотерапии наркологических заболеваний – от суггестивной и поведенческой к рациональной и коллективной и, наконец, к личностно-ориентированной психотерапии. В свою очередь, в рамках личностно-ориентированной терапии наблюдается тенденция уделять большое внимание межличностным и семейным отношениям. Прогресса не

будет, ситуация не изменится, если не менять парадигму в психотерапевтической тактике: не ремиссия, воздержание, а превращение пациента с зависимостью в трезвенника. Зависимость от ПАВ уже в течение многих лет рассматривается как сочетанная патология биологической, психической, социальной и духовной сфер жизни человека, и биопсихосоциодуховный подход к проблеме зависимостей становится главенствующим.

В последнее время содержание психотерапии в наркологии существенным образом пересматривается. На Западе происходят существенные перемены, обусловленные внедрением идеологии доказательной медицины. Эволюция психотерапии идет в направлении повышения социально-психологической адаптации пациента. Одно из важнейших направлений развития мировой психотерапии состоит в формировании интегративно-экликтически-синтетических методов и школ, впитывающих в себя все наиболее действенное и прогрессивное из многих современных школ психотерапии. В России сложилось направление, которое может быть названо мультимодальной интегративной психотерапией.

В нашей республике в настоящее время методы лечения зависимостей носят парциальный характер, не учитывающий сложность, целостность и глубину проблемы, ее комплексность. В реальности из-за отсутствия четкого понимания природы зависимости от психоактивных веществ среди специалистов распространен упрощенный подход к выбору методов лечения. Пациентов и их родственников ориентируют не на долгую работу над собой и изменение образа жизни, а на поиски такой одномоментной медицинской процедуры, которая бы сразу обеспечила быстрое исцеление и решила все проблемы. В клинической практике по-прежнему преобладают методы гипно-суггестивной и эмоционально-стрессовой противорецидивной терапии алкоголизма, суждения об эффективности которых во многом обусловлены обывательскими представлениями о содержании лечения, сформированными наркологами на протяжении десятилетий. Интервенционные методы, как «кодирование», подшивание препарата «Эспераль», «Торпеда», различные «подзарядки» и т.д., нашли широкое применение в практической наркологии. Причины этого положения детально рассмотрены нами ранее [4].

«Яркий пример патернализма в наркологии, – констатирует проф. В.Д. Менделевич, – постыдное доминирование «методик кодирования» (фактически банального запугивания), оцениваемых во всем цивилизованном мире как этически не оправданная, научно не обоснованная и даже противозаконная манипуляция... Грубо нарушается принцип информированного согласия, требующий от врача предоставления всей полноты сведений о болезни и механизмах действия лекарств или процедур. Пациенту фактически лгут, прикрываясь дипломом врача, о том, что «разрушают центр удовольствия»,

«блокируют опиатные рецепторы», «программируют на дозу», «разрушают подсознательный образ болезни» и т.п. Обоснование данного приема «ложью во спасение» не может быть признано соответствующим этическим требованиям». Среди всех предлагаемых официальной и неофициальной российской наркологией методов лечения «кодирование» разного рода занимает до 80%. Российскую наркологию впору назвать «кодирологией»... Месяцами, годами заниматься рутинной реабилитацией пациента – тяжелый и малооплачиваемый труд, а «кодирование» и выгодно и быстро».

«В отечественной наркологической практике, – отмечают Е.М. Крупицкий и А.В. Борцов, – высока распространенность так называемой плацебо-опосредуемой суггестии, которая, по сути, является сциентистски декорированным шаманством, эксплуатирующим элемент мистического сознания, распространенного среди российских наркологических больных. Такие способы «лечения», как «капсула», «Торпедо», «Эспераль», «кодирование», «интракраниальная транслокация», «методика 25-й кадр» и т.п., имеют в своей основе плацебо-опосредованное воздействие, представляя, по сути, не что иное, как обман пациента, основанный на эксплуатации весьма распространенных и устойчиво персистирующих в популяции российских больных алкоголизмом и наркоманией мифов о реальном действии вышеупомянутых методов».

Несколько лет назад на страницах белорусских республиканских отраслевых журналов прошла дискуссия по поводу патерналистских методов терапии. и в первую очередь «стрессопсихотерапии». Как отметили в ходе дискуссии в статье с примечательным названием «Код Да!Вженко...» известные белорусские ученые, «наркологическая научная общественность воспринимает эти методы как бездоказательные и дискредитирующие наркологию как науку и область медицины. Психотерапия зависимостей – это не процедура (вмешательство, сеанс, техника), а процесс установления терапевтических отношений, которые «исцеляют», если их устанавливать с больным. И мы... должны признать свою неспособность сделать чудо: вылечить пациента за одну встречу» [1].

Специалисты, подстраиваясь под бытующие в обществе алкогольные мифы и традиции, часто прямо потакают пациентам, не пытаясь выступать в качестве просветителей, грамотных информаторов даже в отношении лиц, критически мыслящих, готовых воспринимать проблему химической зависимости во всей ее сложности. Постоянно рекламируются в средствах массовой информации «эффективные и радикальные» методы лечения алкоголизма, применяемые различными медицинскими центрами и частнопрактикующими врачами, в том числе и лечение зависимых пациентов путем воздействия на их мозг различными «токами», «лучами», «полями» и «волнами». Создается образ «всемогущих» спасателей, гарантирующих успешное лечение, при-

чем одномоментное. В сознании пациентов и их родственников формируется представление о том, что «не надо долго думать и что-либо предпринимать самим – за вас решат, что надо делать с больным». Формируется слепая вера в эффективность методов лечения, базирующихся на страхе, на препаратах, создающих «химическую защиту», на «кодировании» – т.е. на методах терапии, которые снимают с пациентов всякую ответственность за изменение собственного поведения и за процесс лечения и восстановления. Оплата родственниками услуг по лечению пациента, принятие ими на себя большей части финансовых затрат создают у больных иллюзию легкости лечения, не позволяют им пережить чувство надвигающейся беды, жизненной катастрофы, требующих принятия серьезных мер.

К сожалению, большинство наших врачей-наркологов не имеют соответствующей подготовки в области психотерапии, не владеют психотерапевтическими методиками, позволяющими серьезно работать с пациентами, да и не имеют для этого достаточно времени, как, впрочем, и особого желания. Имеющиеся в некоторых наркологических учреждениях психотерапевты и психологи также не могут пока существенно влиять на ситуацию. Что же касается истинной психотерапии, в продолжение которой выявляются причины злоупотребления психоактивными веществами, особенности личности пациента, условия воспитания, наследственности, влияния бессознательных факторов, аксиологии и т.п., то, конечно же, в республике имеется некоторое количество высококвалифицированных психотерапевтов, способных в рамках той или иной психотерапевтической школы успешно работать с зависимыми пациентами, однако число пациентов, которым в финансовом плане доступно такое лечение, исчезающе мало. Закончим наши рассуждения словами выдающегося современного психотерапевта И. Ялома: «Как бы мы ни хотели иного, психотерапия – это «циклотерапия», т.е. долгий, трудно продвигающийся процесс с неоднократной проработкой одних и тех же проблем в терапевтической среде, с повторяющимся пересмотром жизненных паттернов пациента».

### **Литература**

1. Александров, А.А., Королев, К.Ю., Айзберг, О.Р. Код Да'Вженко, или еще раз к вопросу о так называемой стрессопсихотерапии // Психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 121–127.
2. Плоткин, Ф.Б. Алкогольная анозогнозия: метод коррекции с использованием соматоневрологических осложнений как ресурса для психотерапии // Психотерапия. – 2013 – № 12. – С. 79–84.
3. Плоткин, Ф.Б. Когнитивный диссонанс как причина нестабильности ремиссий при алкогольной зависимости // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 91–99.

- 
4. Плоткин, Ф.Б. «Похметология» и «Кодирология» versus клиническая наркология, или Для чего нужен врач-нарколог? // Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология. Сообщ. 1 – 2014. – № 4. – С. 96–108; Сообщ. 2 – 2015. – № 1. – С. 139–151.
5. Плоткин, Ф.Б., Короткевич, Т.В. О некоторых проблемах диагностики в наркологии // Наркология. – 2014. – № 11. – С. 89–99.