

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. МОДЕЛЬ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

А.ГРЕБЕНЮК*

1. ФОРМИРОВАНИЕ И ПАТОМОРФОЗ ПСИХИЧЕСКОГО ОБРАЗА ОПЬЯНЕНИЯ

Как известно, в психиатрии под синдромом психологической зависимости понимают симптомокомплекс, включающий в себя навязчивое влечение к наркотику и стремление к достижению психического комфорта в состоянии интоксикации (*Пятницкая, 1975*). До настоящего времени окончательно не выяснены *патопсихологические механизмы*, лежащие в основе данного синдрома. Это значительно снижает ценность экспериментально-психологического исследования в условиях наркологической клиники и не позволяет создать теоретически обоснованные коррекционные программы, цель которых – устранение зависимости от опьянения.

Ранее проведенные нами исследования (*Гребенюк, 1999*) показали, что в структуре индивидуального сознания больных происходит ряд специфических изменений, которые и лежат в основе психологической зависимости от опьянения. Взяв за основу теоретическую модель психического образа, предложенную Ф.Е.Василюком (1993), и придав ему ранг смыслообразующего, мы получили возможность описать формирование, а затем и патоморфоз *психического образа* опьянения.

Согласно нашим наблюдениям, изначально, в норме психический образ опьянения выступает в сознании здорового человека *полюсом предметного содержания*, проявляясь в натуральных свойствах

* *Гребенюк Анатолий Анатольевич* – ассистент кафедры психологии Симферопольского государственного университета. В 1989 году окончил Крымский медицинский институт, в 1990г. – интернатуру по психиатрии. В 1994 году окончил Специальный факультет психологии Симферопольского государственного университета. Сфера научных интересов – изучение индивидуального сознания наркологически больных.

конкретной ситуации. Примером могут служить ответы пятилетних детей на заданный нами вопрос: *Что такое опьянение?*

– *Это когда папа лежит на полу весь грязный и от него водкой пахнет...*

– *Пьяный? Пьяный – это когда кто-нибудь водки напьется и начинает драться и кричать.*

Сознание детей сразу, опираясь на понятие, направляется во внешний мир, в котором ищет и находит соответствующую предметную ситуацию.

В дальнейшем, по мере социализации индивида, психический образ опьянения начинает выступать в сознании как *полюс значения*, т.е. в устойчивом для представителей данной культуры социально нормированном смысле. Само значение опьянения при этом отражает социальный смысл указанного состояния как феномена специфически нарушенного *со-знания*.

В качестве примера можно привести ответы десятилетнего ребенка на наши вопросы:

– *А ты, когда вырастешь, пить водку и вино будешь?*

– *Нет, не буду.*

– *А почему?*

– *Пьяный человек – он дурной. Он может нахулиганить, или спит, когда надо работать. С пьяным нельзя нормально поговорить. Он в любой момент может обругать, полезть в драку... Вот, когда мой отец или дядя Вова напьются, они начинают ругаться, папка не слушает никого, дерется... Мы с мамой у бабушки прячемся в комнате... Нет, пить я не буду, так как пьяные плохо себя ведут... Мама так и говорит: «Когда папка пьяный, ты к нему не подходи, он сам не знает, что делает...»*

В этом примере ярко представлено, как мать передает ребенку значение понятия *опьянение* как состояния, в котором человек *сам не знает, что делает*.

Как известно, любой образ сознания обязательно включен в смысловое поле субъекта (Леонтьев, 1975). Психический образ опьянения у субъекта, не знакомого с состоянием опьянения, но включенного в систему общественных отношений в рамках культуры, где употребление наркотического вещества регламентировано, по нашему мнению, несет в себе смысл адаптации к социальной среде. Примером может служить ответ того же десятилетнего мальчика, выдержку из беседы с которым мы приводили выше.

– *Ты совсем не будешь пить или иногда все-таки будешь?*

– *На праздники буду, тогда все пьют, веселятся, поют, танцуют. Взрослые обязательно пьют на праздники, например «за здоровье». Это только детям запрещают, потому что они маленькие. Если взрослый не пьет, то на него обижаются.*

В условиях нашей перmissive культуры большинство здоровых

людей по различным причинам начинает эпизодически употреблять алкоголь (а в рамках некоторых молодежных субкультур – наркотики). Первичный прием любого психоактивного вещества буквально оглушает человека целой гаммой ощущений. Это объяснимо: вызванная наркогенным веществом, перестройка в работе организма на клеточном, органном, системном и пр. уровнях сопровождается раздражением рецепторных поверхностей. Психологически это явление представлено тем, что психический образ опьянения в сознании человека наполняется чувственной тканью. Ощущения сливаются в расплывчатое синкретическое обобщение, где объединяющим фактором становится эмоциональный тон. Естественно, что возникшие после употребления наркогенного вещества ощущения сопровождаются как отрицательным эмоциональным тоном (например, зуд, головокружение, боль и т.п.), так и положительным (ощущение тепла, расслабленности и т.п.). На этом этапе видоизменения психического образа ведущая роль принадлежит отношению личности к значению понятия *опьянение*, усвоенному в ходе общественной деятельности. На наш вопрос: «Зачем взрослые пьют вино и водку?» дети разных возрастов, в основном, отвечали одинаково: «Для того, чтобы стать веселей, разговориться, не стесняться» и т.п. Неприятная симптоматика, сопровождающая состояние опьянения, преломляясь через призму личностного смысла, приобретает противоположный характер. Личность создает базу для формирования нового синкретического обобщения, которое укрепляет значение понятия, усвоенного в ходе опыта жизнедеятельности. Проекция психологических ожиданий субъекта на психофизиологический фон, созданный употреблением наркогенного вещества, способствует получению опыта алкогольной или наркотической эйфории (Братусь, 1974).

Наши исследования структуры индивидуального сознания наркологически больных (Гребенюк, 1999) показали, что изменения коннотативной организации их сознания по своим характеристикам очень близки к тем, что наблюдаются у лиц, находящихся непосредственно в состоянии опьянения. Следовательно, можно сделать вывод, что в организме человека, привычно употребляющего то или иное психоактивное вещество (например, алкоголь), происходят изменения (первичный дефект), которые на психологическом уровне представлены попыткой воссоздания – вне интоксикации – состояний сознания, свойственных опьянению. Этот вывод полностью согласуется с существующими в современной наркологии взглядами, согласно которым абстинентный синдром при наркоманиях и алкоголизме есть ни что иное, как результат попытки организма в ответ на обрыв наркотизации восстановить свой гомеостаз. При этом возбуждение трофотропной и эрготропной систем является попыткой воссоздания организмом состояния, возникающего при интоксикации. Мы предполагаем, что указанная ауторегуляция гомеостаза проявляет себя гораздо раньше на

психологическом уровне. Клинически, она выступает в виде хронически существующих деперсонализационно-дереализационных расстройств. На уровне сознания больного они представлены в виде известного в психиатрической клинике симптома *психического дискомфорта вне наркотической интоксикации*. Именно это негативное переживание и ориентирует поведение больного в сторону мотива опьянения. Выражаясь образно, наркологически больной в трезвом состоянии не вполне отчетливо, но постоянно ощущает себя *не в своей тарелке*.

Трезвый образ жизни не устраняет данного страдания. Оно может уходить на второй план на фоне переживаний, сопутствующих какому-либо увлечению, но может в любой момент снова выдвинуться на первый план, чему часто способствуют состояния апатии, депрессии, астении, переживания вынужденной бездеятельности, горя и т.п. или даже переживания радости, счастья, веселья. Подтверждением могут служить однотипные высказывания больных алкоголизмом, прошедших лечение по методу А.Р.Довженко, которые гордо заявляли, что они после кодирования *держались и не пили* столько-то месяцев или даже лет.

Таким образом, рассматривая психологическую зависимость от психоактивного вещества как мотивацию, можно выделить в качестве субъекта *наркоманической* деятельности наркологически больного. Источником активности последнего является потребность в изменении психофизиологического состояния организма. Мотивом – измененное состояние сознания (опьянение). Предметом потребности – алкоголь или наркотики. Целью – желаемые изменения на субъективном и поведенческом уровне (например, повышение настроения, протест через негативизм и самоповреждение и т.п.).

Указанные нарушения приводят к тому, что в системе *личностных смыслов* наркологически больного происходят закономерные изменения.

1. Понятие *трезвость* приобретает смысл некоего комфортного психофизиологического состояния организма, которое возникает после употребления наркотического вещества. На бытовом уровне сплошь и рядом можно наблюдать, как больной алкоголизмом, не считая легкое алкогольное опьянение собственно опьянением, придя домой *навеселе*, на упреки жены: *Почему ты пришел пьяный?!* – разводит руками и возмущается, что он никакой не пьяный, так как *сам домой дошел, и ни к кому не приставал...* На данном этапе понятия *трезвость* и *опьянение* становятся близки, а, следовательно, выбор между *трезвым* и *пьяным* состоянием затруднен. Аналогичная картина наблюдается и при наркоманиях. Мы неоднократно слышали от наркоманов, находящихся в состоянии опийного опьянения, рассуждения типа: *Я не пьяный. Я нормально себя чувствую. Это если водки напиться, тогда действительно ничего не соображаешь.*

2. Следующим этапом в развитии психологической зависимости от психоактивного вещества является слияние коннотативных значений

различных понятий опьянения со все большим числом понятий, отражающих ту или иную деятельность человека или его субъективные состояния (Гребенюк, 1999). Возникшие коннотативные обобщения выступают в качестве интуитивно-переживаемой подсказки, какой вид опьянения субъективно необходим индивиду для того, чтобы нормально работать, отдыхать или заниматься любой другой деятельностью. Наиболее универсальный вид опьянения становится основой предпочтения, которое отводится тому или иному наркотику. В этом случае говорят о формировании конкретного вида наркомании.

3. Связь переживания состояний опьянения со все более широким жизненным контекстом постепенно возводит мотив опьянения в ранг смыслообразующего. На этом этапе формирование собственно психологической зависимости от состояния опьянения приходит к завершению.

Анализ клинических интервью, проведенных с наркологически больными, позволил нам выделить наиболее типичные поведенческие паттерны, несущие характер относительно самостоятельных психологических феноменов, отражающих функционирование мотива опьянения в качестве смыслообразующего. Возникновение этих феноменов обусловлено тем, что вся информация, отражаемая в сознании наркологически больного, изначально обязательно преломляется через доминирующий в иерархии психических образов образ опьянения. Взяв за основу те представления о структуре психического образа, которые развернуты Ф.Е.Василюком (1993), нам удалось систематизировать эти феномены. Подобная систематизация обнаружила свою полезность не только в диагностике зависимости, но и в условиях психокоррекционных занятий с больными.

Отражение психического образа опьянения через полюс значения (феномен Маски)

Мы рассматриваем случаи, когда мотив опьянения приобрел для человека смыслообразующий характер. Психический образ опьянения, выступая в сознании субъекта полюсом значения, преломляет поведение индивида в сторону социально одобряемых форм поведения. Субъект, находящийся в опьянении, попросту маскирует его, играя роль трезвого. Для этих целей могут быть использованы различные средства – от жевательной резинки с резким запахом ментола (*чтобы запах спиртного не «унюхали»*) и закапанных нафтизином глаз (*чтобы после того, как героином «двинулся», зрачки не сужались*) до резонерских рассуждений на тему того, что *после «косячка» лучше работается и быстрее соображается*.

Отражение психического образа опьянения через полюс личностного смысла (феномены Тотемического мышления, Разрывной памяти, Опасного любопытства, Кривой логики)

В процессе тотемического мышления наркотик субъективно

наделяется особой *влекущей* силой, противостоять которой сам больной не в силах, что заставляет его обращаться за помощью к врачу-наркологу. В этом случае последнему неосознанно приписывается волшебная сила, аналогичная полинезийскому понятию *мана* (букв. – *магическая сила священников и вождей*). Приписывание такой силы врачу позволяет ему в форме определенного ритуала (например, *кодирования*) налагать на больного своеобразное *табу* – запрет на употребление алкоголя. Несоблюдение табу пациентом предполагает немедленное наказание, вплоть до гибели больного. В случае, если после нарушения табу наказания не последовало, врач, проводивший лечение, начинает оцениваться как обладающий *слабым мана*.

Феномен Диссоциации или *Разрывной памяти* представляет собой известный в наркологической практике (как и в эксперименте) феномен, когда навыки, выработанные в состоянии опьянения, человек лучше воспроизводит при повторении этого состояния.

Феномен Опасного любопытства. На фоне сформированного мотива опьянения, носящего смыслообразующий характер, в качестве дополнительного начинает выступать мотив в информационном обеспечении. Таинственный мир иллюзорно-галлюцинаторных переживаний, возникающих в опьянении, начинает навязчиво притягивать своей необычностью и сказочностью. В результате у подростков, например, потребность в получении новой информации невольно связывается только с употреблением новых наркотиков или их комбинаций.

Феномен Кривой логики на клиническом уровне проявляется в искаженном выводе, который наркологический больной делает в случае, если поступающая из внешнего мира информация противоречит установкам больного на опьянение как безвредное состояние. В качестве примера приведем выдержки из беседы с больным гашишной наркоманией:

Пациент: Скажите, вот курение конопли – опасно или безвредно?

Психолог: В принципе опасность психоактивного вещества зависит от степени его наркогенности. Наркогенность тем выше, чем сильнее эйфория, вызываемая наркотиком, а также чем быстрее к этому наркотику формируется психологическая зависимость. У конопли наркогенность в пять раз выше, чем у алкоголя, а у опиатов она выше в десятки раз.

Пациент: А, значит, коноплю курить безвредно!

Отражение психического образа опьянения через полюс предметного содержания (феномен Синестезического образного мышления)

Синестезические компоненты, которые у здорового человека создают как бы фон каждого запоминания, неся *избыточную* информацию и обеспечивая точность запоминания, у больных токсикоманией трансформируются в ярко выраженные диффузные синестезии,

сгруппированные вокруг одного мотива – наркотика. И последний начинает навязчиво всплывать в сознании больного в виде образа, насыщенного синестезиями. Это приводит к тому, что собственно психический феномен начинает превращаться в соматический. Так, у больного алкоголизмом навязчивый образ спиртного столь реален, что у него начинает выделяться слюна, он облизывается, глаза начинают блестеть, лицо приобретает гиперемированный вид.

Отражение через полюс знака (феномен Извращенного понимания)

Преломление отражаемой действительности через полюс знака (в структуре психического образа опьянения) на клиническом уровне проявляется в трудностях взаимопонимания между наркологически больными и здоровыми людьми. Помнится, в одном известном нам случае наркоман, находясь в компании едва знакомых людей, подошел к человеку по фамилии Ширяев с вопросом о том, где можно достать наркотик: фамилия «Ширяев» своим звучанием напоминала принятое в среде наркоманов название кустарно приготовленного наркотика «ширка».

2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Данные рассуждения, а также результаты, полученные в ходе экспериментального исследования индивидуального сознания наркоманов (Гребенюк, 1998; 1999), позволили нам сформулировать некоторые основные принципы психотерапии наркологически больных:

а) Ослабление поведенческих феноменов, возникающих при смыслообразующей функции мотива опьянения

Указанные выше поведенческие паттерны (феномены *Маска*, *Тотемического мышления*, *Разрывной памяти*, *Опасного любопытства*, *Кривой логики*, *Синестезического образного мышления*, *Извращенного понимания*), возникающие при возведении мотива опьянения в ранг смыслообразующего, затрудняют диагностику психологической зависимости от психоактивных веществ и осуществление коррекционной программы, направленной на ее ослабление. На начальном этапе становления ремиссии данные поведенческие феномены выражены очень сильно. Мы наблюдали случаи, когда врач или психолог, с трудом преодолев у больных некоторые из указанных поведенческих паттернов, не замечали, как на смену уходящим тут же оживлялись другие. Чаще всего это приводило к рецидиву заболевания, а многие из больных невольно начинали рассматриваться терапевтом как пациенты, *не желающие сотрудничать*.

в) Осознание психического образа опьянения

В основу данного терапевтического принципа положен известный факт, согласно которому опосредованные словом психические процессы становятся инициативно управляемы. Будучи отрефлексированным, психический образ опьянения утрачивает свой *магизм* в глазах больного. Более того, пациенты начинают замечать самые первые признаки пробуждающегося влечения. Кроме того, рефлексия результата опьянения предоставляет пациенту возможность найти ему должную замену, посредством которой могут быть достигнуты те же эффекты. В качестве примера достаточно привести нередкую среди пациентов, *бросивших* наркотики или алкоголь, замену опьянения – сеансами медитации или аутотренинга.

с) Формирование полярных личностных конструкторов «трезвость – опьянение»

Данный этап очень важен, ибо для наркологических больных понятия *трезвость* и *опьянение* выступают как коннотативно близкие. Психолог помогает больному *отдифференцировать* чувственные и эмоциональные компоненты трезвости и опьянения. При этом особое внимание уделяется эмоциональному тону ощущений и их переоценке. Работая с мыслями и чувствами пациента, терапевт преобразует личностно-смысловые связи в его информационном пространстве. Результатом такого преобразования является формирование полярных личностных конструкторов *трезвость-опьянение*.

д) Коррекция пространственно-временных отношений индивидуального сознания

Как было нами показано ранее (*Гребенюк, 1998*), изменения в коннотативной организации сознания, а именно нечеткость субъективных границ *прошлого, настоящего и будущего* и чрезмерная *актуализация правополушарного субъективного пространства*, во многом определяют своеобразный *деперсонализационно-дереализационный* стиль жизни больных, характеризующийся излишней компульсивностью, недостаточным учетом прошлого опыта, принятием решений в узко-социальном контексте. Кроме того, эти нарушения лежат в основе феномена анозогнозии, который, в основном, и определяет неуспешность лечения наркологически больных. Устранение или, по крайней мере, частичное смягчение пространственно-временных расстройств позволит личности по-иному посмотреть на опыт своей наркотизации в контексте прошлой, настоящей и будущей жизни.

е) Укрепление мотива трезвого образа жизни в позиции смыслообразующего

Заключительный этап коррекционной работы предполагает закрепление мотива трезвого образа жизни в позиции смыслообразующего. Пока пациент не достиг этого результата, он

остается собственно больным человеком, и его жизнь определяется постоянной угрозой рецидива заболевания. Преследуя эту цель, терапевт продолжает вести коррекционную работу, укрепляя индивидуальный личностный конструкт *трезвость* личностно смысловыми связями со все большим количеством позитивных жизненных конструктов больного.

Описанные принципы легли в основу разработанного нами варианта психотерапии наркологически больных, который включает в себя (признаем его эклектизм) клинические ролевые игры, построенные в парадигме ситуационных техник Д.Киппера (1993), и модифицированные упражнения НЛП. Ниже мы предлагаем краткое описание этой программы.

3. ЭТАПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ

Подготовительный этап

Подготовительный этап представляет собой сеанс *рациональной психотерапии*, в которой участвуют не только пациенты, но и члены его семьи. Цель рациональной терапии – помочь больному и родственникам, составляющим его ближайшее окружение, определить правильное значение (в медицинском смысле) понятия наркологическая болезнь (алкоголизм или наркомания). Для этого психолог, используя рисунки-схемы, выделяет главные признаки алкоголизма или наркомании как болезни: утрата защитных биологических механизмов, потеря количественного контроля, абстинентный синдром, измененные формы опьянения и т.д.

На данном этапе целесообразно привлекать к работе врача-нарколога. В случае преобладания у больного феномена *синестезического образного мышления* необходимо провести курс классической условно рефлекторной терапии (УРТ). Показано и проведение медицинской психотерапии (в том числе эмоционально-стрессовой). Однако применение такого метода, как *кодирование по методу А.Р.Довженко*, на наш взгляд, хотя и позволяет в ряде случаев вызвать ремиссию алкоголизма, в то же время укрепляет у больного феномен *тотемического мышления*.

В конце подготовительного этапа больной заключает с психологом в письменном виде *Договор*, регламентирующий их взаимоотношения и обязательства на период проводимой терапии. Заключение договора позволяет ослабить у больного феномен *маски*.

Этап ролевых игр

Примеры использованных ролевых игр даны в соответствии с классификацией ситуационных техник (по *Kipper*, 1993).

Прототип I: Комбинация косвенного / сравнительного способов

Предлагаемая нами техника *Договор* рассчитана на ослабление действия защитных механизмов у членов семьи наркологически больного.

Обычно родственники пациента считают себя ни прямо, ни косвенно не причастными к той деструктивной роли, которую он избирает и которую старается сохранить. Заключая *Договор* с членами семьи, терапевт аргументирует это необходимостью получения дополнительной информации о заболевании больного, а также участия членов семьи в проведении некоторых видов психотерапии. Подписав *Договор*, члены семьи невольно признают свою причастность к имеющейся проблеме, а пункты договора, в которых оговорены взаимные обязательства, не позволяют в дальнейшем уклоняться от семейной психотерапии. Кроме того, данная процедура позволяет ослабить существующий внутри семьи феномен *тотемического мышления*.

Прототип II: Комбинация косвенного / метафорического способов

В качестве примера, позволяющего понять, о чем в данном случае идет речь, приведем описание техники *Волшебный магазин*, слегка модифицированной нами. Обычно терапевт-ведущий представляет данную технику следующими словами:

«В Волшебном магазине у психолога можно неожиданно для себя приобрести массу полезных вещей. В отличие от обычного магазина, на прилавке лежат (показывает рукой на разложенные на столе карточки) неосязаемые ценности, такие как разные черты характера и навыки. Вы можете попробовать купить качество, которым не обладаете или которым хотелось бы обладать в большей степени. Психолог работает на основе бартера. Приобретая у продавца то, что вам нужно, вы должны обязательно отдать что-нибудь взамен – из того же разряда ценностей, то есть имеются в виду черты характера или какие-либо навыки.

Первую покупку предлагается сделать пациенту. Психолог направляет ролевую игру так, что позволяет протагонисту осознать мотивацию, обуславливающую его алкоголизацию или наркотизацию, а также мотивы, которые заставили его искать медико-психологической помощи.

В ходе определения потребностей наркологически больного психолог смещает ход игры таким образом, чтобы предметом обсуждения стали потребности членов его семьи. В роли протагониста должны побывать, если не каждый из домочадцев, то, по крайней мере, наиболее референтные для больного лица. В конце ролевой игры терапевт-ведущий приводит всех участников семейной психотерапии к осознанию причинно-следственной связи между мотивами, обуславливающими алкоголизацию или наркотизацию больного, и мотивами провоцирующего поведения членов его семьи. Применение данной техники позволяет изучить степень выраженности всех указанных феноменов и провести необходимую психокоррекционную работу, направленную на их ослабление.

С целью ослабления феномена *маски*, а именно комплекса тех

психологических защит, которые позволяют пациенту *убедить* окружающих в собственном безволии, а следовательно, избежать ответственности за решение вести безалкогольный или безнаркотический образ жизни, мы создали технику, получившую условное название *Бумажка*. Данная техника применялась нами в тренинговых группах наркологически больных, численностью 8-12 человек. Участники тренинга садились по кругу. Ведущий бросал в центр круга лист бумаги, сопровождая свои действия следующими словами:

Участникам группы запрещается поднимать с пола эту бумажку. Тем не менее, все вместе мы будем по очереди уговаривать каждого из участников поднять ее с пола. Игрок, которого уговаривают поднять бумагу, должен суметь отклонить эту просьбу или требование под любым предлогом.

Далее ведущий выбирает кого-то из участников игры и начинает его уговаривать поднять бумажку с пола, постепенно привлекая на свою сторону участников группы. Ведущий следит за тем, чтобы способы *уговаривания* были максимально разнообразны – от униженных просьб до угроз. Время *уговоров* одного из участников в среднем составляет 5-7 минут. Руководитель группы следит, чтобы каждый из участников группы побывал в роли протагониста. От ведущего требуются особые навыки в способах *метафорического* уговаривания больного, при котором лежащая на полу бумажка должна начать ассоциироваться в сознании всех участников группы с наркотиком или алкоголем. Так, например, ведущий в своих уговорах подражает наркоторговцам, продающим свой дурманящий товар:

«Ну, подними с пола, ну что ты страдаешь. Жизнь – она должна быть в радость. Подними бумагу и все станет нормально. Всё тебя "доставать" перестанет. Взять бумагу – дело одной секунды, и нет этого дурацкого положения, в котором ты сейчас находишься, пусть смеются над другими, над теми, кому это нравится...»

Если в группе появился больной, который, желая обратить на себя внимание или избежать участия в игре, сразу поднимает с пола бумагу, ведущий *лишает* его воли. После этого данному участнику группы запрещается принимать активное участие в игре. Затем из участников группы выбирается один человек, который будет выполнять роль *дублера* протагониста. Дублер садится за спиной, слева от протагониста и начинает играть *его волю*. Участники группы вновь начинают уговаривать протагониста поднять бумажку с пола. Дублер от лица протагониста вслух отказывается выполнить данное требование. Ведущий накаляет игровую обстановку:

«Подними бумагу. К чему это позерство? Ты же уже один раз поднял, поднимешь и еще... Кто один раз постоял на коленях, станет на

них снова...»

Во всех известных нам случаях, после работы с дублером протагонист уже никогда более не соглашался поднять бумагу с пола.

В конце данного упражнения и его обсуждения в группе все участники тренинга должны вслух отказаться использовать роль *безвольного человека* ради оправдания своего нетрезвого образа жизни. В ряде случаев это обещание вносилось пациентом в Договор, заключенный с психологом и членами семьи.

Прототип III: Комбинация прямого / метафорического способов

Техника *Шахматной доски* (индивидуальная). Используется в диагностических целях для изучения *системы поддержки* протагониста. Идея заключается в том, что умение справляться с различными ситуациями сравнимо с игрой в шахматы. Используя шахматную аналогию, можно изобразить поддержку, ожидаемую человеком от членов семьи, друзей и близких. Терапевт-ведущий представляет технику пациенту следующим образом:

«После лечения, первое время вам будет очень нелегко. Периодически могут возникать ситуации, когда в жизни все будет казаться трудным и невольно начнут появляться мысли: "А может выпить (уколоться) и забыться?" Но употребление алкоголя не спасет вас от проблем, а только породит новые. И тогда у вас возникает потребность в чьей-то поддержке, давайте взглянем на это положение так: пространство действия станет шахматной доской, а вы – шахматным королем. Королю нужны помощь и поддержка со стороны членов семьи и друзей. Подумайте, от кого Вы могли бы ждать поддержки, и обозначьте этих людей шахматными фигурами: слоном, королевой, ладьей, пешками».

Символические значения ролей, отведенных протагонистом разным в его жизни значимым лицам, позиции, которые они занимают, характер их взаимодействия с протагонистом, дают возможность диагностически оценить присущие ему системы семейной и социальной поддержек. Здесь могут обнаружиться сферы конфликтов и трудностей, которые в дальнейшем необходимо более пристально изучить с помощью других техник ролевых игр.

Можно модифицировать технику *Шахматной доски*, взяв за основу Цветовой тест отношений. Данная модификация предпочтительна в работе с протагонистом, у которого сильно выражены психологические защиты. Исходя из положения, что цветовая сенсорика тесно связана с эмоциональной жизнью личности, обозначение протагонистом самого себя и лиц из своего окружения определенными цветовыми маркерами позволяет терапевту оценить отношение пациента к другим и к себе. Применение данной техники позволяет ослабить у больного феномен *тотемического мышления*, благодаря осознанию им степени зависимости

его трезвого поведения от мнения окружающих лиц.

Прототип IV: Комбинация прямого / сравнительного способов

Модифицированная техника *Барьер* адаптирована, как для индивидуальной работы с протагонистом, так и для работы с группой (семьей). Барьеры представлены двумя наборами карточек. Первый набор содержит перечень наиболее часто встречающихся ситуаций, провоцирующих больного на употребление алкоголя или наркотиков. Второй – примеры наиболее часто встречающихся ситуаций, толкающих членов семьи больного на такие формы поведения, которые провоцируют у него влечение к наркотическим веществам. Терапевт-ведущий представляет больному эту технику следующими словами:

«После проведенного лечения вы можете столкнуться с ситуациями, которые будут провоцировать вас на употребление спиртного. Давайте проверим, насколько вы готовы преодолеть возможные трудности».

После этого протагонисту предлагаются по очереди первая группа карточек (например: *Вы потеряете некоторых из своих друзей; Некоторые из ваших друзей перестанут вам доверять*). Предъявив очередной *барьер*, терапевт дает возможность протагонисту рассказать, как он будет его преодолевать.

После того, как все предложенные больному «барьеры» пройдены, в ролевою игру включаются члены его семьи. Им предлагается проверить, насколько они готовы к преодолению трудностей, связанных с безалкогольным образом жизни больного. Для этого используются карточки второй группы, где указаны наиболее часто встречающиеся ситуации, связанные с отказом алкоголика от своей деструктивной роли.

Используя технику *Барьеры* в работе с семьей пациента, терапевт-ведущий должен показать негативность переживаний, провоцирующих больного на употребление спиртного, таких как недоверие, страх и пр. Например, жене больного предъявляется *барьер-карточка* с надписью: *Ваш муж будет распоряжаться частью денег из семейного бюджета, тратя их на свои увлечения*. Протагонист реагирует высказыванием: *Зная его увлечения, ему только дай денег, он их сразу же пропьет*. Терапевт-ведущий в этом случае должен довести до сознания жены нежелательность такой позиции по отношению к пациенту, прошедшему лечение: испытывая недоверие, она невольно провоцирует у мужа реакцию протеста, которая легко может перерасти в алкогольный эксцесс.

Данная техника способствует ослаблению феноменов *маска, тотемического мышления* у больного и феномена *магического мышления* у членов его семьи, благодаря осознанию всеми участникам ролевой игры деструктивных семейных мифов и стереотипов поведения, способствующих сохранению больным своей роли *Алкоголика*.

В данной статье мы ограничились описанием некоторых из наиболее

типичных техник, которые успешно использовались нами в работе с наркологически больными. Каждый из пациентов, в среднем, проходил около 40 часов групповой психокоррекционной работы.

Следующий этап – 50-минутные индивидуальные занятия, в ходе которых анализировались отдельные, в том числе и чувственные, компоненты состояния опьянения. Процесс анализа длителен и трудоемок. Наркологически больные поначалу охотно соглашались описать состояние опьянения. Однако затем, по мере того как психолог, используя модифицированную технику *Волшебного магазина*, уточняет *цену* того или иного *приобретения*, начинают сопротивляться. Сопротивление, которым больные реагировали на попытку психолога «разложить» состояние опьянения на составляющие, порой, носило чрезмерно эмоциональный характер. Складывается впечатление, что психический образ опьянения выступает для больного своеобразной *святыней*, которую психолог заставляет *осквернить*. Иначе говоря, мы сталкиваемся в этом случае с нежеланием больного освободиться от того переживания, которое было обозначено нами как феномен *тотемического мышления*. На этом этапе больные в обязательном порядке проходили сеансы нейролингвистического программирования. Упражнения были адаптированы для данного контингента больных.

Особое место в психокоррекционной программе занимали упражнения, позволявшие пациентам лучше осознать переживания своего субъективного времени. Им предлагалось выполнить рисунки, изображающие прожитые годы, а затем те, что ждут впереди, в двух вариантах: в ретро- и перспективе трезвого образа жизни и продолжающейся наркотизации или алкоголизации. Все выполненные рисунки располагались перед глазами пациента слева направо (обычно мы их размещали на стене кабинета). Рисунки, которые отражали будущую *трезвую* жизнь, размещались от рисунка *настоящего времени* под углом снизу вверх. Рисунки, отражающие будущую *пьяную* жизнь – под углом сверху вниз. В ходе дальнейшей коррекционной работы психолог помогал больному проанализировать его жизненный путь.

* * *

Описанная нами форма терапии наркологически больных прошла двухлетнюю апробацию на базе Медицинского центра кафедры медреабилитации Крымского медицинского университета.

Критериями эффективности психотерапевтической работы выступали становление ремиссии, а также ее продолжительность.

В качестве экспериментальных были взяты две группы пациентов. Первая группа состояла из больных алкоголизмом 1-2 стадии (20 человек), ранее не проходивших лечения. Вторая – из больных опийной наркоманией 1-2 стадии (15 человек), также не проходивших ранее лечения от наркомании. В качестве контрольных выступили две аналогичные по составу группы больных. Больные и в контрольных, и в

экспериментальных группах после купирования абстинентного синдрома проходили тридцатидневный курс амбулаторного, реабилитационного лечения.

Договор, заключенный с пациентом на первом этапе совместной работы, позволял проконтролировать качество ремиссии у больного, спустя 12 месяцев после окончания курса амбулаторного лечения.

Результаты показали, что после курса реабилитационного амбулаторного лечения, включавшего в себя сеансы эмоционально-стрессовой психотерапии и гипнотерапии, ремиссия установилась у 50% больных алкоголизмом и 33% больных опийной наркоманией. Из них стойкая ремиссия (более года) наблюдалась у 60% больных алкоголизмом и 40% больных опийной наркоманией.

После реализации психотерапевтической программы, построенной в соответствии с выделенными нами принципам, становление ремиссии наблюдалось у 80% больных алкоголизмом и у 67% больных опийной наркоманией. Из них стойкая ремиссия наблюдалась у 81% больных алкоголизмом и 70% больных опийной наркоманией.

Особо следует отметить разительное отличие между контрольными и экспериментальными группами по критерию отношения больных к своей болезни. Так, больные из экспериментальной группы, как правило, сохраняли с врачом контакт (даже в случае рецидива заболевания). У них не возникало разочарования в профессиональных качествах врача и возможностях наркологии. Они охотно участвовали в тренинге вновь поступивших больных, контролируя *режим трезвости* последних, а в случае его нарушения убеждая *новичка* доверять врачу и не нарушать режима лечения. Знание закономерностей наркологического заболевания позволяло больным, находящимся в состоянии ремиссии, своевременно замечать первые признаки обостряющегося влечения к психоактивному веществу, предпринимая ранее пройденные с врачом и психологом действия, направленные на его предупреждение.

Больные из экспериментальной группы хорошо понимали, что наркологическое заболевание является хроническим, следовательно, они должны отказаться от алкоголя или наркотических веществ не на какой-то срок, а навсегда. При этом у больных не возникало *феномена Кривой логики* (*если заболевание хроническое, то вылечить его нельзя, а поэтому я могу продолжать пить*), часто наблюдавшегося у больных контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

- Братусь Б.С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. – М., 1974, – 96 с.
- Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. – Киев. Здоровье, 1986, 279 с.
- Василюк Ф.Е. Структура образа. // *Вопр. психологии*, № 5, 1993, с.5-10.
- Гребенюк А.А. Особенности «наркоманического» патопсихологического

синдрома и способ его диагностики. // Журнал практикующего психолога. – К.: 1999, вып. 5. – С.76-92.

Гребенюк А.А. Временная организация сознания у здоровых и наркологически больных лиц. // Таврический журнал психиатрии, 1998, вып. 2., № 1, с.69-74.

Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама М., «Класс» 1993, с.45.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М. – 1975. – 302 с.

Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. – Л.: Медицина, 1975. – 350 с.