

# Методы психокоррекции зависимого поведения у лиц взрослого возраста (аналитический обзор)

**А.Н. Шурыгин**

Статья посвящена проблеме зависимого (аддитивного) поведения как одной из самых распространенных форм деструктивного поведения. Поднимается проблема отсутствия в нашей стране специалистов особого профиля – аддиктологов и превентологов в области зависимости от употребления психоактивных веществ (ПАВ). Рассматриваются и анализируются основные принципы построения процесса психокоррекции и реабилитации зависимого поведения.

*Ключевые слова:* зависимое (аддитивное) поведение, психоактивные вещества (ПАВ), абстинентный синдром (ОАС), групповая психотерапия, личностно ориентированный подход, группы самопомощи, контингуальный подход в психотерапии.

Зависимое (аддитивное) поведение рассматривается в данной статье как одна из самых распространенных форм деструктивного поведения. Наиболее известной формой на протяжении многих веков остается зависимость от употребления психоактивных веществ (ПАВ). Отношение к употреблению ПАВ, а также к проблемам, вызванным ими, и способам их решения менялось и продолжает меняться до настоящего времени. Мы можем отметить различное отношение к этому явлению в рамках разных стран и религий, в среде людей, которых затрагивают эти проблемы, а также в среде профессионалов, разрабатывающих различные подходы к решению проблем, вызванных злоупотреблением алкоголя, наркотиков, табака и других ПАВ. Даже в настоящее время, когда принято называть алкоголизм и наркоманию болезнями, можно встретиться с отношением к больным людям как преступ-

никам, порочным или грешным людям, психически больным или людям с недостатком силы воли.

Желание помочь зависимым решить их проблемы в разное время приводило к различным действиям со стороны общества. Примером этого являются попытки внедрения «сухого закона» или ограничения продажи спиртного, введения самых строгих законов, карающих людей за любые отношения с запрещенными ПАВ, или, наоборот, легализация употребления отдельных ПАВ в расчете на то, что люди смогут употреблять их в небольших количествах, без проблем, и это приведет к тому, что преступность, связанная с употреблением таких наркотиков, как героин и кокаин, снизится (так называемый «голландский опыт»). В настоящее время известно, что все принимаемые меры такого рода ожидаемого эффекта (снижения употребления и заболеваемости) не дали и парадоксаль-

ным образом привели лишь к росту заболеваемости и употреблению наркотиков и алкоголя. Современные исследования показывают, что количество правонарушений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, больше числа связанных с употреблением героина и кокаина. Так, например, по сведениям Государственного департамента США, ущерб государства, вызванный употреблением алкоголя, превышает ущерб от употребления всех остальных видов наркотиков.

По данным ВОЗ, смертность от болезней, вызванных курением табака, значительно выше смертности от любого другого заболевания. (В настоящее время в Европе, например, проживает 850 млн человек, из которых 100 млн умрет от болезней, вызванных курением.) По данным Центра психологических исследований Минобробразования России, доля курящих среди несовершеннолетних и молодежи 11 – 24 лет – 61,3%, т. е. 6 млн 720 человек.

Известно, что в настоящее время около 40 % взрослого населения России страдает химической зависимостью. Более того, около 80% подростков имеет опыт употребления наркотиков, а 10% из них уже больны. Наиболее распространенным наркотиком, наряду с алкоголем и никотином, является героин. Существует статистика, которая говорит о том, что из 100 человек, употребляющих героин, 90 заболевают химической зависимостью. В то же время алкоголь не воспринимается как наркотик и употребление его общеприемлемо. Наличие данных о передаче предрасположенности к болезням химической зависимости наследственным путем и существующая массовая алкоголизация позволяют сделать заключение, что Россия находится в катастрофической ситуации.

В области лечения алкоголизма и наркомании можно заметить те же тенденции, что и в обществе в целом. Поиски правильных подходов затруднены тем, что на оценку результатов требуется много времени, люди неохотно сообщают о себе реальные сведения, а статистические данные далеки от реального положения вещей.

В разные периоды это приводило к различным заблуждениям, часть которых живет и поныне. Эти заблуждения проявлялись в виде попыток ограничиваться только лечением острого абстинентного синдрома (ОАС), применением запретительных методов («кодирование», дисульфирам, налтрексон), введением пенитенциарных мер (ЛТП) или предоставлением больным людям только психологической помощи (решение личностных проблем).

Приходится признать, что существующая в настоящее время в Москве система наркологической помощи довольно эффективно может помочь больному химической зависимостью пережить период острого абстинентного синдрома (похмелье, ломка), но мало что может дать пациенту для того, чтобы он изменил образ жизни и стал полноценным и счастливым без употребления веществ, изменяющих сознание, т. е. окончательно решить проблему с употреблением алкоголя и наркотиков.

Лечением болезней химической зависимости в России помимо профессиональных психологов и врачей занимаются и колдуны, и экстрасенсы, и целители всех мастей, и парапсихологи, и маги. По-видимому, ни в одной стране мира не существует такого, как у нас, многообразия «методов» лечения этой болезни. С одной стороны, это связано с низкой результативностью профессиональной помощи, что открывает дорогу спекулятивным методам в этой области, с другой – нет единой научно обоснованной методологии, которая бы делала процесс реабилитации химически зависимых людей эффективным. В обществе до сих пор существует отрицание того факта, что алкоголизм и наркомания являются болезнями. Злоупотребление алкоголем и наркотиками рассматривается как признак плохого поведения и воспитания, избалованности, пресыщенности, одержимости, порока, греха и отсутствия силы воли.

До сих пор большинство предлагаемых методов лечения продолжают оставаться запретительными, основанными на активизации чувства страха, и не отвечают на вопрос: «Может ли больной химической

зависимостью, из чувства страха не употребляющий алкоголь и наркотики, быть полноценным и счастливым?» Кроме того, некоторые специалисты поддерживают и пропагандируют крайне опасное мнение, что после периода воздержания больной алкоголизмом сможет научиться контролировать потребление алкоголя. Это полностью противоречит принятой в мире научной концепции о природе химической зависимости как болезни.

В связи с этим остро встает проблема отсутствия в нашей стране специалистов особого профиля – аддиктологов и превентологов, а следовательно, и образовательных программ для подготовки такого рода специалистов, призванных обслуживать специализированные области, каковыми являются реабилитация и профилактика зависимостей.

Для того чтобы выработать действенный подход к решению обозначенных проблем и создать структурированную помощь, основанную на современном научном представлении об алкоголизме и наркомании, необходимо рассмотреть и проанализировать основные принципы построения процесса психокоррекции зависимого поведения.

### **Групповая психотерапия**

Одним из самых распространенных психотерапевтических подходов в лечении больных с зависимым поведением, в частности с алкоголизмом и наркоманией, является использование метода групповой психотерапии.

До недавнего времени термин «групповая психотерапия» нередко употреблялся в случае применения гипноза или аутогенной тренировки в группе больных. Специфика же групповой психотерапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях групповой динамики, т. е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы.

Групповая динамика представляет собой развитие или движение группы во времени. Этим групповая психотерапия отли-

чается от индивидуальной, при которой наблюдаются взаимоотношения только в диаде – между терапевтом и отдельным пациентом.

В течение длительного времени многие авторы [3, 4, 9, 6, 18] обоснованно пишут о преимуществах групповой психотерапии перед индивидуальной в лечении больных алкоголизмом и наркоманиями. Это прежде всего действие фактора межличностной идентификации, т. е. использование больными не только своего опыта, но и опыта других для решения личных проблем, формирование навыков здорового образа жизни [3]; более успешная и надежная реализация формирования терапевтических установок [7]; использование механизмов групповой индукции [6].

Организация группового взаимодействия, по мнению Д.А. Захидова и Л.И. Сосина (1978), служит следующим терапевтическим потребностям:

- обеспечивает больным практику общения вне алкогольных традиций;
- готовит пациентов к встрече с бывшими знакомыми, которые употребляют химические вещества, изменяющие сознание, позволяет детальнее прогнозировать и предупреждать возникновение триггерных реакций;
- длительное существование группы служит реальным примером полного воздержания;
- группа оказывает помощь в привлечении к лечению больных алкоголизмом и наркоманией.

О проблеме недостаточности сугубо наркологических психотерапевтических методов и методик сейчас пишут многие исследователи.

Большинство авторов сходятся на том, что многие методики, используемые в практической психотерапии химических зависимостей, с незначительной адаптацией заимствованы из психотерапевтических методов, ориентированных на другие проблемы, без достаточного учета психологических и социальных особенностей больных алкоголизмом и наркоманиями. Они подчеркивают, что при проведении

психотерапевтических воздействий на больных алкоголизмом психотерапевт должен соблюдать следующие основные принципы:

- дифференцированность;
- комплексность;
- этапность;
- нацеленность на личность больного

[11].

Нельзя забывать и о таком необходимом условии реализации любой психотерапевтической программы, как предрасположенность личности психотерапевта к этой деятельности и его хорошая профессиональная подготовка [12].

Много внимания исследователи уделяют сочетанию лекарственной терапии, физиотерапии с психотерапией и социотерапией [6]. Общая тенденция в соотношении этих методов лечения такова, что по мере удаления от момента купирования явлений интоксикации и абстинентного синдрома в период стабилизации ремиссии возрастает роль психотерапевтических, затем и социотерапевтических методов и уменьшается роль биологических методов.

При этом в работах исследователей подчеркивается пагубность стандартизированных подходов. Для конкретного пациента в данный момент терапии следует использовать те, и только те, специфические, методологически и идеологически соответствующие потребностям больного, индивидуально адаптированные стратегии вмешательства, которые могут обеспечить наибольший эффект и максимальное проработание проблемы пациента.

#### **Личностно ориентированный подход**

Дифференциация психотерапевтических воздействий на больных алкоголизмом и наркоманией должна быть связана с характерологическими особенностями пациентов.

Выделяют следующие характерологические типы: неустойчивый, астенический, психастенический, синтонный, стеничный, истеро-возбудимый, эпилептоидный, которые наиболее часто встречаются среди наркологических больных [3, 11 и др.].

В зависимости от характерологических особенностей больных алкоголизмом и наркоманией авторы рекомендуют различные психотерапевтические тактики для достижения целей, поставленных в процессе терапии.

Многие исследователи говорят, что в современном представлении психотерапия вообще и психотерапия больных алкоголизмом в частности должны быть лично ориентированными [12].

Определен круг проблем личностно ориентированной психотерапии:

- формирование стабильных и эмоционально насыщенных взаимоотношений больных и психотерапевта;
- поиск реальных причин существующих конфликтов у пациента, зачастую базирующихся на его раннем опыте взаимоотношений «мать – ребенок»;
- анализ динамики ролевых и эмоциональных взаимоотношений в теперешней семье больного.

В процессе проведения личностно ориентированной психотерапии необходимо учитывать как представление пациентов о своей силе и способностях, так и конкретные, вполне достижимые цели (покупка автомобиля, нахождение спутника жизни и т.п.), а также абстрактные цели, так называемые платонические идеалы (например, стремление к идеалу добра).

В психотерапевтической практике, по мнению многих авторов ([5] и другие), следует уделять внимание обучению больных алкоголизмом и наркоманией контролю над своим поведением и обстоятельствами. Этому служат так называемый ситуационно-психологический тренинг и противорецидивная терапия [10]. Тренинг направлен на повышение степени осознания больными наличия у себя патологического влечения к алкоголю и наркотикам, конкретных признаков его проявления, установление типичных индивидуальных факторов актуализации влечения и обучение методам противодействия таким факторам, выработку навыков аутогенной релаксации и использование их в целях минимизации патологического влечения к

алкоголю. Кроме того, тренинг включает в себя обучение больных алкоголизмом своевременному выявлению ситуаций, связанных с высоким риском возникновения рецидива, а также адекватному поведению в таких ситуациях.

В ходе тренинга проводится разбор «критических ситуаций», после многократного воспроизведения которых происходит выработка и закрепление у пациентов новых стереотипов поведения и «формул отказа от употребления алкоголя и наркотиков», что позволяет им проявить повышенную устойчивость к развитию рецидивов в ремиссии [8].

Эффективность тренинга обеспечивается не только многократным повторением, но и подкреплением желаемых реакций в оптимально организованной стимульной ситуации.

Н.Н. Иванец, Ю.В. Валентик [10] отмечают, что при воспроизведении факторов, актуализирующих влечение к алкоголю и наркотикам, у части больных происходит обострение патологического влечения к алкоголю и наркотикам, признаки которого с помощью психотерапевта и других пациентов фиксируются и усваиваются больными, которые недостаточно их осознают.

Независимо от вида и формы психотерапевтического вмешательства при стационарном лечении больных алкоголизмом надо стремиться использовать правильную организацию терапевтической среды отделения и стационара [6].

При этом терапевтическая среда наиболее успешно может быть сформирована в условиях «закрытого» стационара, что, в свою очередь, резко повышает эффективность противоалкогольного лечения [2].

Ю.В. Лукьяненко, З.И. Спиридонова, П.П. Вязовой [14] выделяют основы психотерапии, способствующие организации терапевтической среды:

- создание психологического микроклимата;
- распределение больных по палатам;
- организация самоуправления;
- опосредованная психотерапия через «беседу, таблетку, инъекцию»;

- создание интерьера и эстетика оформления отделения;
- система поощрений и наказаний;
- наглядная агитация;
- книга отзывов и предложений;
- ритуал выписки больных.

На современном этапе большинство исследователей предлагают проводить психотерапевтические воздействия на больных алкоголизмом и наркоманией в малой группе [4, 15]. В процессе существования и развития любая малая группа проходит определенные этапы.

Т.В. Слепова [16] подробно описывает эти этапы групповой динамики. Каждый этап групповой динамики характеризуется специфическими особенностями как на формальном уровне, т. е. в плане овладения членами группы теми навыками деятельности, ради осуществления которых эта группа была создана, так и на неформальном уровне (развитие внутригрупповых личностных взаимоотношений, прямо не опосредованных процедурой решения формальных групповых задач).

Используя те или иные психотерапевтические методы и методики при лечении больных алкоголизмом, исследователи большое внимание уделяют их эффективности. В последнее время наметилась тенденция к комбинированному использованию психотерапевтических методов и методик, что повышает эффективность психотерапевтического лечения.

Кроме того, большинство психотерапевтов в настоящее время сходятся во мнении, что для достижения эффективности лечения в 80 – 85% случаев необходима длительная (более 1 – 2 лет) поддерживающая психотерапевтическая программа [17]. Одним из основных факторов, снижающих эффективность психотерапии больных алкоголизмом и наркоманией, является недостаточный уровень мотивации, обуславливающий пассивное участие больного в лечебном процессе [3]. Многие исследователи в настоящее время ведут поиск различных техник для создания высокого уровня мотивации больных алкоголизмом и наркоманией как для лечения

вообще, так и для участия в психотерапевтическом процессе в частности.

Таким образом, обзор литературных данных показывает, что на современном этапе метод групповой психотерапии играет ведущую роль в лечении больных алкоголизмом и наркоманией. Однако все еще отсутствуют общепризнанные теория и методология групповой психотерапии. Имеет место противоречие во взглядах на использование манипулятивных и развивающих личность методов психотерапии. В российской практике доминируют императивные методы суггестивной направленности и поведенческая психотерапия, а личностно ориентированные воздействия занимают недостаточное место в психотерапевтических программах.

### Группы самопомощи

Наблюдается повышенный интерес к группам самопомощи, активно формирующимся в последнее десятилетие. Большинство этих групп в своей деятельности базируются на так называемых двенадцати шагах духовного роста. Здесь мы приведем эти двенадцать шагов в редакции «Анонимных алкоголиков» – группы самопомощи для лиц с алкогольной зависимостью. Такие же шаги используются и для других форм зависимого поведения.

#### *Двенадцать шагов к выздоровлению:*

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой.

2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.

3. Приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, *как мы Его понимали*.

4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.

6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.

7. Смирненно просили Его исправить наши изъяны.

8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием заглядеть свою вину перед ними.

9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло навредить им или кому-либо другому.

10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.

11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, *как мы понимали Его*, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.

12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

Существенной частью процесса выздоровления при использовании двенадцати шагов является духовная реабилитация больного, суть которой – стабилизация ремиссии и профилактика рецидивов. С точки зрения К. Рудестама, «Анонимные алкоголики» (АА) – это типичный пример групп без руководителя, основанных на прочных ритуализированных традициях.

Своеобразие этого движения заключается в том, что в него входят только сами больные алкоголизмом. Это непрофессиональное, некоммерческое, находящееся на самообеспечении, независимое от социальных институтов объединение людей, основанное на взаимопомощи. Государство не тратит на АА ни копейки, не говоря уже о том, что метод ничего не стоит для самих больных. АА не является альтернативой традиционным методам лечения. Как говорят апологеты данного метода, мнение, что АА противопоставляет себя современной медицине и психологии, ошибочно. АА – это непрофессиональная организация, которая тем не менее настроена на сотрудничество со всеми специалистами, работающими в области лечения химической зависимости.

Как показывает мировой опыт, во всех странах самодеятельные группы АА работают в единой команде с профессионала-

ми. Медики снимают интоксикацию, психологи облегчают эмоциональную боль и помогают формировать мотивацию на дальнейшее выздоровление, а выздоравливающие алкоголики делятся с больными личным опытом исцеления и навыками трезвой жизни.

Весь подход АА базируется на социально-психологических закономерностях поведения человека и доступен научному обоснованию. Собрания групп АА являют собой классический пример социально-психологического процесса в малых группах, для которого характерна ориентация на здоровые отношения между людьми: уважение к статусу личности, безусловное принятие друг друга, доверие и открытость в общении, поддержка и взаимовыручка как в группе, так и за ее пределами.

Кратко суть программы АА можно сформулировать в виде следующих основных моментов:

- признание наличия проблемы;
- поиск выхода и принятие решения;
- самоанализ и исповедь;
- проработка личных недостатков;
- налаживание социальных связей;
- передача своего опыта другим.

Все шаги программы имеют своей целью избавить алкоголика от эгоцентризма как корня его болезни. Как подчеркивают сторонники двенадцати шагов, большинству людей, страдающих от алкоголизма, помогает открытая и четкая взаимосвязь между АА и сообществами специалистов. Современная тенденция в развитии психокоррекции зависимого поведения состоит в разработке интегративных методов, объединяющих то лучшее, что могут предложить профессиональные психологи и психотерапевты, и коллективный опыт духовного развития членов двенадцатишаговых программ.

### **Интегративная программа групповой психотерапии при химической зависимости**

После купирования у пациентов алкогольного и наркотического опьянения и острых проявлений абстинентного синдрома

они включались в групповую психотерапию. Принципиальным для включения больных алкоголизмом и наркоманиями в группу комплексной психотерапии является наличие у них в личностной структуре таких функциональных образований, как образ болезни – зависимости и образ здорового Я, иными словами, когда человек признает у себя наличие болезни и имеет желание излечиться, встать на длительный путь духовного совершенствования.

Весь психотерапевтический курс построен таким образом, что, после того как члены группы выделяют у себя и содержательно охарактеризуют образ болезни – зависимости и образ здорового Я, дальнейшая работа в группе осуществляется по минимизации образа болезни – зависимости и усилению, поддержания образа здорового Я в структуре личности.

Образ болезни формируется у больных алкоголизмом или наркоманией в результате развития патологии деятельности в ходе прогрессирования заболевания. Сформировавшись в процессе развития патологии деятельности, образ болезни, обладая специфическими ценностями, нормами и установками, начинает уже сам «обслуживать» эту деятельность.

При этом образ болезни – зависимости начиная со второй стадии заболевания поляризуется относительно образа здорового Я, который противостоит болезни и представляет собой личностное образование, включающее в себя социально одобряемые установки, нормы, духовные ценности. В ходе болезни, протекающей с чередованием эксцессов симптомов зависимости и светлых промежутков, у больных алкоголизмом и наркоманией в личностной структуре наблюдается поочередное доминирование образа болезни – зависимости и образа здорового Я, подобно описанному в гештальттерапии чередованию в поле сознания «фигуры и фона».

Противопоказаниями к применению групповой комплексной психотерапии в процессе лечения больных алкоголизмом и наркоманией являются:

- активный отказ от участия в групповой психотерапии;
- выраженное интеллектуально-мнестическое снижение;
- акцентуация характера истеро-возбудимого круга;
- акцентуация характера эпилептоидного круга;
- отсутствие сформированного доблезненного образа Я.

Первое противопоказание – это активный отказ от включения в группу. Сам отказ со стороны пациентов в большинстве случаев продиктован либо намерением в дальнейшем продолжать употребление, либо выраженной мотивацией на однократные, запретительные методы лечения с внутренней установкой на ограниченный срок трезвости.

Выраженное интеллектуально-мнестическое снижение также является одним из противопоказаний, так как пациенты с такими нарушениями практически лишены возможности приобретения новых знаний, умений и навыков.

Следующее противопоказание – акцентуация характера истеро-возбудимого круга. Отличительные личностные особенности этих больных, а также их деструктивные формы психологической защиты создают постоянное препятствие для конструктивной работы группы.

Акцентуация характера эпилептоидного круга – еще одно противопоказание для привлечения больных в группу. Главное препятствие в процессе психотерапии – отсутствие гибкости, тугоподвижность мышления, застреваемость и ригидность психических процессов. Кроме того, больные плохо усваивают новые знания, умения и навыки и часто демонстрируют деструктивный механизм психологической защиты.

Последним противопоказанием является отсутствие в структуре личности у пациента достаточно структурированного образа Я. Это обычно наблюдается в тех случаях, когда пациенты росли и воспитывались в асоциальной и антисоциальной среде и изначально усвоили соответствующие ориентации и стиль общения. Больные без

структурированного Я часто становились патологическими личностями («социопатами») еще до формирования собственно самого заболевания. Как показывает опыт, вся психотерапевтическая работа в группе сводится исключительно к диалогу между терапевтом и таким больным. Это препятствует наступлению рабочей фазы психотерапевтического процесса, так как в группе, по существу, царит постоянная конфронтация.

Преимущества групповой психотерапии в лечении больных алкоголизмом и наркоманией перед индивидуальной, о которых пишут многие исследователи, заключаются в действии фактора межличностной идентификации, взаимной групповой индукции, в упрощении разрешения внутренних конфликтов, практике общения вне алкогольного или наркотического окружения.

#### **Континуальный подход**

Описываемая ниже методика групповой психотерапии базируется на таких основных принципах континуального подхода в психотерапии больных алкоголизмом [4], как процессуальное понимание алкоголизма, психотерапии, динамическое представление о ее мишенях и соответствующая организация психотерапевтических воздействий; системное воздействие на процессы зависимости от алкоголя на психобиологическом, психологическом, социально-психологическом и духовном уровнях функционирования пациента; нейтрализация патологических и высвобождение нормативно-компенсаторных процессов функционирования пациента, что предполагает объединение в рамках психотерапевтической программы методов, ориентированных как на манипуляции, так и на развитие личности; комплексность, т. е. обеспечение непрерывности психотерапии с созданием условий для погружения больных в процесс изменений; первичность переживания непосредственного опыта и вторичность рациональных умозаключений в процессе психотерапии; индивидуализация психотерапевтических воздействий.

До начала работы группы психотерапевт знакомится с каждым из членов группы, чтобы по возможности организовать оптимальный (по его мнению) состав, отсеяв больных алкоголизмом или наркоманией, которые имеют противопоказания к участию в групповой психотерапии. Во время беседы психотерапевт определяет наличие определенных установок и предпочитаемый механизм психологической защиты у пациента, степень изменений личности, наличие зависимого и нормативного Я и их выраженность. Собеседование проводится с каждым пациентом индивидуально.

Как правило, больные слабо осведомлены о способах проведения и возможностях как психотерапии вообще, так и групповой психотерапии в частности.

Следует попутно отметить негативное воздействие психотропных препаратов на психотерапевтический процесс, о чем пишут некоторые исследователи [1]: чрезмерное понижение аффективной напряженности снижает мотивацию больных к участию в психотерапии и делает невозможным эмоциональное отреагирование в различных психотерапевтических ситуациях. Назначение психотропных препаратов при этом сводится к минимуму.

Каждая сессия в процессе групповой психотерапии должна быть определенным образом структурирована. У любого занятия есть начальная, вводная, рабочая и завершающая части. Занятие начинается с краткого обсуждения всех вопросов, поднятых на предыдущей сессии: пациенты обмениваются чувствами, переживаниями, мнениями, которые появлялись у них при обсуждении той или иной проблемы. Затем подлежат обсуждению интервалы между занятиями. Эти интервалы, в свою очередь, также должны быть определенным образом структурированы в процессе всего психотерапевтического курса.

Виды самостоятельной работы, на которые создается необходимая мотивация, выполняются в течение дня. Желательно отводить для этого определенное время.

В начальной части каждого занятия выполняется триединая задача, в результате чего:

происходит так называемое «сшивание» отдельных частей психотерапевтического процесса;

группа, возвращаясь в свой непосредственный опыт, становится работоспособной; вербализуются изменения, происходящие в сознании каждого пациента.

Далее идет вводная часть занятия, направленная на реализацию определенной задачи данной сессии. В ходе вводной части «свободная дискуссия» переводится терапевтом в «структурированную дискуссию», очерчивается определенный круг проблем, подлежащих разрешению. В это время члены группы максимально «вживаются» в ту ситуацию, которая будет воспроизведена с целью приобретения непосредственного опыта: конкретизируется и детализируется как окружающая обстановка, так и внутреннее мироощущение.

Во время рабочей части занятия используются определенные техники, о которых будет сказано ниже. В процессе одного занятия может быть реализовано не более двух техник. Это центральная часть каждой сессии. Здесь необходимо добиваться эмоционального отреагирования каждого члена группы, максимального психотерапевтического воздействия на процессы зависимости от алкоголя и наркотиков на разных уровнях функционирования пациентов, выделения и нейтрализации патологических процессов, определения и высвобождения компенсаторных процессов.

В ходе воспроизведения определенной техники и последующего обсуждения желателен физический контакт (прикосновения, дружеские объятия и т. п.) между членами группы, что создает особо доверительные отношения и несет в себе много дополнительной невербальной информации. Взаимное эмоциональное обогащение и взаимное понимание переживаемого опыта рождают своего рода групповой портрет определенной проблемы, что в дальнейшем способствует формированию

нового группового сознания. Предполагается, что этот опыт будет воспроизводиться каждым пациентом в отдельности уже в трезвой жизни.

Завершается каждая сессия психотерапевтической техникой «открытый финал», когда психотерапевт преднамеренно не обобщает и не конкретизирует произошедшее на занятии, не ставит «точку», а дает возможность самим больным «двигаться» в зоне ближайших терапевтических изменений. Если в начальном периоде работы группы такое «движение» пациентов может быть как в положительную, так и в отрицательную сторону, то уже с рабочей фазы групповой психотерапии это «движение» в большинстве случаев носит позитивный характер. Однако у разных пациентов оно может иметь определенную специфику, которая будет описана ниже.

Для поддержания постоянной погруженности пациентов в процесс непрерывных терапевтических изменений в ходе каждого занятия следует задавать им определенные вопросы для самостоятельной работы. Эти вопросы могут как отражать уже пройденный материал, так и быть направленными на структурирование последующих сессий или на создание определенной мотивации либо «вектора» выздоровления.

Чтобы терапевтические изменения в когнитивно-поведенческой сфере происходили непосредственно во время психотерапевтического курса, члены группы должны быть мотивированы к этим изменениям.

Механизмы психологической защиты служат у больных алкоголизмом и наркоманией для защиты актуальной личностной позиции – доминирования зависимого «Я». Это позволяет больным сохранять приобретенные в процессе зависимости паттерны поведения и оберегать зависимое Я от психологической травмы. При продолжающейся зависимости в структуре личности происходит своего рода максимизация зависимого Я и минимизация нормативного Я.

Из существующих механизмов психологической защиты больные наиболее часто прибегают к следующим: простое отрица-

ние, вытеснение, проекция, рационализация, минимизация (девальвация), формирование противоположной реакции, агрессии, направленной на терапевта.

В ходе группового психотерапевтического процесса у пациентов отмечается наличие различных механизмов психологической защиты и, как следствие, имеет место неоднородность сопротивления больным психотерапевтическим воздействиям.

При наличии в группе со стороны больных такого механизма защиты, как отрицание, терапевту предпочтительнее использовать тактику конфронтации или технику «психотерапевтического зеркала»; при вытеснении – анонимное обсуждение истории болезни; при рационализации – тактику конфронтации; при проекции – прием презентации членов группы с последующим разбором признаков алкоголизма и наркомании.

Чаще всего пациентами применялись такие механизмы психологической защиты, как отрицание (43,5%) и рационализация (22,8%). При этих механизмах защиты наиболее эффективной оказалась тактика конфронтации. Это позволяет рассматривать конфронтацию как отдельную фазу группового процесса, о чем будет сказано ниже.

### **Фазы группового процесса**

*Фаза самодиагностики осознания и принятия.* Первая фаза групповой динамики сопровождается обязательной процедурой выработки целей работы группы. В дальнейшем они позволяют структурировать процесс терапии. В качестве итоговых целей, как правило, провозглашаются следующие:

- необходимость разобраться в своем заболевании;
- достигнуть психологического принятия алкогольной и наркотической зависимости.

Центральная психотерапевтическая тактика начальной фазы групповой психотерапии – это комплексное «самопредставление». Непрерывность «самопредставления» заключается в его ежедневном

уточняющем повторе и погруженности больных в процесс группового самоанализа. В основе техники «самопредставление» лежат две основные предпосылки – субъективность и исключительность [13].

Субъективность заключается в том, что описание базируется на особенностях характера больного, на его личных ощущениях и суждениях. Исключительность проявляется в том, что пациент оказывается единственным источником этих индивидуальных ощущений и суждений.

Комплексное «самопредставление» – важная и необходимая часть групповой динамики, когда члены группы знакомятся друг с другом и происходит отождествление и взаимное присоединение процессов психотерапевта и пациентов.

Завершается первая сессия тем, что психотерапевт предлагает написать каждому члену группы сочинение на тему «История моего взаимоотношения с алкоголем и наркотиками». При этом врач должен проявить необходимую директивность, а также пояснить, какие вопросы следует отразить в этом сочинении.

Необходимо выделить определенное время для самостоятельной работы, так как в этой фазе пациенты еще не включены в психотерапевтический процесс. Самостоятельное выполнение заданий психотерапевта может служить показателем того, что больные находятся в зоне ближайших терапевтических изменений.

Следующее занятие начинается с того, что проводится анализ всего предыдущего дня, включая групповое занятие, самостоятельную работу, наличие определенных мыслей, чувств, желаний, поведения, избирательности в общении, отношении к групповым занятиям. (Как уже говорилось, такой анализ следует проводить в начале каждого занятия.) На этом занятии группа работает с прошлым опытом, погружаясь в «там и тогда». Воспроизводится в деталях процесс употребления (заостряется внимание больных на настроении, чувствах, желаниях, поведении, мыслях, состоянии здоровья, окружавшей обстановке). При этом между членами группы распределяются роли: вы-

пивающий, употребляющий, собутыльник, родственник, начальник, наблюдатель, память, тяга, похмелье, ломка и т. п. Ролевое воспроизведение ситуации создает условия для «присоединения» к опыту другого пациента и «вчувствования» в этот опыт.

Члены группы демонстрируют модель поведения «как будто они алкоголики или наркоманы». В результате создается своего рода групповой портрет больного алкоголизмом или наркоманией, и это, в свою очередь, позволяет обнаружить признаки алкоголизма и наркомании. Таким образом, в результате воспроизведения собственного непосредственного опыта пациенты обнаруживают у себя наличие зависимости от алкоголя или наркотиков на различных уровнях (биологическом, психологическом, социальном и духовном), уясняют динамический характер зависимости, прогрессирующий характер болезненного процесса и оказываются в состоянии признать себя больными.

Однако, чтобы в последующем признание наличия у себя болезни носило истинный, а не формально-декларативный характер, психотерапевтический прием «вербальное признание наличия у себя заболевания» проводится в конце следующего занятия, которое начинается с анализа предыдущего дня.

При этом возможно усиление насыщенности высказываний психотерапевта, направленных на мотивацию к изменению, что достигается вопросами типа: что произошло? Что изменилось? Видите ли вы в себе какие-либо перемены? Если высказывания пациентов носят конструктивный характер, то терапевту рекомендуется занять отстраненную позицию, так как у пациентов в этот момент происходит формирование мотивации к изменению.

Завершив анализ предыдущего дня, следует провести психотерапевтическую технику «аутоидентификация признаков зависимости», когда каждый из больных рассказывает о своем заболевании в свете уже продуманных и, по существу, принятых симптомов химической зависимости. При этом реализуется такое важное пре-

имущество групповой психотерапии перед индивидуальной, как фактор межличностной идентификации. В эти моменты у пациентов созревает критическое отношение как к своей зависимости, так и к тем мыслям, поведению, ценностям, установкам, которые «обслуживали» зависимую субличность больных.

Здесь используется принцип приема «многократного прохождения отдельного места психокоррекционного процесса» [4]: многократно актуализируя отдельные признаки алкоголизма или наркомании, психотерапевт добивается снижения способности к сопротивлению у пациентов.

Вместе с тем этот процесс не всегда проходит гладко: еще оставаясь в позиции образа болезни – зависимости, больные очень часто «соскальзывают», прося врача дать определенный совет или информацию. В этом случае эффективнее всего использовать прием «простого отражения», когда терапевт переадресует группе заданный вопрос.

При этом, поддерживая позитивные высказывания членов группы, терапевт решает сразу несколько задач:

- укрепляется рабочее взаимоотношение в группе;
- у пациентов усиливается чувство ответственности;
- укрепляются тенденции к самоподдержке и рост самоуважения больных.

После того как каждый член группы рассказал о своем заболевании, акцентируясь на качественной характеристике, сроках формирования и индивидуальных особенностях признаков алкоголизма и наркомании, проводится психотерапевтический прием «самофиксация на прямой болезни».

Данная техника состоит в следующем. Каждому больному предлагается начертить у себя в тетради прямую линию, условно разделенную на три отрезка, что соответствует условному выделению трех стадий химической зависимости.

Далее каждый пациент должен самостоятельно поставить точку в том месте прямой линии, где, по его мнению, он находится

в своем заболевании. При этом воспрещаются всякие консультации между членами группы. Терапевту необходимо подчеркнуть, что данное определение является сугубо индивидуальным, и больным рекомендуется, поставив точку, не переставлять ее в зависимости от мнения окружающих.

Затем терапевт чертит такую же прямую на доске. Он просит пациентов подойти и поставить свою точку точно в том месте, где она находится у каждого на его индивидуальной прямой, не перенося ее в зависимости от того, где расположили свои точки другие больные.

Как правило, все члены группы ставят свои точки на второй условной стадии химической зависимости, что в большинстве случаев соответствует действительному их «местонахождению». Однако здесь появляются различия: так, одни больные ставят себя ближе к первой стадии и даже на черту, разделяющую условные первую и вторую стадии, вторые – ближе к середине условной второй стадии, а третьи – ближе к условной третьей стадии, а иногда и на разделительную черту второй и третьей стадий.

Независимо от того, как оценивает психотерапевт «продвинутость» каждого члена группы в течении его заболевания, он просит высказаться по поводу того, как каждый пациент оценивает себя по отношению к другим. При этом рекомендуется предложить первым высказаться пациенту, условно занявшему одну из крайних позиций. По мере того как каждый член группы рассказывает о себе, происходит так называемая групповая аутоидентификация тяжести химической зависимости. В процессе обсуждения своего местонахождения на прямой болезни члены группы окончательно осознают, что страдают алкоголизмом или наркоманией, оказываются в состоянии действительно принять наличие у себя заболевания.

В этот момент используется техника «Вербальное признание наличия у себя алкоголизма или наркомании», при которой каждый член группы, называя свое имя, говорит, что страдает алкоголизмом или нар-

компанией. Буквально все больные должны произнести одну и ту же фразу: «Я ... алкоголик» или «Я ... наркоман» (или и то, и другое вместе). Психотерапевту не следует избегать патетики, а, наоборот, усилить ее, сказав, что он очень рад видеть перед собой смелых людей, которые могут мужественно смотреть своему противнику в лицо. Признание у себя алкоголизма или наркомании является основной предпосылкой для следующей фазы групповой психотерапии – фазы конфронтации, так как у большинства пациентов личностный статус все еще продолжает определяться доминированием образа болезни, что вызывает своего рода внутрличностную дисгармонию, приводит к состоянию фрустрации.

Обычно все пациенты в состоянии выполнить психотерапевтическую технику «Самофиксация на прямой болезни», и каких-либо трудностей при ее воспроизведении не возникает. Следует только обращать внимание на самостоятельность выполнения данной техники и пунктуальность при переносе «точки» из тетради на доску.

Заданий для самостоятельной работы в этот день давать не следует, так как наша практика показывает, что пациенты, возможно, впервые в жизни не только признались самим себе, что страдают алкоголизмом или наркоманией, но и ощутили ту бездну, к которой неминуемо ведет их химическая зависимость. Все это является эмоционально значимым и дает возможность больным, независимо от их желания, многократно в течение суток «включаться» в терапевтический процесс. При этом члены группы не только думают о тех изменениях, которые происходят в сознании, но и активно обсуждают между собой различные моменты психотерапии.

Все это говорит о том, что пациенты приближаются к рабочей фазе групповой динамики. Однако рабочая фаза может наступить после значительного эмоционального отреагирования большинства больных, когда составляющие зависимость субличность психические компоненты будут выделены и приняты каждым членом группы, а стереотип поведения пациентов

в подавляющем большинстве будет определяться доминированием образа здорового Я.

Для этого служит следующая фаза психотерапевтического процесса – **фаза конфронтации**. Эта фаза практически неизбежна, поскольку как до начала терапии, так и в первой ее фазе в личностном статусе большинства пациентов доминирует образ болезни – зависимости.

Конфронтация может ускорить переломный момент в жизни клиента, усилить внутрличностный кризис, который способствует переходу на другой уровень выздоровления. Конфронтацию достаточно трудно осуществлять по причине того, что она может привести к резкости и негативизму в отношениях, что несет в себе определенный риск преждевременного прерывания психотерапевтического раппорта.

Рассмотрим **пять основных типов конфронтации**.

*Эмпирическая конфронтация.* Обычно имеет место тогда, когда консультант замечает расхождение между тем, что говорит клиент, и тем, что он испытывает в своем опыте в данный момент времени или выражает поведенчески.

*Конфронтация силы.* Применяется тогда, когда клиент изображает слабость или «выученную беспомощность» в той области, где, как знает или предполагает консультант, у клиента достаточно сильных ресурсов.

*Конфронтация слабости.* Используется, когда консультант замечает игру клиента во всемогущество, чтобы избежать очевидных затруднений, связанных с осознанием болезни.

*Конфронтация действия.* Подталкивает клиента к структурированию его поступков, что способствует соблюдению ранее согласованного контракта и достижению поставленных целей индивидуального лечебного плана.

*Конфронтация фактами.* Этот метод состоит в том, что консультант приводит факты, помогающие скорректировать фантазии клиента или его ситуативные заблуждения.

Во время конфронтации так или иначе происходит встреча с реальностью, что постепенно развивает у клиента навык принятия ответственности за свое поведение. Важным ориентиром, помогающим в выборе правильного типа конфронтации, является осознание внутренних ощущений у самого консультанта по поводу происходящих с клиентом изменений. Если консультант испытывает недоверие или сомнение относительно поведения или высказывания клиента, он получает основу для конфронтации и может предлагать клиенту свое видение ситуации.

Конечно, важнейшее значение имеют сложившиеся доверительные терапевтические отношения. Если у консультанта отсутствует эмпатия по отношению к клиенту, то конфронтация может оказаться бесполезной или даже разрушительной.

Попробуем выделить два общих ориентира, которые помогут практикующим терапевтам в определении необходимости проведения конфронтации как с точки зрения консультанта, так и с позиции клиента:

**Осознание чувств самого консультанта:**

1. Какую степень доверия я чувствую в отношениях между собой и клиентом?
2. Хочу ли я поближе познакомиться с клиентом как личностью?
3. Реально ли для клиента что-то сделать с его поведением, на которое будет направлена моя конфронтация?
4. Делаю ли я свою конфронтацию позитивной и конструктивной либо наказующей и негативной?
5. Выражаю ли я себя напрямую и четко?

**Понимание состояния клиента:**

1. Примет ли клиент мою конфронтацию как приглашение к самоисследованию?
2. Открыт ли мой клиент для информации о том, как его воспринимают другие люди?
3. Сможет ли клиент выдержать дискомфорт, который может возникнуть из-за моей конфронтации?
4. Верит ли мой клиент, что терапевт заботится о нем и поддерживает его?

Если на большинство этих вопросов получен утвердительный ответ, то благоприятные условия для терапевтической конфронтации существуют.

При наличии отрицательных ответов с проведением конфронтации надо быть очень осторожным.

Важно не смешивать способность конфронтации и комфортное состояние при конфронтации.

Терапевту необходимо быть внимательным, чтобы не манипулировать клиентом, используя конфронтацию в целях освобождения от собственного подавленного гнева. Подобные терапевты надменно приклеивают клиенту диагностические ярлыки тоном, не терпящим возражения. Они могут повредить клиенту, если тот относится к профессионалу с большим уважением и безропотно принимает все эти «абсолютные истины».

На самом деле терапевт, уважая право клиента на личную свободу, указывает лишь направление, или, говоря словами А.С. Арсеньева, предлагает вектор движения к независимому поведению.

При конфронтации применяются методы усиления патологического опыта в целях улучшения его осознания. Обычно используется техника «Необходимость достигнуть дна». Каждому пациенту группа предоставляет возможность спроектировать дальнейшее прогрессирование собственного заболевания в случае отказа от предоставляемого лечения.

В это время остальные члены группы занимают различные позиции: «здоровье», «друзья», «работа», «семья», «тяга» – и по мере продвижения пациента в будущий патологический опыт проецируют на эту траекторию возможные неизбежные осложнения, ведущие в конце концов к смерти. Прощание и надгробная речь на могиле своего «внутреннего алкоголика и наркомана» способствуют последующему принятию образа болезни и реинтеграции личности пациента на новой основе.

Кроме принципиальных моментов техники «Необходимость достигнуть дна» важными являются и отдельные детали проведения этой техники. При первом воспроизведении центральную позицию в расстановке ролей предпочтительнее предоставить пациенту, имеющему ярко выраженную зави-

симум субличность. Такой пациент, как правило, занимает позицию негативного лидера в группе и актуализирует сопротивление необходимым терапевтическим изменениям. Ему предлагается рассказать о своем опыте употребления, семейных, трудовых и социальных последствиях заболевания. После этого между другими членами группы распределяются наиболее значимые роли, выделенные из рассказа.

При этом может быть дана краткая характеристика каждой из позиций и уточнены определенные детали для их воспроизведения в ходе ролевой игры. Терапевт вместе с пациентом, занимающий центральную позицию, обходит других больных, стоящих по кругу. Между пациентами происходит краткий диалог, при котором актуализируются все значимые переживания. Как правило, после нескольких «кругов» пациент, занимающий центральную позицию, обращается к терапевту со словами: «Хватит», «Я все понял».

Однако останавливаться нельзя. Цель техники – довести пациента до закономерного финала, и терапевту надо «подталкивать» больного, заставляя его идти дальше, встречаясь с той болью, которая несет в себе зависимость.

Вскоре каждая из «значимых ролей», по мере нарастания отрицательных последствий, перестает вести с ним диалог, а в конце «здоровье» внезапно ставит подножку. Пациент, занимающий центральную позицию, падает на пол. Наступает символическая смерть. (После падения пациент должен продолжать лежать на полу.) В это время в большинстве случаев в группе царит пауза, как бы символизирующая минуту молчания. Затем психотерапевт предлагает каждому произнести «надгробную речь».

Результатом фазы конфронтации является дезактуализация образа болезни на биологическом, психологическом, социальном и духовном уровнях функционирования пациентов. Здесь необходимо добавить одно важное условие – фаза конфронтации должна быть реализована в течение одного занятия. «Вялотекущая» конфронтация, как правило, оказывается ме-

нее эффективной. При этом надо учитывать, что процесс терапевтических изменений идет неравномерно как в группе в целом, так и у каждого ее члена в отдельности. Поэтому психотерапевт должен стремиться использовать максимальное число психотерапевтических техник.

В процессе исследования нам не удалось выявить какую-нибудь достоверную зависимость этих вариантов внутриличностной динамики от социально-демографических параметров (возраст, характерологические особенности, социальный статус, образование, профессия, вид химической зависимости и некоторые другие). В процессе работы мы придерживались следующего принципа: широкий набор адресно направленных психотерапевтических техник обеспечивает большую вероятность ускорения терапевтических изменений, что является одной из основных задач групповой психотерапии.

После успешно проведенной конфронтации в группе, как правило, наступает рабочая фаза. Вводное занятие начинается с обсуждения тех позитивных изменений в сознании, которые в большинстве случаев не только видны психотерапевту, но и реально осознаются самими больными. Многие пациенты охотно говорят об этих изменениях, и почти всегда их высказывания носят позитивный характер.

В конце занятия пациентам дается задание для самостоятельной работы – выделить и описать черты характера, присущие образу болезни – зависимости и образу здорового Я.

На следующей сессии, как правило, выясняется, что серьезные трудности по разотождествлению образа болезни – зависимости и образа здорового Я испытывают большинство больных.

По этой причине с пациентами, имевшими наименьшее осознание данного разделения, проводится психотерапевтическая техника, используемая в гештальт-терапии, – техника «горячего стула». Пациент должен придерживаться принципа «Здесь и теперь» и давать отчет о содержании своего сознания. Терапевт следует

за высказываниями пациента и таким образом поддерживает его в попытках осознать чувства и невербальные контакты. При этом психотерапевт должен сам придерживаться принципа «Здесь и теперь». Для большей эффективности проводимой техники используется прием пересаживания с одного стула на другой, когда пациент говорит то с позиций Я, то с позиций зависимости.

Техники, применяемые на последних двух занятиях, должны быть многократно воспроизведены в группе. В ходе воспроизведения у пациентов происходит значительное изменение в сознании: «Не Я хочу выпить или употребить, а Он (зависимость) хочет этого». Важно добиться того, чтобы каждый член группы выделил и охарактеризовал присущие ему в таких разных состояниях сознания чувства, мысли, желания и т. п. При этом пациенты испытывают своего рода облегчение, так как начинают представлять себе, что осознанной трезвости можно добиться, только принимая наличие у себя зависимости, признав перед ней бессилие и неуправляемость своей жизни.

На этом этапе целесообразно проверить степень внутренней дифференцированности субличностей больных. С этой целью можно использовать психотерапевтический прием «Кривая жизни». На рисунке цифрами обозначен возраст. Каждому пациенту предлагается перенести этот рисунок себе в тетрадь и самостоятельно изобразить кривую, условно отображающую линию его жизни. Предварительно больные должны поставить на каждом графике точку, соответствующую их возрасту, которая находитесь на мысленно опущенном перпендикуляре от черты возраста, где, по мнению каждого, он себя видит. Затем членам группы предлагается провести «линию движения» к данной точке и от нее, кто как представляет свою дальнейшую жизнь.

Как правило, все члены группы свою точку ставят в зонах, обозначающих образ болезни. Линии, ведущие к этой точке, начинаются из зон «Здоровье» и «Здоровое

Я» и пересекают прерывистую линию раньше мысленно опущенного возрастного перпендикуляра. Линия, идущая от возрастной точки в «дальнейшую жизнь», может быть представлена несколькими вариантами. Если на втором графике, где условно выделены зависимость и «здоровое Я», эта кривая практически всегда пересекает прямые линии, то на графике, обозначающем здоровье – болезнь, часть пациентов чертит кривую, которая также пересекает прямые линии, а другая часть изображает эту кривую, словно оставаясь в зоне болезни. Проводятся групповое обсуждение и дискуссии по поводу кривых, начерченных каждым пациентом. При этом предлагается каждому члену группы защитить свою «кривую жизни». Одновременно с этим психотерапевт имеет возможность оценить динамику изменений, произошедших в сознании каждого больного.

В большинстве случаев члены группы на этой стадии групповой психотерапии действительно находятся в рабочей фазе психотерапевтического процесса. В личностной структуре каждого пациента отмечается доминирование образа Я, стремящегося к выздоровлению. Практически все пациенты осознают наличие у себя алкоголизма или наркомании как заболевания. При этом очевидно стремление всей группы и каждого больного в отдельности к достижению осознанной трезвости в жизни. Как правило, все члены группы без дополнительных напоминаний выполняют самостоятельную работу. Кроме того, неоднократно приходилось наблюдать, что члены группы охотно делятся полученными знаниями, умениями и навыками с другими больными в отделении, а также с родственниками.

Часто члены группы с этой фазы групповой динамики по собственной инициативе начинают собираться вместе вне регламентированных занятий для решения определенного круга вопросов, имеющих непосредственное отношение как к психотерапевтическому процессу, так и к обсуждению своей дальнейшей трезвости и реальных планов на будущее.

Таким образом, налицо позитивная динамика терапевтических изменений в сознании каждого члена группы, что обеспечено психотерапией и системным воздействием на процессы зависимости от алкоголя и наркотиков на разных уровнях заболевания.

Завершая занятие, больным необходимо предложить самостоятельно выделить и перечислить наиболее вероятные триггерные («опасные») ситуации для каждого пациента, угрожающие «эмоциональным срывом» и (или) рецидивом заболевания.

Следующие несколько сессий отводятся противорецидивному тренингу.

Формирование установок на трезвость и их кристаллизация в образе человека, выздоравливающего от зависимости, имеет промежуточный характер и завершает разотождествление больных со своей актуальной зависимой позицией. «Установки на трезвость» формируются в ходе противорецидивного тренинга и подкрепляются выработкой соответствующих форм поведения в ситуациях высокого риска рецидива. В начале каждого занятия, укрепляя мотивацию к необходимым изменениям, психотерапевт поддерживает позитивные высказывания пациентов типа: «Мы должны в чем-то измениться, поменять стереотип мышления, найти свое место в жизни, освоить новый стиль поведения».

В ходе организованного противорецидивного тренинга воспроизводятся наиболее вероятные трудные ситуации, угрожающие срывом: «встреча с друзьями», «встреча с бывшими собутыльниками», «встреча с действующими наркоманами», «праздники», «поминки», «конфликтная ситуация», «неприятность», «наличие денег», «свободное время», «посещение мест, связанных с употреблением» и др.

Первоочередной целью противорецидивного тренинга является овладение навыками, помогающими воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков. Вычленив ситуации, приводящие к срыву, пациенты должны научиться справляться с ними. Во время тренинга каждый пациент отражает не только внешнее давление, но

и провокации, исходящие из его собственной внутренней картины заболевания, которая может быть соотнесена с образом болезни другого пациента. Также необходимо отработать и чисто технические детали: формулы отказа, включающие обязательное обозначение своей личностной позиции; стиль трезвого поведения; способы разрядки и снятия стресса; профилактика попадания в «опасные ситуации».

Противорецидивный тренинг требует от каждого пациента активного участия в приобретении новых умений, способствующих замене бывшей низкой приспособляемости навыками, необходимыми для поддержания трезвого образа жизни. Члены группы во время тренинга должны вырабатывать свои собственные стратегии и получать в качестве обратной связи не общие рассуждения, а четко сформулированную на поведенческом языке информацию о правильных действиях в кризисной ситуации.

В процессе противорецидивного тренинга членам группы нужно выделить круг людей, одни из которых будут поддерживать их трезвость, а другие – склонять к пьянству или употреблению наркотиков. Это помогает пациентам, определив людей и ситуации, избежать неоправданного риска, которому они могут подвергаться в своей трезвой жизни.

Однако зафиксировать свою актуальную личностную позицию в образе здорового Я нелегко. Поэтому завершающая **фаза групповой динамики – реинтеграции и реабилитации** – включает в себя сессии, посвященные закреплению полученных изменений. Здесь решаются возможные проблемы, относящиеся к процессу реадaptации к реальной жизненной ситуации.

Важной организационной составляющей этой фазы групповой психотерапии является так называемая послелечебная программа, рассчитанная на один год, что является логическим продолжением психотерапевтического процесса, когда члены группы не только реадaptируются к обычной жизни, но и несут в себе своего рода позитивные тенденции выздоровле-

ния как активного, преобразующего процесса. В этой ситуации происходит так называемая взаимная реинтеграция пациента и его окружения.

Однако у послелечебной программы как особой составляющей целостной программы реабилитации на этой фазе есть существенные преимущества: больные не уstraняются от решения насущных семейно-бытовых проблем, а, наоборот, стимулируются к их решению, находясь при этом в тесном контакте с психотерапевтом. В этих условиях как члены группы, так и их родственники могут получить необходимую психотерапевтическую помощь по вопросам взаимной семейной реинтеграции (корректировка поведения, разрешение конфликтных ситуаций, решение так называемых созависимых проблем на уровне функционирования всей семьи, включая детей).

Чтобы процесс взаимной реинтеграции проходил более успешно, психотерапевту следует провести хотя бы одно совместное семейное консультирование, что, по нашему мнению, является необходимой составной частью групповой психотерапии.

Кроме того, в особой поддержке нуждаются пациенты, имеющие сильно выраженную созависимость в семье. С ними и их родственниками возможно кроме семейного консультирования проводить и семейную психотерапию, что способствует лучшему разрешению проблем созависимости.

В этой фазе психотерапевтического процесса члены группы, находясь в зоне ближайшего развития позитивных терапевтических изменений, в полной мере осознают наличие всего комплекса собственных проблем, наличие патологических и оздоравливающих процессов на всех уровнях функционирования, наличие у себя химической зависимости как болезни. Они ощущают своего рода внутреннюю потребность поиска «новых» форм, образов или стилей существования уже как людей, включенных в сообщество выздоравливающих «братьев и сестер».

Каждый пациент в ходе психотерапии анализирует, что он представляет собой как носитель различных ролевых позиций,

выступая в качестве сына, брата, мужа, отца, профессионала, наконец, просто человека – жителя планеты, несущего ответственность за полноту своего существования.

В результате такого анализа обычно выясняется, что у членов группы большинство из этих позиций и связей с миром были или редуцированы, или серьезно искажены. Однако теперь, когда помехи со стороны зависимости малосущественны, можно в полной мере заняться процессами своего личностного развития.

В процессе занятий психотерапевт помогает конструировать или реконструировать образы здоровых социальных ролей (сын, брат, муж, отец, профессионал и т. д.). Осуществляется работа по осознанию их влияния из прошлого (каким был? когда последний раз совершал поступки в данном качестве? что дал близким людям? и т. д.) через настоящее (что хочу сделать сейчас? что хочу изменить здесь и теперь? чего хочу добиться? и т. д.) в будущее (кем буду? каким буду? и т. д.).

На этой фазе психотерапевтического процесса у членов группы впервые возникает ощущение цельности своего жизненного пути, осознание направления, или, по А.С. Арсеньеву, вектора движения к внутренней свободе личности.

Курс групповой психотерапии заканчивается постепенным завершением эмоционально значимых связей членов группы с психотерапевтом, что ведет к необходимой автономизации пациентов и отражает один из важных компонентов финального результата всего психотерапевтического процесса.

Финальный результат всего психотерапевтического процесса – независимое, самостоятельное и ответственное существование каждого участника группы, при условии регулярного посещения групп АА и НА и продолжения индивидуальной работы по программе двенадцати шагов.

Прерывается патологическая динамика функционирования пациентов на различных уровнях (биологическом, психологическом, социальном и духовном). Они приобретают новый статус, характеризующийся

осознанием, признанием и принятием наличия химической зависимости, адекватным отношением к себе и к лечению, стремлением к коррекции дисгармоничных стереотипов межличностных отношений и преодолению кризиса двойственных ценностных ориентаций, формированием трезвеннического мировоззрения с определенными навыками здорового образа или стиля жизни. На этом фоне и происходит окончательное психологическое принятие «внутреннего алкоголика» и процессов зависимости на всех уровнях функционирования пациентов.

Процессы личного развития могут требовать дальнейшей длительной психотерапевтической работы, но уже как задачи послелечебного этапа.

В заключение отметим, что каждому, проводящему психотерапевтические сеансы, следует помнить, что круг проблем пациентов не исчерпывается одной тематикой химической зависимости. И хотя основной упор в ходе психотерапии должен быть сделан на определенную структурированную схему лечения, игнорирование реальных проблем больных может подтолкнуть их к мысли о второстепенности как психотерапии, так и лечения вообще.

Чтобы достичь компромисса, можно уделять некоторое время в психотерапевтическом процессе обсуждению различных житейских проблем, реально имеющих у членов группы. Причем желательно это делать в начале занятия и строить эти обсуждения таким образом, чтобы увязать их с целями и задачами данной конкретной сессии. Нельзя забывать, что может иметь место конфликт между желанием пациентов получить помощь в решении своих насущных проблем и желанием психотерапевта соблюсти определенную структурную канву занятия. Поэтому членам группы необходимо напоминать, что основная цель групповой психотерапии – помочь им решить преимущественно проблемы, непосредственно связанные с тематикой химической зависимости.

Лучше всего, чтобы курс групповой психотерапии проводил психотерапевт совме-

стно с консультантом по химической зависимости. С целью совершенствования как самой методики психотерапии, так и повышения квалификации психотерапевта может осуществляться супервизия всего психотерапевтического процесса.

Резюмируя, можно сказать, что методика групповой психотерапии представляет собой тридцатидневный психотерапевтический марафон с постоянной погруженностью пациентов в непрерывные терапевтические изменения. Постоянная погруженность достигается ежедневными психотерапевтическими сессиями, ведением дневников, выполнением индивидуальных заданий, изучением литературы по программе двенадцати шагов, многократными, ежедневными самостоятельными «включениями» в процесс изменений в течение всего психотерапевтического курса, состоящего из следующих фаз терапевтического процесса:

- фазы самодиагностики, осознания и принятия;
- фазы конфронтации;
- рабочей фазы;
- фазы реинтеграции и реабилитации.

В результате всего процесса групповой психотерапии происходит психологическое принятие химической зависимости на психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования. Лица с зависимым поведением получают навыки независимого, самостоятельного и ответственного существования.

### **Литература**

1. *Бокий И.В., Цыцарев С.В.* Задачи и методы психотерапии больных алкоголизмом // Сб. науч. тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та. 1983. Т.105. С 108 – 116.
2. *Буль П.И.* Психотерапия, гипноз и внушение в практической медицине. Л., 1990.
3. *Валентик Ю.В.* Использование психотерапевтического режима при лечении больных алкоголизмом // Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий: Тезисы. Междунар. симпоз. 28 – 30 марта 1989 г. Гагра, 1989.

4. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993.
5. Валентик Ю.В. Подавление патологического влечения к алкоголю методами психотерапии // 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов 25 – 28 окт. 1988 г. М., 1988. Т. 3. С. 474 – 476.
6. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. ст. Л., 1989.
7. Гузиков Б.М., Лежепекова Л.Н., Мейронян А.А. Медико-психологические критерии эффективности терапии и реалаптации больных алкоголизмом. Л., 1981.
8. Горски Т.Т. Путь выздоровления. М., 2003.
9. Зобнев В.М. Закономерности оценки групповых психотерапевтических занятий с больными алкоголизмом и психотерапевтами // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. ст. Л., 1989.
10. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Место ситуационно-психологического тренинга в системе реабилитации больных алкоголизмом // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом: Тезисы докладов. Л., 1986.
11. Иванец Н.Н., Игонин А.Д. Психотерапевтический реабилитационный подход к лечению больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями // Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сб. ст. Л., 1989.
12. Кабанов М.М., Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф., Зобнев В.М. Принципы построения современных психотерапевтических программ в наркологии // Новые подходы к лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании. Гагра, 1989.
13. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама. М., 1993.
14. Лукьяненко Д.В., Спиридонова З.М., Вязовой П.П. Роль обстановочной психотерапии в наркологическом стационаре // Здравоохранение Казахстана. 1986. № 4.
15. Рудестам К. Групповая психотерапия. М., 1993.
16. Слепова Т.В. Критический анализ проблемы эмансипированности личности в некоторых исследованиях гуманистической психологии. М., 1981.
17. Сунцов А.Е., Лукоянов С.П., Шеклеин В.А. Экспериментальная модель лечебно-реабилитационной программы как один из вариантов оказания помощи больным алкоголизмом // Нравственно-этические и клинические проблемы психиатрии: геронтопсихиатрии, наркологии, психотерапии. Ижевск, 1992.
18. Ялом И.Д. Теория и практика групповой психотерапии. М., 1996.