

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
НАРКОЛОГИИ МЗ РФ

Российский благотворительный фонд
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН)



Батищев В.В., Негериш Н.В.

**Методология
организации программы психотерапии
и реабилитации больных зависимостью
от психоактивных веществ, имеющих низкий
уровень мотивации на лечение.**

Программа «РЕШЕНИЕ»: теория и практика.

Батищев В.В., Негериш Н.В.

**Методология
организации программы психотерапии
и реабилитации больных зависимостью
от психоактивных веществ, имеющих низкий
уровень мотивации на лечение.**

Программа «РЕШЕНИЕ»: теория и практика.

Москва, 2001 г.

Лицензионное разрешение предоставлено
Российским благотворительным фондом
«Нет алкоголизму и наркомании» (НАН).

ЛР №060684 от 07 марта 1997 г.

Батищев В.В., Негериш Н.В.

Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» (НАН), М.: 2001 г. - 184 стр.

ISBN 5-88516-029-1

© Батищев В.В., Негериш Н.В.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ	4
Эффективность лечебных программ с использованием методологии восстановления от химической зависимости сообщества Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов	9
Этапность личностно-эмоциональных изменений у больных зависимостью в процессе психотерапии в условиях стационарного отделения с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой, исполь	19
Общие вопросы организации интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программы, использующей принципы программы «12 Шагов», в стационарном психотерапевтическом отделении по лечению больных	24
Психотерапевтические, психокоррекционные и реабилитационные мероприятия в отделении	38
Организация социальной лечебно - реабилитационной среды	38
Познавательный аспект программы	48
Программа «12 шагов»	49
Основные принципы и приемы проведения психотерапии и психокоррекции в малых группах больных с зависимостью от психоактивных веществ в стационарном отделении.	76
Индивидуальная психотерапия и психокоррекция в отделении	105
Семейная работа в отделении	113
Анализ работы стационарного психотерапевтического отделения по лечению больных алкоголизмом (зависимостью) Наркологической больницы № 19 Ко- митета здравоохранения г. Москвы	115
Заключение	125
Приложения	128
УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ	173

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы организации лечебно - реабилитационного процесса при оказании наркологической помощи населению являются весьма актуальными в связи с продолжающимся ухудшением наркологической ситуации, с одной стороны, и недостаточной готовностью ныне действующей наркологической службы, во всех ее структурных элементах и, в первую очередь, в стационарном звене, к практическому решению задачи эффективной социальной и психологической реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. С момента выделения в нашей стране наркологии (в 1975 г.) в самостоятельную область практической и научной деятельности, в качестве одной из служб системы здравоохранения, основным принципом помощи пациентам, как стационарной, так и амбулаторной службы, была провозглашена психотерапия. Но в последнее время объем специализированной наркологической помощи существенно возрос, расширились и усложнились психотерапевтические формы работы врачей психиатров - наркологов, возникла острая потребность в развитии системной групповой лечебно-реабилитационной и психотерапевтической помощи и, в особенности, в стационарных условиях. Существенным недостатком современной стационарной наркологической помощи является, в большинстве своем, отсутствие системы реконструкции личности, исправления негативных и создания новых позитивных отношений с окружением у больных, страдающих алкоголизмом или наркоманиями. Часто терапия больных алкоголизмом и другими зависимостями ограничивается краткосрочным медикаментозным лечением клинических проявлений абстинентного синдрома (дезинтоксикационная терапия, фармакотерапия влечения, терапия внутренних органов, пораженных длительной интоксикацией, и пр.) и назначением препаратов, корригирующих те или иные психофизиологические и поведенческие нарушения у пациентов в период становления ремиссии. При этом не учитывается, что большинство этих нарушений можно устранять с помощью психокоррекционных, психотерапевтических воздействий. Психотерапия обоснованно считается одним из основных методов лечения зависимости. Она позволяет успешно воздействовать на такие важные психопатологические феномены, как анозогнозия, различные формы патологических проявлений психологической защиты, изменять стереотипы алкогольного или наркоманического поведения, вырабатывать у больных адекватное отношение к болезни, к роли своей личности в заболевании и выздоровлении и т. д. Следует признать, что в большинстве случаев психотерапия, используемая в процессе лечения больных с зависимостью от ПАВ носит характер недлительного директивно-устано-

вочного вмешательства («рациональная» терапия, суггестия в бодрствующем состоянии, гипноз и т.д.), либо применяются те или иные психотерапевтические индивидуальные и групповые техники, цели и необходимость применения которых в отношении наркологических больных не всегда понятны, так как воздействие на личность пациента осуществляется без соотнесения их с особенностями болезни. Соответственно, эффективность такого психотерапевтического вмешательства подчас крайне мала и не отвечает современным потребностям в обеспечении наркологической службой результативной лечебно-реабилитационной работы в условиях массового наплыва пациентов.

Для полноценного воздействия на всю совокупность патологических личностных и поведенческих проявлений зависимости от ПАВ во многих странах сегодня используются комплексные лечебные стационарные и/или амбулаторные программы, включающие в себя обучающий (информационно-познавательный) и психотерапевтический компоненты, а также элементы программы «12 Шагов» сообществ Анонимные Алкоголики (АА), Анонимные Наркоманы (НА).

Единственным решением проблемы улучшения наркологической помощи в России так же является применение психотерапевтических программ, использующих принципы системного подхода к психотерапии больных зависимостью. В связи с этим, наиболее эффективной формой работы является уже названный выше комплекс мероприятий, в который входят: информирование пациентов о проявлениях болезни, психотерапия малых групп, обучение методам послелечебного восстановления (реабилитации) и формирование терапевтического сообщества в условиях стационарного лечения. Для формирования психотерапевтической программы в стационаре необходимо использование сочетания различных форм групповой работы под руководством психотерапевтов (психологов) и с ориентацией пациентов на последующую реабилитацию в группах само- и взаимопомощи - Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, работающие по программе «12 шагов».

Духовно - ориентированная программа «12 шагов» была создана в 1935 г. в США, на основе мирового опыта принципов духовной реабилитации человека и адаптирована для людей страдающих химической зависимостью. Основными принципами программы Анонимных Алкоголиков являются анонимность, полная самостоятельность и независимость от каких-либо государственных или общественных структур для исполнения основной цели сообщества - трезвости членов АА и донесения своих идей выздоровления от химической зависимости до других алкоголиков, механизм достижения которых - регулярные встречи, взаимопод-

держка и помощь новичкам на основе программы «12 шагов». На данный момент движение Анонимных Алкоголиков самое распространенное в мире движение взаимопомощи больных зависимостью. На основе этой программы работают программы само - и взаимопомощи людей, страдающих другими видами зависимостей: «Анонимные Наркоманы», «Анонимные Эмоционалы», «Анонимные Обжоры» и др. Принципы этой программы используются в большинстве лечебно-реабилитационных центров по лечению больных химической зависимостью в США и в странах Западной Европы. Так же широко распространена эта методика в лечебно - реабилитационных учреждениях стран бывшего соц. лагеря, особенно в Польше, Венгрии, Чехии и Словакии, в странах Прибалтики. Имеются лечебно - реабилитационные учреждения, использующие в своей работе программу «12 шагов» в Москве, в Дмитрове, Дубне, Талдоме, Запрудне, Сергиеве Посаде, Клине, Санкт-Петербурге, Рязани, Самаре и ряде других городов России.

Однако, несмотря на широкое распространение вышеназванных лечебно-реабилитационных программ, до сих пор нет подробно описанных способов их формирования. Вашему вниманию предлагается описание стационарной программы «Решение», работающей при Наркологической больнице № 19 г. Москвы.

Первые опыты по внедрению программы «12 шагов» в стационарную помощь больным алкоголизмом начались в больнице с 1992 года. После стажировки ряда сотрудников больницы в США (1993-1995 г.г.) более ясной стала концепция организации лечебных программ с использованием вышеназванной методики. В 1995 году в больнице было организовано отделение с программой лечения, соответствующей по своей структуре Миннесотской модели. По мере адаптации этой программы стали понятны особенности отдельных ее компонентов, которые в российских условиях так же имели свою специфику. С приходом в программу в 1997 году специалистов психологов полностью завершилось формирование специфических лечебных подходов и методик, стало возможным их наиболее полное научное обоснование и практическое применение.

На настоящий момент с 1995 года через лечение в программе прошло не менее 2000 человек, более 400 из них больше не возвращались к потреблению алкоголя или наркотиков, около 500 обрели трезвость после одного или нескольких срывов. Краткая статистика за 1996-1998 года будет приведена в конце издания.

Занимаясь описанием программы, мы хотели не только помочь специалистам понять методологию психотерапевтической работы с больными зависимостью, в том числе и в рамках Миннесотской модели, но и

оказать помощь в понимании методологии организации таких программ, например, в плане документального их оформления. К сожалению, в рамках государственной наркологической службы можно организовать подобное отделение только по приказу МЗ РФ о психотерапевтической помощи (№ 294 за 1995 год), который полностью не отвечает тем критериям, которые необходимо соблюдать при организации лечения больных зависимостью в рамках Миннесотской модели.

Дополнительно авторам хочется в рамках этого издания прояснить ситуацию с историей создания Миннесотской модели лечения зависимости и получаемой от нее эффективности. Последнее время в России существует не вполне достоверная информация о данной методике: искажается степень участия в создании модели специалистов по психиатрии и наркологии - врачей, психологов и других медицинских работников, в основном, в сторону занижения, преувеличиваются заслуги членов АА - консультантов, а так же чрезмерно завышается эффективность лечения по этой модели. Происходит ли это из-за чьего-то злого умысла или по чьему-то недомыслию, мы не знаем. Мы же просто попытались максимально изучить и собрать воедино всю информацию, которая имелаась в тех или иных заслуживающих доверия публикациях - научных и не научных. Возможно, наши пояснения по этому вопросу помогут специалистам наиболее полно понять, что такое Миннесотская модель лечения зависимости.

Первый опыт использования философии АА в медицинских лечебных заведениях для больных, зависимых от ПАВ, был получен в конце 40-х годов нашего столетия в американском штате Миннесота. Там была разработана первая модель организации лечебного процесса с применением программы «12 Шагов». Идея использования этой программы для лечения больных алкоголизмом в стационарных условиях возникла в одной из государственных психиатрических больниц - Вилмар (Willmar) - в сельском районе западной части Миннесоты, ныне более известной под названием Хазелден (Hazelden). Основоположниками этой идеи считаются члены АА - Austin Ripley, известный журналист, и Lynn Canoil, адвокат, ставший в последующем первым директором клиники Хазелден.

Первоначально методика работы с пациентами в Хазелдене, названная позже «Модель штата Миннесота», базировалась на нескольких положениях:

- 1) принцип уважительного отношения, понимания и принятия достоинства каждого пациента;

- 2) в основе лечения лежит программа «12 Шагов» АА и процесс восстановления личности по этой программе;

3) отождествление пациентом самого себя с другими больными алкоголизмом - самый важный компонент процесса восстановления;

4) основные условия участия в программе - посещение ежедневных лекций по 12 Шагам и участие в беседах пациентов друг с другом в рамках реализации принципов и тематики групп АА.

В дальнейшем, по мере развития знаний об алкоголизме и методах организации его лечения, в структуру модели стали добавляться другие элементы, это:

5) обязательные общеобразовательные лекции по тем или иным существенным проявлениям заболевания во всех затронутых им сферах жизни человека;

6) регулярное посещение групп АА и систематические встречи с представителями сообщества Анонимных Алкоголиков;

7) обязательная разработка совместно с пациентом особых индивидуальных планов на его дальнейшее восстановление и преодоление возможных рецидивов;

8) проведение психокоррекционного воздействия в малых группах.

Последние четыре положения программы приписываются врачам - психиатрам Dan Anderson & Nelson Bradley - последний стал следующим директором Хазелдена. Bradley & Anderson через законодательные органы штата Миннесота создали в 1954 году оплачиваемые должности специалистов для работы с больными алкоголизмом в наркологических учреждениях. Эти специалисты отбирались из числа «выздоровливающих» больных алкоголизмом и получили название - консультанты по химической зависимости. Это, вероятно, был первый опыт по привлечению к работе в профессиональной сфере лечения алкоголизма людей, имеющих собственный опыт восстановления по программе АА и не являющихся медицинскими работниками.

Еще одним наследием клиники Хазелден от Dan Anderson & Nelson Bradley стало осознание определенных положений, позволяющих целенаправленно использовать совместный потенциал опыта персонала государственных психиатрических лечебниц и членов АА - консультантов по алкоголизму. Это отразилось в следующих принципах организации лечебной работы по Миннесотской модели:

- максимальное использование методологического и творческого потенциала мультидисциплинарной команды специалистов для лечения больных;
- обеспечение системного подхода к организации лечения;
- определение алкоголизма как первичной хронической болезни, но значительно отличающейся от психиатрических заболеваний.

С момента основания программы в 1949 году и по настоящее время в Хазелдене прошли лечение от зависимости от психоактивных веществ свыше 100.000 мужчин и женщин.

В дальнейшем усилиями Anderson & Bradley удалось привлечь для финансирования программ, подобных Миннесотской, средства системы медицинского страхования. Лечение зависимости по модели штата Миннесота было рассчитано на один месяц - именно этот срок пребывания в лечебном центре и оплачивали страховые компании.

«Модель Миннесота» получила широкое распространение в США в 1980-ых годах, поскольку больницы с незанятым коечным фондом начали разворачивать койки для химически зависимых пациентов, что было тем более им выгодно, т.к. это оплачивалось за счет страхования. В результате вскоре отношения между медицинскими организациями, занятыми лечением алкоголизма, и страховыми компаниями стали напряженными. Затраты страховых компаний стали значительно увеличиваться; однако лечение в подобных клиниках нередко строилось непрофессионально, как технически, так и в кадровом отношении. Подобная практика значительно подорвала доверие страховых компаний к Миннесотской модели.

Впоследствии эта модель продолжала развиваться и модернизироваться, и на настоящий момент она ассоциируется с целым континуумом разнообразных услуг, в которые входят различные стационарные программы, более или менее интенсивные программы амбулаторного лечения больных, семейные программы и «промежуточные» профилактические программы. Востребованность этих услуг подчеркивает ценность образовательных методик для предотвращения развития заболевания у людей, попадающих в группу риска по развитию алкоголизма или наркомании.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОГРАММ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОЛОГИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ СООБЩЕСТВА АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ, АНОНИМНЫХ НАРКОМАНОВ

Психологические и поведенческие методы психокоррекционного вмешательства, включая стационарные и амбулаторные программы восстановления больных с зависимостью от ПАВ, их отдельные компоненты как способы помощи восстанавливающимся, терапия с участием семьи и одноразовые консультации - это наиболее часто используемые способы лечения больных зависимостью, эффективность которых до не-

давнего времени было труднее всего оценить.

Хотя модель штата Миннесота была основной в спектре программ лечения зависимости от ПАВ в Соединенных Штатах практически с момента ее создания, первое научное клиническое изучение этой модели был предпринято сравнительно недавно. Исследователи изучали динамику состояния больных алкоголизмом, направленных для лечения в Миннесотскую программу лечения и в традиционную, называемую в США «Финской», стационарную программу, основанную на «классических» психиатрических и социальных методах работы. Традиционная модель включала индивидуальную, групповую и семейную психокоррекционную работу, но не содержала в себе ни один из компонентов АА-терапии. Keso и Salaspuo нашли, что пациенты, лечившиеся по Миннесотской модели, имели более низкие показатели ранней выписки из стационара из-за нарушений режима, чем пациенты, занятые в традиционной программе. Кроме того, 14% пациентов, прошедших лечение по Миннесотской модели (по сравнению с 1,9% больных после применения традиционной методики) воздерживались от потребления алкоголя в течение года; 26,3% пациентов, лечившихся по Миннесотской модели (по сравнению с 9,8% пролеченных по традиционной методике) воздерживались от алкоголизации в течение заключительной трети (от 8 до 12 месяцев) последующего после лечения года. Однако указанные авторы допускают, что эти результаты могут интерпретироваться с некоторыми неточностями из-за методологических ограничений изучения.

Работа Walsh позволила оценить эффективность разных типов лечения больных алкоголизмом, реализовавшихся через программу помощи служащим в одной из крупных корпораций; для контроля была взята группа не лечившихся злоупотребляющих алкоголем рабочих. Участникам исследования был предложен для выбора один из трех способов лечения:

- госпитализация в стационар с Миннесотской моделью лечения, в котором осуществлялось принуждение к посещению групп АА;
- обязательное амбулаторное посещение групп АА;
- иные методы лечения, не использующие принципы работы АА.

Около 46% участников исследования выбрали посещение групп АА; 41% - выбрал стационарное лечение по Миннесотской модели и более 13% - иные методики лечения.

Средняя планируемая длительность пребывания в больнице для группы пациентов, избравших стационарное лечение, составляла 28 дней, от этих пациентов требовалось также посещать группы АА, по крайней мере, три раза в неделю в период лечения и затем - в течение

одного года после выписки их из стационара. Рабочие, избравшие посещение групп АА без стационарного лечения, тоже должны были посещать три групповые встречи каждую неделю, по крайней мере, в течение одного года. За всеми тремя группами, с целью контроля за соблюдением ими условий лечения, работниками программы помощи служащим проводилось соответствующее наблюдение в течение всего намеченного периода. За соблюдение этих условий каждый пациент нес персональную ответственность.

Исследователи обнаружили, что, хотя во всех трех группах в течение 2-х летнего периода наблюдения улучшились показатели по критериям качества выполняемой работы (например, выявилось отсутствие или снижение числа случаев плохого самочувствия в связи с абстинентным синдромом) и снизились показатели числа пропусков работы из-за пьянства, наиболее значительного улучшения по всем этим показателям добилась группа исследуемых, прошедших стационарное лечение по Миннесотской модели. Другие две группы пациентов значительно отставали практически по всем показателям. Кроме того, меньшему количеству пациентов, прошедших лечение по стационарной Миннесотской модели, требовалась повторная противоалкогольная терапия (23%); для тех, кто только посещал группы АА, такая терапия понадобилась в 63% случаев, а в группе пациентов, проходивших другое лечение, - более чем в 70% случаев. На основании данных этого исследования авторы сделали вывод, что, несмотря на первоначально кажущуюся финансовую выгоду направления больных на группы Анонимных Алкоголиков, по сравнению со стационарным лечением по Миннесотской программе, пациенты, прошедшие стационарное лечение, в гораздо большем количестве случаев смогли поддерживать долгосрочное воздержание от алкоголя.

Alford исследовал результаты лечения подростков, злоупотреблявших алкоголем и другими ПАВ в стационарной программе, структурированной по модели штата Миннесота. В течение 2-х лет им наблюдались подростки, закончившие и не закончившие такое лечение. Независимо от способа завершения терапии, посещение групп АА и НА было значимо связано у исследованных подростков с длительным воздержанием от алкоголя и наркотиков.

В свете последнего утверждения нельзя не затронуть, говоря о лечебных программах восстановления, использующих методологию программы «12 Шагов», вопрос об эффективности самой программы сообщества АА. Сами Анонимные Алкоголики считают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5% остаются в программе «12 Шагов» и обретают в ней стабильную трезвость. Однако полноценных ис-

следований эффективности реабилитации больных с зависимостью от ПАВ по программе «12 Шагов» до настоящего времени не проводилось, в том числе из-за высокой закрытости в плане контактов с различными «внешними» организациями сообщества АА. Подобная закрытость в общении с иными структурами закреплена в традициях этого сообщества.

Данные, предоставляемые сообществом АА, как правило, касаются тех больных, которые не проходили лечение в специальных лечебных программах, позволяющих своим пациентам после выписки более адекватно воспринимать саму программу «12 Шагов» и более полноценно использовать ресурсы, предоставляемые сообществом для поддержания трезвого образа жизни и восстановления нормативного функционирования во всех областях жизни больного человека.

Два исследования роли послелечебной поддержки больных с зависимостью от ПАВ показали ее большую важность для становления трезвого образа жизни и личностного восстановления у пациентов, чем результаты примененного метода лечения. Gilbert наблюдая в течение одного года больных, после стационарного лечения посещавших собрания АА, обнаружил корреляцию фактов сохранения трезвости участниками группы не с частотой посещения ими собраний АА, а с соблюдением ими рекомендаций АА по использованию ресурсов этого сообщества для поддержания трезвости и использования философии АА в повседневной жизни. Напротив, Cross нашел, что посещение групп АА было единственным существенным показателем длительности трезвого образа жизни для лиц, посещающих АА в течение 10 лет и более. Кроме того, он выявил, что «спонсорство» (опека) над другим членом АА значимо коррелирует с воздержанием от потребления алкоголя: 91% от числа тех, кто осуществлял спонсорство, сообщил о стабильной и устойчивой ремиссии в течении алкоголизма. Эти результаты говорят о том, что вера во взаимную поддержку и принятие философии программы «12 Шагов» могут иметь большое значение для процесса восстановления в целом и что эта программа гарантирует достаточно хорошие результаты.

Распространенность лечебных программ, использующих методологию

«12 Шагов» сообщества АА в зарубежных странах.

Стационарная помощь больным алкоголизмом с использованием программы «12 Шагов» достаточно широко распространена - прежде всего в США. Согласно исследованиям, проведенным Американской психиатрической ассоциацией 70% лечебных центров по лечению зависимости используют в той или иной мере эту программу в своей структу-

ре оказания лечебной помощи, а 20% из оставшихся рекомендуют своим пациентам после завершения стационарного лечения посещать группы АА. В Западной и Восточной Европе программы, использующие принципы «12 Шагов», в том числе и стационарные, также имеют достаточное распространение.

Наиболее часто встречаются следующие структурные формы организации лечебной и профилактической помощи на основе программы «12 Шагов» сообщества АА:

- **Терапевтические сообщества длительного пребывания с использованием программы «12 шагов».** Такие сообщества обеспечивают условия для восстановления пациентов с зависимостью от ПАВ, предлагая им курс специальной психотерапии на основе философии «12 Шагов» без применения медикаментозных средств в обстановке, обеспечивающей активное вовлечение больного в социальное обучение.

- **Миннесотская модель лечения зависимости от ПАВ** - социальная модель восстановления, основанная на методологии сообщества АА, применяемая в сочетании с психотерапевтическими и психокоррекционными воздействиями в условиях малых групп;

- **Сочетание различных социальных и психотерапевтических моделей лечения с программой «12 Шагов»:**

- стационарное лечение, сочетающее работу по программе «12 Шагов» и какую-либо другую методику психотерапии или комплекс психотерапевтических методик (курс - 28 дней);
- терапевтические общины с длительным сроком пребывания (от 30 дней и до нескольких лет);
- общины с интенсивным лечением по программе, идентичной программе «Миннесота» с длительным сроком пребывания в программе (90 дней и более);
- интенсивное лечение в амбулаторных условиях (по типу дневного стационара) - 28 дней;
- амбулаторное лечение с менее интенсивной программой (2-3 раза в неделю - 28 дней);
- семейные программы, как амбулаторные, так и стационарные;
- программы помощи служащим, страдающим алкоголизмом;
- профилактические программы для водителей, задержанных за управление автомобилем в нетрезвом виде;
- программы помощи детям из семей алкоголиков;
- «дома восстановления» (общежития для больных) - так называемые «дома на полпути»;
- организационная структура по оказанию реабилитационной помо-

щи больным наркоманией - СинАнон, наиболее распространенная в Европе, и многие другие лечебно-реабилитационные структуры.

Рассматривая в совокупности результаты деятельности АА как организации, оказывающей помощь в восстановлении людям с зависимостью от ПАВ и итоги применения программы «12 Шагов» в других лечебных моделях, можно утверждать, что методологию восстановления по этой программе следует рассматривать как групповую психотерапевтическую и социо-реабилитационную методику лечения алкоголизма и наркомании, а также иных видов зависимостей и компульсивного поведения. Именно система организации работы сообщества АА, способ ведения его групп, основные принципы личностного восстановления по программе, сформулированные в «12 Шагах» и «12 Традициях», а также в лозунгах АА, делают очень близкими по характеру и эффекту психотерапевтического воздействия на личность больного человека многие классические психотерапевтические методики (школы) и саму программу АА.

Как показывают исследования различных способов формирования лечебных программ в США и Европе, разноплановое сочетание всевозможных психотерапевтических методик и программы «12 Шагов» позволяет сделать неповторимыми сами лечебные программы и тем самым увеличить спектр возможного выбора форм лечения пациентами в соответствии с их личностными особенностями. Такое разнообразие, соответственно, позволяет прогнозировать широкий охват лечебной помощью большего числа лиц, страдающих алкоголизмом и другими видами зависимости, что, тем самым, увеличивает возможность достижения положительного результата от проведенного лечебного воздействия у самых различных групп пациентов.

Более широкое распространение в России лечебных программ, использующих принципы восстановления «12 Шагов» сообщества АА, особенно в структуре государственных наркологических учреждений, позволит охватить этой работой большее количество пациентов, больных алкоголизмом и наркоманией, что поможет более эффективно оказывать им необходимую психотерапевтическую и реабилитационную помощь.

Диагностика алкоголизма - основа определения направления и методов лечебного воздействия на больных зависимостью от психоактивных веществ.

Постановка правильного диагноза человеку с подозрением на наличие у него зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) на основании соответствующих диагностических критериев, согласно которым этот ди-

агноз ставится, может дать необходимую информацию о возможном объеме и направлениях лечебного воздействия на такого больного.

Согласно новой международной классификации болезней МКБ-10 диагноз Алкоголизм или Наркомания можно поставить при наличии 3-х и более признаков, которые должны проявляться у человека несколько раз в течение 12 месяцев или постоянно в течение месяца, независимо от дальнейших периодов воздержания:

1. Сильная потребность или переживание неодолимости потребности к употреблению алкоголя/наркотика (Влечение к алкоголю/наркотику, которое трудно перебороть).

2. Очевидное падение способности контролировать употребление алкоголя/наркотика. Это относится к трудности отказа от уже начатого приема алкоголя/наркотика, сложности отказа от начального (начала) приема и сложности в контроле уровня приема.

3. Употребление алкоголя/наркотика, чтобы облегчить или устранить симптомы абстинентного синдрома и субъективная уверенность человека в эффективности такого действия («положительный опыт»).

4. Абстинентный синдром.

5. Рост толерантности к эффектам алкоголя/наркотика.

6. Сужение круга лиц, с которыми потребляется алкоголь/наркотик (потребление со случайными людьми, в одиночку и т.д.).

7. Прогрессирующее пренебрежение к другим интересам и действиям, реализация которых доставляет (доставляла) удовольствие, в пользу употребления алкоголя/наркотика («сужение» круга интересов, их преимущественная концентрация на алкоголизации/наркотизации).

8. Настойчивость в стремлении продолжать употреблять алкоголь/наркотик, несмотря на явные признаки отрицательных психологических и физических последствий.

Совершенно очевидно, что в данной классификации зависимость рассматривается как заболевание, имеющее несколько уровней поражения:

1. Биологические нарушения.

2. Психологические нарушения.

3. Социальные проблемы.

4. Снижение духовной жизни.

Согласно методологии психотерапевтического и реабилитационного воздействия в отделении с использованием программы «12 шагов» Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов при НБ № 19, зависимость так же рассматривается как заболевание, имеющее био-психо-социо-духовную структуру поражений:

- К биологическим нарушениям относится в первую очередь наруше-

ние биохимической работы ЦНС, которое проявляется в виде изменения под воздействием психоактивных веществ нейротрансмиттерной регуляции на уровне синаптической передачи информации в ряде структур головного мозга: «центре удовольствия» - комплексе подкорковых ядер и некоторых участков коры головного мозга. Для организма и психики больного зависимостью становится привычно и нормально регулировать стрессы и функционировать только в состоянии опьянения. Отсутствие в организме психоактивных веществ приводит к ухудшению привычного функционирования ЦНС. Это наиболее остро и показательно проявляется в виде нарушения функционирования организма и психики больного зависимостью от ПАВ в рамках абстинентного синдрома, который и является следствием вышеперечисленных нарушений. Однако похожие на абстинентный синдром состояния могут возникать у больных алкоголизмом или наркоманией так же и в период достаточно длительного непотребления алкоголя/наркотика (в сообществе АА/АН это состояние называется «сухая абстиненция»). Внешне это выражается в плохом, очень похожем на абстинентный синдром, самочувствии больного зависимостью даже на фоне долгого трезвого периода жизни и, особенно, во время возникновения или накопления у него стрессовых ситуаций.

- Психологические нарушения проявляются в патологическом изменении эмоциональных реакций больного зависимостью человека, особенно в период его трезвости: отсутствие радости, хорошего настроения или его нестойкость и т.д. К психологическим нарушениям можно так же отнести поиск оправдания для возобновления (или не прекращения) пьянства, характерные искажения мышления, патологическое использование психологических защит в общении с людьми, которые пытаются говорить с больными об их злоупотреблении алкоголем/наркотиком и многое другое.
- Социальные проблемы наиболее значимы в ситуации, если у больного есть семья. Тогда в создании системы взаимоотношений, которые поддерживают или провоцируют потребление больного, участвует не только алкоголик или наркоман, но и все его родные и близкие. Сужение социальных интересов личности ведет к установлению контактов в основном с потребляющими людьми или с лицами, поощряющими или провоцирующими потребление, участие больных в мероприятиях, где часто происходит употребление алкоголя/наркотика и игнорирование иных, без применения психоактивных веществ, форм досуга и времяпрепровождений. Если человек,

больной зависимостью, пытается вести трезвый образ жизни, ранее сложившаяся подобная система социальных отношений часто мешает этому стремлению больного.

- Духовные нарушения чаще всего связаны с развитием эгоцентризма больного, когда окружающие люди рассматриваются только как объекты манипуляций с целью добычи спиртного/наркотика или для оправдания и поиска причин для потребления или же для удовлетворения иных потребностей, связанных с жизнедеятельностью алкоголика или наркомана. Естественно поражение духовной сферы так же проявляется снижением у больных зависимостью интереса к культурным или иным, развивающим духовность, мероприятиям.

Соответственно для лечения больных, страдающих алкоголизмом и наркоманией, необходимо заниматься всеми видами нарушений, которые возникают при данных заболеваниях. При выявлении более глубоких поражений в той или иной сфере жизнедеятельности у конкретного больного можно более дифференцированно подходить к выбору для него наиболее индивидуализированных лечебных и реабилитационных мероприятий. Арсенал вышеназванных мероприятий достаточно широк, однако в данном контексте можно выделить основные виды и направления лечебных мероприятий, которые необходимо проводить относительно патологических процессов, встречающихся у больных зависимостью от психоактивных веществ.

Биологические нарушения или нарушения в функционировании ЦНС считаются неизлечимыми, но в некоторых случаях вполне возможно дезактуализировать или уменьшить интенсивность ряда патологических проявлений, которые возникают в процессе развития заболевания. Наиболее известными видами лечебного воздействия на биологические нарушения при алкоголизме и наркомании являются медикаментозное лечение абстинентного синдрома, которое обычно осуществляется врачами в рамках дезинтоксикационных мероприятий или купирования «ломок», и медикаментозное лечение патологических психических проявлений, возникающих у больных зависимостью, как в период развития абстинентного состояния, так и в период «сухой абстиненции». Подобное лечение ведется по определенным схемам и с помощью соответствующих медикаментозных средств. Во время проведения дезинтоксикации (снятия ломок) так же необходима медикаментозная коррекция патологических соматических состояний, возникших в результате токсического воздействия потребляемого алкоголя/наркотика и их метаболитов на внутренние органы больного. Возможно так же уменьшение явлений «тяги к алкоголю/наркотику» в период ее обострения с помощью неко-

торых психоактивных веществ, которые не вызывают перекрестную с алкоголем и наркотиками зависимость.

Психологические проблемы вполне возможно решать с помощью специалистов психологов и психотерапевтов, а так же специалистов социальной сферы. Достаточно эффективно положительное изменение в этой области нарушений достигается при посещении больными групп сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, где пациенты, на примерах других больных, находят новые пути контроля и купирования психологических и эмоциональных нарушений, а так же получают определенную психологическую поддержку от членов сообщества. Постепенно больной человек становится более эмоционально и психологически зрелым и способным самостоятельно, без применения алкоголя или других психоактивных веществ, решать возникающие в его жизни проблемы.

Социальные нарушения требуют активных действий со стороны самого больного для изменения сложившейся вокруг него деструктивной внешней ситуации. Для этого больной должен иметь достаточно прочную установку на трезвость и желание улучшить свою жизнь. Изменить сложившуюся патологическую социальную ситуацию возможно, если зависимый человек понимает и различает те социальные нарушения, которые характерны для зависимой системы взаимоотношений, имеющейся вокруг него, осознает свою роль в ее поддержании и способен противостоять тем деструктивным импульсам, которые могут идти от окружающих. В условиях лечения в психотерапевтическом отделении подобные нарушения прорабатываются пациентами в процессе когнитивной и групповой психотерапии (группа как социальная лаборатория). Такие виды лечебного воздействия необходимы для выявления и коррекции социальных нарушений, возникших в процессе развития заболевания у больных зависимостью. Так же эффективно подобные социальные проблемы прорабатываются и корректируются в процессе работы больного алкоголизмом на группах АА/АН и над программой «12 Шагов» данного сообщества.

Восстановление духовной сферы каждый человек понимает по-своему, и у программы «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов есть свой способ восстановить духовную часть личности больного зависимостью. Можно выделить блок «шагов», которые могут быть применены в программе АА/АН для этой цели: 10 - 12 шаги. Занимаясь работой над этими шагами программы, больной человек учится эффективно существовать в окружающем социуме, задумывается над тем, кто он и зачем он живет и, наконец, после определенных позитив-

ных изменений в духовной сфере начинает осуществлять помощь другим больным зависимостью, основываясь на своем новом восприятии окружающих его мира и людей.

Совершенно понятно, что если при лечении больных зависимостью от ПАВ заниматься восстановлением только какой-либо одной области нарушений, то другие, неизменные лечением патологические процессы будут настраивать его на продолжение потребления алкоголя или наркотиков. Соответственно такое лечение будет малоэффективным и неудачи, которые постигнут пациента на пути восстановления (лечения), могут лишить его веры в возможность нормальной значимой жизни без употребления алкоголя/наркотика.

ЭТАПНОСТЬ ЛИЧНОСТНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ИНТЕНСИВНОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММОЙ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕЙ ПРИНЦИПЫ ПРОГРАММЫ «12 ШАГОВ».

К. Юнг выделял несколько этапов личностно-эмоциональных изменений, через которые проходит человек в процессе психотерапии до момента полного восстановления от той или иной психической (психологической) проблемы:

- Прозрение;
- Понимание;
- Обучение;
- Присвоение.

В процессе психотерапевтического стационарного лечения в отделении с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой человек, страдающий алкоголизмом/наркоманией, обычно проходит первые два этапа - прозрение и понимание. Как правило, это отражается в признании пациентом наличия у себя проблем, связанных со злоупотреблением психоактивным веществом, и в понимании и принятии им необходимости поддержания в дальнейшем трезвого образа жизни.

Обучение и присвоение обычно происходят по мере дальнейшего восстановления пациента, когда он, посещая группы, узнает новые способы решения проблем и в дальнейшем пытается применить их в своей жизни.

Так как сам процесс прозрения и понимания часто является достаточно болезненным для психики человека, то по мере продвижения в лечебной программе больной, страдающий зависимостью, проходит ряд ста-

дий, связанных с эмоциональными переживаниями по поводу необходимости его персонального отказа от дальнейшего приема алкоголя/наркотика. Эти фазы мало чем отличаются от стадий реагирования любого человека на то или иное ограничение или потерю, описанных Cudler-Ross.

Фазы (стадии) эмоциональной реакции пациента, возникающие в процессе лечения до полного осознания им необходимости отказа от потребления алкоголя/наркотика, следующие:

1. Отрицание.
2. Агрессия (обвинения, поиск виноватого).
3. Поиск компромисса (Сделка).
4. Депрессия.
5. Адаптация (Принятие факта болезни и готовность изменить свою жизнь).

Отрицание - самый первый механизм психологической защиты, применяемый людьми при возникновении серьезных жизненных проблем или потерь. Отрицание наиболее характерно так же и для первых контактов больного алкоголизмом или наркоманией с той реальностью, которая складывается вокруг него по мере прогрессирования заболевания. Часто врач, психолог или консультант - первые люди, которые прямо говорят пациенту о тех проблемах, которые у него возникли в процессе его злоупотребления алкоголем/наркотиком. Такие вещи бывают крайне неприятны, и больной человек начинает защищать свою психику от подобных болезненных вторжений. Отрицание у пациентов во время лечения в отделении может проявляться по-разному, например:

- непонимания того, что говорят другие люди (специалисты) об алкоголизме/наркомании, т.е. вербализированная информация просто «не доходит» до сознания больного и не воспринимается ее истинный смысл (иногда информация воспринимается в искаженном виде);
- засыпание или появление сильной сонливости во время вышеназванных бесед (лекций, групповых занятий и т.д.);
- появление психосоматических заболеваний, которые появляются в самый начальный период психотерапевтического лечения (первичный контакт), как ответ на вмешательство в психику больного. Как правило, это: простудные заболевания, головные боли, обострение хронических заболеваний из психосоматической этиологической группы и пр.;
- отказ от бесед и встреч с людьми, которые поднимают в разговоре тему алкоголизма, наркомании или злоупотребления алко-

лем/наркотиками. Проявляется в неприятии больным сообщества АА/АН и его членов, в отделении - лекционного материала, групповых занятий и сотрудников их ведущих. Обычно, при возникновении у пациента таких проблем, он отказывается от дальнейшего лечения или провоцирует администрацию программы на применение к себе жестких дисциплинарных мер, вплоть до выписки из отделения за нарушение режима (например, пациент систематически нарушает режим);

- неприятие и непризнание больным проблем, которые возникли из-за злоупотребления ПАВ, несмотря на то, что они очевидны и т.д.

Переход от отрицания к агрессии часто характеризуется тем, что человек начинает применять в этот период массу других психологических защит. Наиболее распространены у больных зависимостью такие виды психологических защит:

- рационализация - нахождение «рациональных» объяснений злоупотребления психоактивным веществом;
- соглашательство - ложное принятие доводов терапевта о негативном воздействии алкоголизации или наркотизации на личность самого больного;
- интеллектуализация - привлечение больным для оправдания своего пьянства «научных» знаний о пользе алкоголя/наркотика, часто без соотнесения со своей системой потребления, применение во время психотерапевтической работы «философствования» с целью уйти от открытого обсуждения своих проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ;
- идентификация (сравнение, отождествление) - формальное сравнение пьянства/потребления окружающих со своим потреблением для выяснения (утверждения) схожести («как у всех»).

Когда психологические защиты не приносят больному ожидаемого результата, начинается фаза агрессии.

Агрессия у больных зависимостью проявляется чаще всего в поиске ответственных за свое потребление среди окружающих и обвинение их в этом:

- жена/мать «засунула» в больницу, в которой из меня делают алкоголика/наркомана;
- врачи виноваты, т.к. не могут вылечить алкоголизм/наркоманию;
- психологи не хотят решать проблемы за пациентов, не объясняют, как можно не потреблять, ничего не меняя в жизни;
- консультанты только и твердят о том, что нужно что-то менять в своей жизни, ходить на группы АА/АН и работать по программе, что бы не потреблять;

- правительство не дает нормально жить;
- как можно лечиться в «таких» (плохих) условиях;
- как можно лечиться у таких плохих специалистов (женщин, мужчин, не алкоголиков, алкоголиков, неграмотных, бессердечных, молодых и пр.).

Это, в основном, те фразы, которые чаще всего используют больные на этом этапе.

Кроме активных форм агрессии, возможно направление агрессии больным на самого себя, что проявляется в самобичевании, самоуничтожении и самообвинении.

Именно на этих этапах - отрицании и агрессии - наиболее эффективно включение в лечение больных зависимостью различных психотерапевтических методик и, в первую очередь, необходима психотерапевтическая работа, направленная на преодоление психологических защит, выявление и психотерапевтическую проработку сопротивления лечению и агрессии.

Поиск компромисса или сделка являются так же способом сгладить неприятное эмоциональное состояние, возникшее в результате понимания пациентом реальности наличия у себя проблем, связанных с потреблением психоактивного вещества. На этом этапе больной зависимостью пытается найти способ решить вышеназванные проблемы без прекращения потребления алкоголя/наркотика. С целью оставить за собой возможность когда-нибудь потреблять алкоголь/наркотик, пациент ищет варианты контролируемого потребления, оправдывает различными причинами свое нежелание заниматься процессом восстановления и т.д.:

- если совсем не пить/потреблять год или больше, то все симптомы заболевания пропадут, и снова можно будет пить/потреблять понемногу;
- я не полностью алкоголик/наркоман: процентов на 30-50;
- иногда я могу контролировать потребление, иногда - нет; значит, иногда я болен, иногда - нет; и т.д.

Часто сделка проявляется в том, что пациент после лечения настаивает на применении к себе методик «Торпедо», «Эспераль» и т.д.

Одним из вариантов поиска компромисса является попытка больного зависимостью совершить «сделку» с психотерапевтом (консультантом), т.е. установить с ним какие-либо особые отношения с целью уклонения от лечения. Например, создать общие «секреты», предложить решение хозяйственных или личных проблем психотерапевта, дарить подарки и т.д. Для терапевта важно не пропустить в процессе психотерапевтической работы подобные проявления данного этапа в поведении и

мышлении пациента как реакции на ограничение.

Фаза депрессии наиболее сложна для понимания и диагностики, т.к. депрессия часто маскируется под другие заболевания или психические проявления. Как правило, при зависимости депрессия не носит выраженного характера и вполне может быть решена с помощью психотерапевтических мероприятий. Кроме того, полноценное проживание подобных эмоциональных этапных состояний, особенно совместно со специалистами или поддерживающими и принимающими пациента людьми наиболее эффективно в рамках терапии зависимости, т.к. улучшает прогноз восстановления, позволяя пациенту развиваться (созреть) эмоционально и набираться опыта преодоления сложных жизненных проблем без применения психоактивных веществ. В связи с этим, применение на уровне фазы депрессии медикаментов, например, из группы антидепрессантов, даже не вызывающих перекрестное привыкание, в период психотерапевтического лечения может сыграть плохую роль: не дать возможность пациенту полностью завершить данную фазу переживания отказа от потребления алкоголя/наркотика.

Обычно скрытые формы, которые может принимать депрессия, возникают на 3-4-й неделе лечения в отделении или несколько позже. Чаще всего это:

- нарушения сна;
- обострение хронических заболеваний;
- простудные заболевания;
- боли внутренних органов, без подтверждения нарушения их работы лабораторными методиками;
- частые головные боли;
- тревожность без особых внешних причин;
- повышенная забота о других людях, при отсутствии внимания к себе и своему восстановлению.

Если с помощью специалистов, работающих в области лечения наркологических заболеваний, достаточно хорошо проработаны отрицание, агрессия и фаза поиска компромисса, то проявления фазы депрессии могут быть практически нивелированы или будут преодолеваются пациентом без выраженного ухудшения самочувствия. Наиболее часто в такой ситуации у пациента наблюдается появление небольшой эмоциональной усталости от лечебных мероприятий, проходящих в программе.

Этап адаптации характеризуется полным признанием пациентом наличия у себя болезни зависимости, построением дальнейшей своей жизни с учетом наличия у себя данного заболевания, а так же началом действий по реализации собственной программы восстановления.

Однако не все пациенты полностью проходят эти стадии реакции на отказ от алкоголя/наркотика в процессе психотерапевтического лечения. Многие могут остановиться либо на отрицании, либо на агрессии, либо на поиске компромисса, либо на депрессии. Застривание больного зависимостью на одном из этих этапов эмоциональной переработки проблемы отказа от спиртного/наркотика в дальнейшем, скорее всего, вновь вернет его к возобновлению потребления.

Даже если больной зависимостью от ПАВ в процессе лечения полноценно пройдет все этапы переживания, но на фазе адаптации не начнет менять свой образ жизни, он, так же как и пациенты, «застрявшие» на других этапах, вновь может вернуться к потреблению алкоголя/наркотиков. Соответственно, дальнейшие после лечения в отделении изменения больным зависимостью своего поведения в окружающей его социальной структуре, например, с помощью методологии сообщества Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов, не менее важно для восстановления (выздоровления) от алкоголизма/наркомании, чем само лечение в программе.

Общие вопросы организации интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программы, использующей принципы программы «12 Шагов», в стационарном психотерапевтическом отделении по лечению больных зависимостью

Общие положения

Психотерапевтическое отделение по лечению больных алкоголизмом\зависимостью является структурным подразделением Наркологической больницы № 19 Департамента Здравоохранения г. Москвы.

Отделение развернуто на 65 мужских лечебных коек. На базе развернутых коек имеется 1 палата интенсивной медикаментозной терапии на 5 коек.

Задачи отделения

Основная задача отделения - оказание неотложной и плановой медицинской и психотерапевтической помощи больным, страдающим хроническим алкоголизмом\зависимостью, а именно:

— стационарная лечебно-диагностическая помощь больным, страдающим хроническим алкоголизмом\зависимостью, нуждающимся в стационарном лечении;

- лечебная медикаментозная помощь в период алкогольного и наркотического абстинентного синдрома;
- лечебная помощь, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, личносно- и социоориентированной направленности, в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения. Психотерапия проводится в виде индивидуальной, семейной и групповой ее форм;
- организация стационарной психотерапевтической помощи населению;
- внедрение в психотерапевтическую практику новейших достижений в области психотерапии;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, осуществление различных видов стационарной экспертизы нетрудоспособности больных алкоголизмом\зависимостью;
- создание для пациентов специальным образом организованной психотерапевтической среды внутри отделения;
- включение самих пациентов отделения в работу макросоциальной группы с участием других больных зависимостью (Анонимные Алкоголики\Анонимные Наркоманы) и бывших пациентов отделения (Клуб пациентов), с целью их скорейшего выздоровления, реадaptации и пр.;
- подключение близких родственников больных, проходящих лечение в отделении, к участию в группах самопомощи для родственников больных зависимостью - АлАнон, с целью создания пациентам программы условий поддержки семьи в период их восстановления;
- психогигиеническая и психопрофилактическая помощь пациентам по научению их преодолению стрессовых ситуаций, состояний дезадаптации и др.;
- социальная адаптация пациентов, формирование у них ответственности за свое социальное поведение;
- проведение разработки индивидуальных систем социальной реабилитации пациентов, получающих помощь в отделении, для их трудового и социального устройства, а так же для улучшения социального функционирования пациентов в различных социальных группах, в том числе в группах сообщества АА\НА;
- информационно-познавательные сообщения (лекции) для пациентов и их родственников по тематике - алкоголизм\зависимость, как болезнь, семейные и психологические проблемы при алкоголизме;
- плановая медико-реабилитационная помощь осуществляется на основе философии программы «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков (АН).

Функции отделения

В целях реализации указанных задач отделение оказывает неотложную и плановую медицинскую помощь лицам, страдающим алкоголизмом\зависимостью.

Плановая психотерапевтическая и реабилитационная помощь осуществляется с использованием в своей основе философии программы «12 шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов.

Курс лечебной помощи осуществляется в сроки от 30 до 45 дней.

По окончании лечения трудоустроенным пациентам выдается больничный лист или другой, подтверждающий временную нетрудоспособность документ, согласно законодательству.

Штатное расписание отделения

Для обеспечения функций отделения имеются штатные ставки:

- 1.0 ст. заведующего отделением
- 4.25 ст. врача-психотерапевта
- 1.0 ст. старшей медсестры
- 2.0 ст. процедурной медсестры
- 11.0 ст. суточных палатных медсестер
- 9.0 ст. суточных санитарок
- 4.5 ст. санитарок дневного наблюдения
- 2.5 ст. санитарок-буфетчиц
- 1.0 ст. сестры-хозяйки
- 2.25 ст. специалиста по социальной работе
- 4.25 ст. социальных работников
- 4.25 ст. психологов (желательно 8.25)

Общая характеристика принимаемых на лечение пациентов

Особенностью данного отделения является структурное его подчинение городскому здравоохранению (психотерапевтическое отделение по лечению больных алкоголизмом при НБ № 19 Комитета здравоохранения г. Москвы), что накладывает на отделение определенные обязанности относительно оказания медицинской помощи тем контингентам больных, которые поступают на лечение в больницу по направлению других городских медицинских учреждений. Большинство пациентов этой группы дают согласие на системное лечение от алкоголизма\зависимости в основном в период острых проявлений абстинентного синдрома. Для более эффективного включения в психотерапевтический и реабилитационный процесс именно таких групп больных в отделении необ-

ходимо проводить медикаментозное купирование абстинентных состояний, дезинтоксикационные мероприятия и, соответственно, принимать на лечение пациентов, находящихся в вышеназванном состоянии. Учитывая эти особенности функционирования отделения, а так же определенные ограничения, накладываемые психотерапевтическими методиками работы, на результативность и эффективность воздействия на отдельные группы пациентов, сотрудникам программы (врачам, психологам, специалистам по социальной работе) приходится на достационарных и первичных стационарных этапах наркологической помощи определять целесообразность лечения в психотерапевтическом отделении каждого поступающего или уже поступившего пациента. Для этого приказом по больнице были закреплены критерии, по которым можно на догоспитальном этапе определять основные противопоказания для направления пациентов на лечение в психотерапевтическое отделение с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой на основе методологии «12 шагов» АА/АН.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИНИМАЕМЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

В отделение принимаются пациенты:

1. С диагнозом хронический алкоголизм\наркомания начальной и средней (1-2) стадии.
2. Диагноз не должен быть отягощен сопутствующим психическим, соматическим, неврологическим или травматическим заболеванием в остром периоде.
3. Возраст пациентов, подлежащих лечению в отделении: от 18 до 60 лет.
4. Принимаются больные, у которых степень абстинентного синдрома не является среднетяжелым и тяжелым.
5. Обязательным условием госпитализации в отделение является установка на лечение методиками, используемыми в данном подразделении больницы.
6. Пациенты поступают в отделение в плановом порядке после консультации зав. отделения, с регистрацией в приемном отделении и осмотром дежурного врача.
7. Осуществляется так же после консультации зав. отделения внутрибольничный перевод больных, прошедших дезинтоксикационную терапию в других отделениях и высказывающих установку на лечение по программе отделения.

В случае если пациент после прохождения дезинтоксикации категорически отказывается от прохождения лечения по данной методике, он

может быть переведен в другие отделения больницы. В случае выявления врачами или психологами отделения на более поздних сроках лечения иных противопоказаний для продолжения лечения пациента в отделении, оговоренных приказом, но не выявленных на догоспитальном этапе или в первые дни лечения в отделении, больной так же по согласованию может быть переведен в другие профильные отделения больницы или иные лечебные учреждения города.

Методология лечения больных зависимостью в отделении

Методология лечения больных зависимостью соответствует основным принципам лечения зависимости от психоактивных веществ по программе штата Миннесота США (Миннесотская модель). Программа полностью адаптирована для применения ее в условиях наркологической службы Российской Федерации с углублением психотерапевтической направленности относительно немотивированных на лечение пациентов.

Индивидуальная психотерапевтическая и психокоррекционная работа присоединяется по желанию пациента. Для этого используются материалы, разработанные не только сотрудниками программы отделения, но центров Хазелден (США) и «Ashly» (США), переработанные и адаптированные к использованию их в специфических условиях Российской Федерации.

Психоактивные вещества для лечения патологических психологических (психических) состояний у пациентов в период прохождения психотерапии в условиях психотерапевтической программы применяются в крайне редких случаях (например, при сочетании алкоголизма\зависимости и психиатрической патологии), основное решение эмоциональных проблем происходит на психокоррекционных малых группах и на сеансах индивидуальной психотерапии.

В лечебном процессе используется работа специально подготовленных врачей-психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников.

Семейная и социальная реабилитация пациентов осуществляется посредством развития у них коммуникативных навыков, формирования и опробывания новых паттернов поведения, как внутри отделения, так и в семье и на группах само- и взаимопомощи.

Оценка эффективности психотерапевтической помощи осуществляется методом пролонгированного обследования пациентов на группах само- и взаимопомощи, а так же с помощью скрининговых обследований в домашних условиях.

Пациенты, поступающие в отделение, проходят 4 этапа лечебного,

психотерапевтического и реабилитационного процесса:

1. Пациенты, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи, проходят медикаментозное лечение: дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию, симптоматическую и иную фармакокоррекцию патологических состояний в рамках абстинентного синдрома (3-7 дней).

2. В первые дни после поступления все пациенты проходят индивидуальное общеклиническое и лабораторное обследование согласно техническим возможностям больницы (3-7 дней).

3. Введение в программу (3-7 дней).

Производится ознакомление пациентов с режимом и работой отделения, принципами лечебной помощи по программе, индивидуальная работа со специалистами для определения оптимального плана лечебных мероприятий в течение курса лечения больного.

4. Основной курс лечения (3-4 недели).

В течение этого времени осуществляется интенсивная психотерапевтическая работа с пациентами, направленная на преодоление у них патологических проявлений психологических защит и формирование критического отношения к своему заболеванию и установки на дальнейшую трезвость. Для дальнейшего реабилитационного процесса после выписки из стационара, осуществляется подготовка больного к переходу в общество Анонимных Алкоголиков \ Анонимных Наркоманов.

В течение всего периода лечения пациенты обеспечиваются необходимым медикаментозным лечением и наблюдением врачей-специалистов согласно штатному расписанию больницы.

Методология подключения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий на различных этапах лечебного процесса, которые проходят пациенты в отделении

Психотерапия и реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией подразумевает достаточно длительное участие пациентов в мультидисциплинарном по своей направленности и участию специалистов лечебном процессе. Лечение должно охватывать все виды нарушений, которые имеются у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, учитывая наличие у них патологических процессов на психобиологическом, психологическом и социально-психологическом уровнях. В связи с возникающими нарушениями в биологической, психической и социальной сфере жизнедеятельности больного зависимостью человека выделяется ряд этапов в терапии этой группы заболеваний и, соответственно, соотносящихся с этими этапами различных методов включения в лечебный процесс психотерапевтических и реабилитационных технологий.

Можно выделить отдельные методологические способы подобного подключения в зависимости от основных этапных лечебных мероприятий:

1. Дезинтоксикация или лечение абстинентного синдрома.

На этом этапе, помимо медикаментозного лечения, наиболее важным должно быть привлечение пациента к дальнейшей продолжительной по времени психотерапии и реабилитации, т.к. это, пожалуй, единственное время, когда у пациента, за счет плохого физического состояния, практически нивелированы механизмы психологической защиты. Если болезненные физические симптомы сняты, пациент снова начинает использовать отрицание, рационализацию и прочие виды психологических защит для оправдания своего злоупотребления привычным психоактивным веществом. Развитие такого рода патологических процессов значительно усложняет вовлечение больного в длительные психотерапевтические и реабилитационные мероприятия, необходимые для его полноценного лечения от зависимости после улучшения физического состояния.

2. Социальная и психологическая реабилитация.

Основной психотерапевтической и реабилитационной задачей этого этапа является восстановление личности пациента и его адекватной оценки своего реального «образа Я» для дальнейшего использования вновь открытых личностных возможностей в восстановлении внутреннего - психологического и внешнего - социального функционирования. Наиболее эффективно данная задача осуществляется с помощью специалистов, оказывающих психотерапевтическую, психокоррекционную и социальную помощь больным зависимостями, а так же при использовании самим пациентом программы «12 Шагов» и групп Анонимных Алкоголиков в виде ресурса для становления и формирования своей будущей трезвой жизни.

3. Адаптация в социальной среде.

Важным аспектом является восстановление и улучшение внешнего образа жизни больного зависимостью. Без данного этапа возможность поддержания трезвости человеком, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, несколько затрудняется. Подобно предыдущему этапу, здесь также важна поддержка в группах само- и взаимопомощи (АА, АН, и пр.), а так же помощь специалистов социального и психологического профиля для выработки совместно с пациентом стратегий взаимоотношений с окружающим его социумом, с целью более успешного продвижения по пути восстановления от зависимости.

На основании вышесказанного, можно говорить о необходимости участия специалистов по психосоциальной реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ на всех этапах лечения. **Для специ-**

ального наркологического лечения главным должно стать более эффективное и структурированное подключение и использование выше-названных специалистов в структуре стационарной помощи. В психотерапевтическом отделении по лечению больных алкоголизмом\зависимостью, как было уже сказано выше, используется, так называемая, Миннесотская модель организации психотерапевтической помощи больным алкоголизмом и наркоманией. В этой модели соприкасаются все направления психологической и социальной помощи на основе философии программы «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков. В ней так же может использоваться весь спектр специалистов - наркологи, психотерапевты, психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники (консультанты). Подобная модель наиболее подходит для организации системных программ лечения больных химической зависимостью в условиях постоянного поступления на лечение в стационарные наркологические подразделения большого количества пациентов.

Особенность подключения психотерапевтических и реабилитационных мероприятий в процесс стационарного лечения больных алкоголизмом\зависимостью заключается так же в том, что лечебная программа отделения формируется из ряда значимых по психотерапевтическому воздействию на пациентов разделов.

Первым из разделов можно выделить познавательную-информационную часть программы. Она состоит из лекций и семинаров, которые расположены во времени в особом порядке и проходят циклами, что позволяет вновь поступившим пациентам подключаться к лечению в любой момент без потери смысловых взаимосвязей в информационном поле программы. В этом разделе пациентам предлагается информация о биологических, психологических и социальных аспектах заболевания, о тех проблемах, которые ожидают пациента в период становления ремиссии и трезвого образа жизни, о методах поддержания трезвости и восстановления с помощью программы «12 шагов». В чтении лекций и проведении семинаров и тренингов для пациентов программы задействованы врачи, психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники (консультанты).

Другим разделом программы является психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие в малых группах по 6-9 человек. Именно психотерапия и психокоррекция в малых группах является наиболее действенной при терапии зависимостей. Методика работы в малых группах с больными зависимостью от психоактивных веществ имеет ряд специфических черт. Знание этой специфики позволяет наиболее рационально и эффективно использовать данное психотерапевтическое простран-

ство для достижения положительного результата в лечении больного.

Следующим разделом в структуре программы является привлечение и адаптация пациентов к использованию помощи, которую предоставляет сообщество Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов. Главным в этом разделе можно считать участие в лечебном процессе специалистов, имеющих собственный опыт восстановления от химической зависимости по программе «12 Шагов» - специальным образом подготовленных социальных работников (консультантов), основной задачей которых является объяснение принципов помощи, предлагаемой сообществом АА\АН. Кроме этого, в процессе лечения в программе для общения с пациентами привлекаются добровольные помощники - члены АА\НА, которые рассказывают пациентам о своем опыте восстановления по программе «12 шагов» и с помощью сообщества Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов.

Обязательным для пациентов так же является посещение за время лечения нескольких собраний групп АА\АН за пределами стационара.

Существуют еще два вида помощи пациентам программы - индивидуальная и семейная терапия. Их особенности будут описаны в основном разделе рассказа о лечении в отделении.

Все перечисленные части лечебной программы базируются на психотерапевтической среде, которая включает в себя все нюансы работы персонала, задействованного в лечебной программе.

Расписание психотерапевтических мероприятий с пациентами в отделении и его обоснованность.

Особое значение для повышения эффективности результата лечения больных алкоголизмом в отделении с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой, имеет рациональное распределение в течение рабочего (лечебного) дня различных по направленности и эмоционально-психологической нагрузке психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Первым, в связи с этим, необходимо рассматривать интенсивность и очередность различных занятий, в которых должны участвовать пациенты. К концу или в течение лечебного дня пациент не должен испытывать интенсивную усталость, как физическую, так и эмоциональную. Выраженная усталость у пациентов может появляться в процессе прохождения лечебной программы в основном при чрезмерной нагрузке, когда расписание слишком насыщено, или же, наоборот, при недостаточном участии их в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, когда развивается скука от бездеятельности. Усталость от лечения, появив-

шаяся у пациентов, обычно приводит их к сопротивлению процессу лечения, а так же и к ухудшению удерживаемости больных в стационаре (программе), т.е., иными словами, увеличивается выписка пациентов за различные нарушения режима отделения. Соответственно, основным критерием правильности составления расписания ежедневной лечебной работы является удерживаемость пациентов в отделении. Максимального результата по вышеназванному критерию удастся добиться, соблюдая следующие принципы при составлении ежедневного расписания:

- Разнообразие лечебного процесса по динамике;
- Разноплановость (разнообразие) занятий по информационной и эмоциональной насыщенности;
- Возможность для пациента в течение лечебного дня иметь так же достаточно времени для отдыха.

Ниболее оптимальным расписанием психотерапевтических мероприятий, отвечающим таким принципам, является следующий распорядок дня:

1. Утренняя лекция или тренинг. Длительность 30-50 минут. Должны проходить после завтрака.

2. Занятия в малых группах. Длительность 60-90 минут. Начинаются после первой лекции с интервалом через 15-30 минут.

3. Послеобеденная лекция или тренинг. Длительность 30-50 минут. Желательно проводить не ранее чем через 45-60 минут после приема пищи.

4. Вечерние занятия (тренинг) по ознакомлению с работой сообщества АА и программой «12 шагов». Длительность два занятия подряд по 30-50 минут каждое с интервалом в 15-20 минут.

С учетом особенностей работы структур обеспечивающих работу больницы (в первую очередь столовой), в отделении сложилось наиболее оптимальное для прохождения в нем лечения расписание занятий и распорядок дня:

8.00. Подъем для пациентов. Утренний туалет, уборка палат.

9.00.- 10.00. Прием медицинских назначений (инъекции, пероральные медикаменты и пр.). Время для выполнения индивидуальных заданий.

10.00.- 10.30. Завтрак.

10.30.- 11.00. Время для отдыха.

11.00.- 11.45. Лекция или тренинг.

11.45.- 12.00. Перерыв.

12.00.- 13.30. Занятия в малых группах.

13.30.- 14.00. Обед.

14.00.- 15.00. Время для отдыха, индивидуальных занятий с психоло-

гами и специалистами по социальной работе.

15.00.-15.45. Лекция или тренинг.

16.00.- 18.00. Время для прогулок, спорта, посещения родственников, индивидуальных занятий с социальными работниками.

18.00.-18.30. Ужин.

18.30.-20.30. Вечерние занятия с учетом перерыва.

20.30.-23.00. Время для выполнения индивидуальных заданий. Личное время.

23.00. Отбой.

Строгое соблюдение подобного распорядка дня позволило добиться максимального удержания пациентов в лечебной программе. В 1995 году в расписании отсутствовала вторая (дневная) лекция, по сравнению с 1996 годом и последующими годами, соответственно отличаются и категории досрочной выписки за нарушения режима отделения (опьянения, отказ от лечения, самовольный уход и пр.).

1995 год: выписка за нарушения режима составила - 50,7 % от поступивших на лечение пациентов;

1996 год: выписка за нарушения режима - 33,1 %;

1997 год: выписка за нарушения режима - 31,6 %;

1998 год: выписка за нарушения режима - 30,2 %.

В течение 1996 года (3 месяца) и 1997 года (2-а месяца), в связи с отпусками сотрудников, из расписания занятий была исключена 2-я лекция, что так же оказало отрицательное влияние на удерживаемость пациентов в лечебной программе: в эти месяцы увеличилась выписка за нарушения режима - 1996 год 46,3% - 47,5% - 47,8% по месяцам соответственно; 1997 год - 47,5% - 46,4% по месяцам соответственно. Дальнейшее улучшение по последующему 1998 году показателя по удерживаемости пациентов на лечении связано, очевидно, с другими причинами, например, с улучшением психотерапевтической работы.

Особое внимание следует уделить составлению расписания информационной части программы. Лекционный и тренинговый материал, который предлагается пациентам в процессе лечения, может оказывать достаточно сильное эмоциональное воздействие на больного зависимостью человека. Учитывая эту особенность можно предположить, что если вовремя не проработать такое, возникшее у больного, состояние психотерапевтическими методиками, то можно с высокой долей вероятности ожидать обострения патологической тяги и, как следствие, того или иного нарушения режима. Такое предположение подтверждается данными наблюдений за количеством срывов у пациентов, которое, фактически случайно, было отмечено в период формирования тематического распи-

сания для информационно-познавательной части программы. Наблюдение позволило выделить наиболее эмоционально тяжелые для восприятия пациентов темы лекций, а так же сложное для усвоения сочетание отдельных лекционных тем в течение дня, т.е.:

1. Лекции: «Биохимия зависимости», «Игра «Алкоголик»», «Симптоматика срыва», «Этапы выздоровления», - вызывали у больных наиболее выраженные эмоциональные состояния, которые необходимо было прорабатывать на групповой терапии не менее 2-х занятий.

Если эти лекции ставились в расписание перед выходными днями, когда нет групповой терапии, больные оставались один на один со своими эмоциональными проблемами, что увеличивало нарушения режима за субботу и воскресенье пациентами отделения на 17,3% (1997 год), по сравнению с иными выходными днями, перед которыми эти лекции не читались. Соответственно была принята позиция о включении этих лекций в расписание информационного блока на неделю не позднее утренней лекции в четверг.

2. Сочетание даже в течение одного лечебного дня двух лекций из следующего списка тем: «Обида», «Чувство вины», «Одиночество», «Депрессия», - приводило к тем же результатам, что и в предыдущем случае. Особенно это отражалось на состоянии пациентов, если эти лекции сочетались в расписании в четверг и/или пятницу.

В связи с этим, при составлении расписания было решено не ставить эти лекции совместно друг с другом в течение одного дня.

Сочетание фармакотерапии и психотерапии в условиях стационарного отделения с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой, использующей принципы программы «12 Шагов».

Достаточно важным в психотерапевтическом отделении является вопрос о сочетании фармакотерапии и психотерапии. Как было описано в разделе, посвященном этапам личностно-эмоциональных изменений у больных алкоголизмом\зависимостью в процессе психотерапевтического лечения в отделении, назначение психоактивных лекарств в период прохождения психотерапии значительно снижает ее эффективность. Однако, когда без применения психоактивных лекарств пациента сложно удержать в программе лечения, приходится искать наиболее рациональные способы сочетания лечения с помощью психотерапевтических методик и психоактивных медикаментов.

Совершенно обоснованным является применение, согласно показаниям, психоактивных лекарственных веществ в системе дезинтоксика-

ционных мероприятий. Дальнейшее применение этих медикаментов должно быть более осторожным, необходимо учитывать психологическое состояние пациента, особенно в момент подключения к психотерапевтическим занятиям, степень проявления отрицания, обострения патологического влечения к алкоголю\наркотику и многие другие факторы. Для наиболее эффективного включения пациента в психотерапию достаточно подключать фармакокоррекцию вышеназванных нарушений в течение 7-14 дней с момента поступления пациента и в зависимости от степени тяжести и длительности абстинентного синдрома. Обычно отмена психоактивных лекарств осуществляется на 3-5 день дезинтоксикационного лечения, но в ряде случаев целесообразно назначать их на срок от 10 до 14 дней. Для этой цели желательно использовать седативные препараты, не вызывающие перекрестную с алкоголем\наркотиками зависимость:

- Сонапакс 10 мг - 2-3 раза в день;
- Этаперазин от 15 мг до 30 мг - 2-3 раза в день;
- Теопридал 100 мг - 2-3 раза в день;
- Неулептил 1 к - 2 раза в день, применяется очень редко, и пр.

Если после проведенного лечения больной не в состоянии включиться в психотерапевтический процесс или активно уклоняется от него, целесообразно его перевести в другое отделение, с целью дальнейшей фармакотерапии и фармакокоррекции его психопатологического состояния именно в условиях обычного наркологического стационара.

Применение иных, не психоактивных, медикаментов для лечения у пациентов отделения, например, соматических патологических состояний, возникших в период алкоголизации\наркотизации или являющихся ее следствием, совершенно оправдано и не снижает эффективность психотерапии. Противопоказанием для психотерапии в подобных ситуациях является только тяжелое соматическое состояние больного и необходимость продолжения дальнейшего лечения его соматической патологии в специализированных отделениях больницы или иных медицинских учреждениях города.

Организация работы со средним и младшим медицинским персоналом в стационарном отделении с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной программой, использующей принципы программы «12 Шагов».

В связи со спецификой работы среднего и младшего медицинского персонала в психотерапевтическом отделении по лечению больных зависимостью стоит задача по переориентации его от простого наблюде-

ния за больными к комплексному обслуживанию пациентов, которое включает в себя:

- медикаментозную терапию;
- поддержание и соблюдение санитарного режима отделения;
- знание и применение в работе особенностей наблюдения и ухода за пациентами в условиях психотерапевтического отделения;
- поддержание психотерапевтических и частичная реализация реабилитационных мероприятий в отделении, способность объяснить основные принципы организации лечебной, психотерапевтической и реабилитационной помощи в отделении пациентам и их родным;
- участие в создании особой реабилитационной среды в отделении:
 - доброжелательная обстановка;
 - гуманное отношение к пациентам;
 - повышенная культура обслуживания;
 - наблюдение за неукоснительным соблюдением правил, направленных на формирование лечебно-охранительного режима в отделение, как со стороны пациентов, так и со стороны всего персонала, занятого в лечении больных.

Врачами, психологами и социальными работниками отделения регулярно проводятся занятия со средним и младшим медицинским персоналом по различным видам поражения личности и организма у больных зависимостью, особенностям психопатологических проявлений в период их лечения.

Таким образом, сочетание медикаментозного и психотерапевтического лечения и дифференцированных режимов позволяют координировать работу отделения в соответствии с клиническими показаниями.

Отчетная документация отделения.

Для улучшения структуризации лечебного процесса, психо- и социодиагностики, а так же отслеживания динамики в состоянии отдельных пациентов и функционировании групп больных, в отделении была разработана и введена в практическую работу дополнительная специальная отчетная документация.

К отчетной документации относятся «Тетрадь учета психотерапевтической работы», общая для всех специалистов, и «Тетрадь консультативной работы», которую индивидуально ведут психологи, психотерапевты и специалисты по социальной работе. В «Тетради учета психотерапевтической работы» отражается объем выполненной работы в течение всего рабочего дня, как всем составом отделения, так и отдельными специалистами, отражаются изменения в составе пациентов, распреде-

ление их по тем или иным психотерапевтическим мероприятиям. В тетрадах, которые заполняют специалисты, ведущие психотерапевтические группы, отмечаются особенности функционирования группы в целом, поднятые и проработанные на ней темы и т.д. Достаточно хорошо помогает отслеживать изменения в работе группы график «Недельная динамика группового процесса в малой группе».

Облегчить психо- и социодиагностику пациента помогают «Бланк психосоциальной оценки», «Опросник для пациента», бланк «Карта социального обследования на дому». Эта документация заполняется до 10-го дня пребывания пациента в программе.

Для работы по освоению методологии сообщества АА\АН используются опросники для проработки начальных элементов программы «12 шагов» (Первый шаг), а так же различные буклеты, помогающие пациентам в доступной для восприятия форме осознать, имеющиеся у них проблемы, связанные с потреблением ПАВ и увидеть преимущества методологии АА/АН выздоровления от зависимости.

Динамика изменений в личности и поведении пациентов в процессе прохождения ими групповых психотерапевтических мероприятий отслеживается в бланке «Индивидуальная динамика пациента на групповой психотерапии» и графике «Недельная динамика функционирования пациента в групповом процессе (малые группы)».

Социальными работниками отделения ведется «Тетрадь наблюдений», где в произвольной форме описываются особенности восприятия отдельными пациентами проводимых вечерних занятий, вопросы с которыми подходили они на консультации, данные соц. работниками рекомендации.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ, ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Организация социальной лечебно - реабилитационной среды

Для организации полноценного психотерапевтического процесса в стационарных условиях необходимо учитывать особое построение взаимоотношений между персоналом, занятым в стационарной психотерапевтической помощи больным зависимостью, и самими пациентами отделения. Не менее важную роль в социальной структуре взаимоотношений между пациентами отделения занимает организация достаточно высокого уровня безопасности и защищенности социально адаптированных, заинтересованных в лечении лиц от проявлений деструкции по отношению к ним со стороны больных, не мотивированных на лечение и

использующих в связи с этим агрессивные, манипулятивные и провокационные формы поведения. Суть такой социальной терапии состоит в открытости общения персонала и пациентов и их совместном изучении и решении, возникающих или уже возникших проблем. Пациентов поощряют проявлять инициативу при определении того, как строить собственную жизнь внутри отделения. Т.е. в той или иной степени ответственность за лечебную и социальную работу отделения разделяют с персоналом сами пациенты. Особенно хочется выделить некоторые аспекты так называемой средовой или социальной терапии, которые в первую очередь должны быть сформированы в подразделении, оказывающем помощь на основе описываемой программы лечения больных зависимостью от психоактивных веществ:

- отношение персонала к больным должно быть уважительным, равным и благожелательным, независимо от личностных особенностей того или иного пациента;

- в программе больному не навязывается позиция «Ты болен зависимостью», ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет. Обычно такой выбор делается пациентами по мере поступления к ним информации о болезни и ее проявлениях, а так же после личностной проработки этой информации на групповой терапии;

- четкие, понятные правила работы отделения, выполнение которых обязательно для всех - как для персонала, так и для пациентов. Правила для пациентов оговариваются в момент поступления больного с ним самим и его родственниками;

- в отделении присутствует принцип «открытых дверей» - в любой момент пациент в праве покинуть лечебную программу;

- лечение в отделении является конфиденциальным, т.е. после прохождения полного курса лечения больной не ставится на учет в наркодиспансер и не имеет соответствующих социальных ограничений, характерных для этой группы лиц;

- решение проблем внутри отделения осуществляется всем составом персонала и пациентов на общих регулярных внутриотделенческих собраниях;

- при отделении работает клуб пациентов программы, в котором проходят регулярные встречи «бывших» пациентов, проходивших ранее лечение в отделении и имеющих опыт собственного восстановления, и пациентов находящихся на лечении, что так же дает определенный психотерапевтический эффект;

- посещение отделения волонтерами из сообщества АА/АН для бесед с пациентами программы, что лишний раз демонстрирует состоя-

тельность методики «12 Шагов» как достаточно эффективной системы для реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ.

Режим психотерапевтического отделения отличается доброжелательностью, демократичностью и духом единения всех представителей коллектива и пациентов. Доброжелательное отношение со стороны персонала поощряет выражение каждым пациентом своих чувств и соответствующего отношения к окружающим его лицам в достаточно безопасной социотерапевтической обстановке. Такая открытая по отношению друг к другу позиция помогает персоналу и пациентам правильнее строить между собой терапевтические взаимоотношения. Установление определенных психологических границ между персоналом и пациентами (часто плохо понимающими особенности определенной дистанции в межличностных отношениях с разными людьми, включая отношения «психотерапевт (мед.персонал) - пациент»), а так же, в противовес этому, соблюдение определенных правил, упомянутых выше, для установления максимального психотерапевтического контакта, достаточно сложная задача. Решить ее порой под силу только специалисту, достаточно хорошо владеющему знаниями об особенностях социальных взаимоотношений «психотерапевт (мед. работник) - пациент» в условиях наркологического стационара, о психологических изменениях, возникающих у больных с зависимостью от ПАВ в процессе формирования болезни и восстановления от нее, и достаточно хорошо ориентирующемуся в своей собственной личности, особенностях своего реагирования и т.д. Подготовка персонала, занятого в психотерапевтическом и реабилитационном процессе, соответственно, должна включать не только обучающие программы для знакомства с необходимой для работы информацией, но и терапевтические процессы, позволяющие будущему специалисту решить собственные эмоционально-личностные проблемы, что бы они деструктивно не влияли на динамику построения социальных взаимоотношений «психотерапевт (мед.работник) - пациент». Для упрощения таких контактов психотерапевт или представитель персонала оговаривает с каждым пациентом структуру взаимоотношений, например, во время групповой и индивидуальной психотерапии, социотерапии, лекций и во время общения по организационным моментам работы лечебной программы. Обычно, по согласованию сторон возможно (допустимо) обращение друг к другу на «Ты» и по имени в процессе индивидуальных и групповых психотерапевтических и тренинговых занятий, но в остальное время желательно обращение на «Вы» и по имени, отчеству или фамилии. Для облегчения соблюдения таких договоренностей и персонал отделения и пациенты, проходящие в нем лечение, постоянно носят идентификаци-

онные карточки, на которых написаны Фамилия, Имя и Отчество человека, а у персонала еще указана и должность.

Правила функционирования внутри отделения для пациентов сведены к минимуму, необходимому для общей безопасности и общего благополучия. (см. Приложения). Кроме того, что эти правила позволяют пациентам наиболее эффективно и быстро адаптироваться в социальной структуре взаимоотношений внутри отделения, они еще предупреждают пациентов о недопустимости агрессивного, манипулятивного и провокационного поведения в отношении, как персонала, так и других пациентов. Неукоснительное соблюдение этих правил позволяет достичь максимального уровня защиты личности персонала и пациентов, нацеленных на лечение, от деструктивных форм поведения больных не желающих проходить психотерапевтическое лечение в отделении. Однако достаточно часто приходится отличать действия больных, которые являются следствием сопротивления лечению, и действия, которые могут быть проявлением обострения патологического влечения к алкоголю\наркотику. Обычно такие болезненные проявления вполне возможно корректировать с помощью психотерапевтических и реабилитационных технологий. Достаточно часто, особенно на первых этапах нахождения пациента в стационаре, сложно разделить эти два явления. Для облегчения выявления и разделения вышеназванных видов поведения существуют определенные правила относительно выписки пациента из отделения за нарушение режима:

- Немедленная выписка пациента осуществляется только при нарушении им пунктов 1, 2, 9 и 10 правил отделения (Приложения);
- При активном сопротивлении психотерапевтическим мероприятиям или категорическом отказе от сотрудничества с групповым терапевтом на психотерапевтических групповых занятиях пациенту предлагается перевод в другие отделения больницы и, в случае его отказа, производится выписка такого больного;
- Нарушение остальных правил несет за собой следующие социальные ограничения:
 - первое замечание - пациент лишается ежедневных прогулок;
 - второе замечание в течение недели после первого - лишение отпуска для посещения дома (семьи) на ближайшие выходные;
 - три замечания в течение недели рассценивается как активное сопротивление лечению и пациент также выписывается из отделения.

Естественно, прежде чем применять к пациенту те или иные виды ограничений, с ним проводится разъяснительная беседа о недопустимых формах поведения внутри отделения, и предлагаются возможные вари-

анты того, как решать конкретному пациенту возникшие у него проблемы в условиях внутриотделенческой социальной системы. Часто принятые однократно меры дисциплинарного характера и разъяснительная беседа помогают пациенту осознать деструктивность своего поведения и изменить его.

Еще одним важным компонентом социальной адаптации больных зависимостью является разрешение им прогулок на прилегающей к больнице территории и отпусков домой на субботу и воскресенье. Однако такие реабилитационные мероприятия необходимо производить исходя из их клинического смысла для каждого конкретного пациента. Для пациентов в отделении установлены временные рамки, ограничивающие возможность прогулок или предоставление отпуска:

- Прогулки разрешены с 10 дня пребывания в отделении, длительность их 1,5 часа;
- Отпуска возможны с 14 дня пребывания пациента в отделении.

В случае несоблюдения правил и режима отделения пациент может лишиться прогулок и отпусков на 1-ну неделю. Такое положение повышает мотивацию пациента на соблюдение режима отделения и полноценное участие в реабилитационном и психотерапевтическом процессе.

В случае появления в отделении т.н. «отрицательного» лидера из пациентов (иногда и персонала), который начинает развивать деятельность по организации «саботажа» лечения, приходится применять другие методы выявления и исправления нарушений в сложившейся лечебно-реабилитационной социальной системе. Выявление начала развития саботажа лечения в отделении, возникающего под воздействием отрицательного лидера, а так же выявление его самого, не простая задача. Обычно такой больной (или сотрудник) часто открыто не проявляет агрессию к лечению (методам лечения) и пытается завязывать «дружественные» отношения с лечащим персоналом, пытается подстроиться под требования каждого сотрудника лечебной программы. У пациентов, берущих на себя роль подобного лидера, достаточно часто могут возникать серьезные трудности с функционированием на занятиях в малой группе. Как правило, такие лица обладают более развитым интеллектом и имеют более высокий социальный статус, чем другие больные, они достаточно быстро завоевывают авторитетное положение у других пациентов, особенно из числа неустойчивых личностей и лиц, не имеющих мотивации на лечение. Основная деятельность сформированных таким лидером групп пациентов направлена на дискредитацию методик лечения, применяемых в отделении, и сотрудников программы. Формирование даже небольшой группы пациентов под руководством отрицательного лидера

приводит к созданию в отделении обстановки, провоцирующей других, мотивированных на лечение больных к проявлению агрессии к персоналу и саботированию психотерапевтических и реабилитационных мероприятий. В действиях по нормализации лечебной, психотерапевтической и реабилитационной работы отделения должен участвовать весь персонал отделения. В таких ситуациях необходимо и вполне возможно применение быстрых и, иногда, радикальных способов воздействия на сложившуюся ситуацию. Подобные мероприятия должны быть направлены на нейтрализацию деятельности, в первую очередь, самого лидера, через лишение его поддержки большинством больных, а так же на ликвидацию последствий его деятельности. Как правило, если ситуация формирования «саботажной группы» деструктивным лидером не была вовремя выявлена, отделение вслед за таким пациентом могут покинуть и другие, входящие в его группу больные, например, за различные нарушения режима, но чаще происходит их демонстративный отказ от лечения. Необходимость применения жестких мер со стороны персонала к таким лидерам и группам пациентов для сохранения необходимого уровня защиты личности других, нацеленных на помощь, больных, абсолютно оправдана.

Участие пациентов в хозяйственной деятельности отделения достаточно ограничено и включает в себя в первую очередь помощь младшему и среднему медицинскому персоналу в решении повседневных потребностей отделения: доставка питания, сменного постельного белья, уборка помещений отделения и собственных палат. Для структурирования такой помощи персонал отделения составляет график дежурств пациентов, как по отделению, так и по палатам. Участие пациента в хозяйственной жизни отделения обязательно.

Очень важную роль для формирования социотерапевтической среды внутри отделения играют общие собрания, в которых участвуют как персонал, так и пациенты, а так же участие пациентов в жизнеобеспечении работы отделения. На общих собраниях отделения решаются вопросы взаимодействия персонала и пациентов, разбираются возникшие в связи с этим проблемы. До пациентов доносится информация об изменениях в работе отделения, о возможностях пациентов по их наиболее успешному прохождению лечения и реабилитации в условиях стационара и организационных мероприятиях обеспечивающих эти возможности. Не менее важным считается выступление больных, готовящихся к выписке по окончании лечения. Выступления обычно достаточно неструктурированы и спонтанны, но чаще всего в них звучат слова благодарности персоналу отделения, можно услышать рассказы об изменении восприятия лечения и поведения внутри отделения по мере углубления в психотера-

певтический процесс. Такие рассказы помогают вновь поступившим пациентам увидеть в своем поведении или мыслях те негативные тенденции, которые так же были вначале лечения и у выступающих. Это положительно отражается на их дальнейшей социальной адаптации и реабилитации в условиях стационарной программы, повышает степень доверия персоналу.

Проведение общих собраний осуществляется 1 раз в неделю по пятницам (перед выходными). На них же выступают пациенты, которые выписываются на следующей после собрания неделе. Собрание проходит в большом лекционном зале. Однако иногда возникает необходимость проведения дополнительных общих собраний, если в отделении возникает непредвиденная ситуация или кризис, связанный, например, с поведением пациентов (саботаж занятий и пр.).

Если надо выработать общую позицию, которую необходимо донести на собрании до пациентов по какому-либо вопросу относительно дальнейшего функционирования отделения, персонал программы проводит совещания до встречи с пациентами. Кроме того, в обязательном порядке персонал программы встречается после каждого общего собрания, чтобы обсудить и проанализировать его результаты и результаты наблюдения за социальным функционированием больных на данном собрании. Такие наблюдения позволяют в дальнейшем более дифференцированно строить индивидуальные программы психосоциального лечения и реабилитации конкретных пациентов.

Персонал, занятый в психотерапевтической и социальнореабилитационной работе, ежедневно проводит оперативные совещания для решения практических вопросов и выработки общего направления психотерапевтической и социальной работы. Важным аспектом в формировании и поддержании эффективного воздействия на пациентов средовой (социореабилитационной) терапии является организация слаженной работы в этом направлении всего персонала отделения. Если персонал в своей среде не способен разрешать конфликты и приходить к единой точке зрения по той или иной проблеме, то требовать от пациентов соблюдения правил поведения в отделении и принятия ими положений лечебной программы в такой ситуации - малопродуктивное занятие. Кроме того, такая неспособность внутри лечебного коллектива совместно решать возникшие проблемы и конструктивно избегать конфликтов из-за разногласий по каким-либо вопросам пагубно воздействует на состояние и поведение больных.

В процессе формирования рабочей команды достаточно часто возникают проблемы, которые связаны с противопоставлением друг другу

специалистов той или иной направленности. В случае возникновения подобной ситуации необходимо провести работу с такими сотрудниками по донесению до них знаний о соблюдении определенных правил (должностных инструкций), которые определяют уровень их профессиональной компетенции и степени участия в лечебной работе. Кроме этого в психотерапевтическом коллективе недопустимы разногласия относительно тех методик, которые применяются для лечения в отделении. Если эти разногласия приводят к конфликтным ситуациям с вовлечением пациентов отделения, то от сотрудников, привнесших эти проблемы в программу, если их поведение не возможно корректировать, надо немедленно избавляться. Малейшая напряженность в коллективе персонала тотчас же отражается на функционировании всего отделения и приводит к ухудшению состояния пациентов. Чаще всего подобные внутренние процессы в среде персонала программы приводят к формированию в коллективе пациентов признаков саботажа лечения и неуправляемости поведения, вследствие чего учащаются нарушения режима. У отдельных больных в таких ситуациях возникает часто открытая агрессия к работникам отделения, возможно развитие скрытых суицидальных тенденций.

В соответствии с основными требованиями социальной терапии персонал берет на себя специфическую роль, главные черты которой определяются кругом профессиональных обязанностей участников лечебного коллектива. Но **каждый специалист обязательно должен ощущать себя членом команды**. Выполняя свои профессиональные обязанности, работникам программы необходимо исходить из интересов отделения в первую очередь. Возникающие в процессе работы ситуации и проблемы межличностного характера должны открыто и честно обсуждаться и разрешаться с участием всех сотрудников лечебного коллектива. Вышеназванный способ решения производственных проблем помогает разделить ответственность за принятие решений между разными подразделениями и службами, что, одновременно, помогает сократить социальную дистанцию между персоналом.

Однако такой коллективный подход в решении проблем работы программы не должен означать отсутствия власти и персональной ответственности каждого за свой участок работы. Один из парадоксов формирования психотерапевтического отделения состоит в том, что цели демократизации и разделения ответственности лучше всего достигаются при «диктатуре доброй воли», осуществляемой харизматическим лидером.

На роль руководителя программы (отделения) несомненно, должен быть выбран специалист, который достаточно хорошо ориентируется во всех структурных составляющих программы отделения - лечебной, пси-

хотерапевтической и реабилитационной. Он так же должен обладать хорошими организаторскими способностями, пользоваться беспрекословным авторитетом и заслуженным уважением персонала и пациентов отделения. Личные качества такого руководителя не менее важны, чем его профессиональная подготовка. Следует отметить необходимость наличия таких качеств, как:

- справедливость;
- профессиональная компетентность;
- психотерапевтическая интуиция;
- наличие достаточного жизненного опыта;
- эмоциональная адекватность;
- достаточная жесткость и последовательность при выполнении, принятых решений;
- личное обаяние;
- умение брать на себя ответственность и др.

К основным задачам руководителя отделения можно отнести:

- формирование команды сотрудников отделения (программы), т.е. кадровые вопросы;
- формирование социально-реабилитационной среды в отделении, мобилизация для этого всех сотрудников программы;
- осуществление мероприятий по поддержанию стабильного состояния социально-реабилитационной среды в подразделении;
- осуществление мероприятий по поддержанию необходимого уровня защиты личности пациентов и персонала от деструктивных проявлений со стороны больных, не мотивированных на лечение, или неспособных существовать и адекватно функционировать в условиях социореабилитационной системы отделения;
- принятие окончательного решения по неоднозначным, спорным вопросам существования программы и отделения, решение вопросов выписки нарушителей режима отделения и т.д.

Особо следует отметить возможность без последующего нарушения структуры социальнореабилитационной среды вносить таким лидером предложения по временным или единичным отступлениям от правил функционирования отделения. Например, в силу клинической целесообразности, руководитель отделения может оставить на лечении пациента даже грубо нарушившего режим, или пациента, неспособного полностью адекватно участвовать в программе лечения в силу индивидуальных особенностей. Обычно, в таких случаях сотрудники программы говорят пациенту о своем отношении к его поведению, но делают оговорку, что окончательное решение все равно будет принимать руководитель про-

граммы. Для снятия напряжения в социальной структуре программы, возникающего в ответ на описанные выше действия со стороны руководства отделения, необходимо аргументированно объяснять проходящим лечение больным причины принятия подобного решения. Если решение принято неверно или аргументы за его принятие недостаточно убедительны, может возникнуть напряженность в отношениях между персоналом и пациентами, которая в дальнейшем достаточно часто приводит к нарушению или сбою в социальной и реабилитационной системе отделения.

Клуб пациентов является еще одним из компонентов формирования реабилитационной среды отделения. После выписки из стационара, пациенты поощряются к поддерживанию контактов с сотрудниками отделения. Для этой цели в отделении создан так называемый «Клуб пациентов программы». Главная задача этого образования облегчить доступ бывших пациентов программы для посещения отделения с целью общения с больными, находящимися на тот момент на лечении в программе, и для консультаций у сотрудников отделения. Контакты с лечащимися пациентами проходят под контролем социальных работников отделения и протекают по определенным правилам, схожим по своей структуре с так называемыми «спикерскими» собраниями в сообществе Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов. Проходят такие встречи два раза в месяц. На них пациенты делятся опытом своего восстановления по программе «12 Шагов» сообщества АА/АН, которое они начали после лечения в психотерапевтической программе отделения. Кроме этого участники «Клуба выпускников», могут предложить больным, выписывающимся после лечения, «спонсорскую» помощь для более эффективного включения таких пациентов в программу реабилитации сообщества.

Наиболее интересно и празднично в рамках работы «Клуба выпускников» проходят юбилеи образования программы. Сотрудники отделения оповещают всех тех, кто раньше проходил лечение в программе психотерапевтического отделения, и приглашают их на встречу, которая происходит каждый год. Обычно приходит достаточно большое количество бывших пациентов программы. Они на общем собрании отделения рассказывают о своем опыте восстановления, в том числе и по программе АА/АН, о своих жизненных и иных успехах.

Несомненно, такое систематическое функционирование «Клуба выпускников» оказывает огромное психотерапевтическое и реабилитационное воздействие на пациентов, находящихся на лечении в отделении.

Одним из недостатков социальнореабилитационной среды, сформированной в отделении, является затруднительность положения пациентов, которым не подходит участие в подобной социальной системе: у них

практически нет выбора - им остается только покинуть отделение. К таким пациентам относятся в первую очередь социально дезадаптированные лица из группы БОМЖей и больных имеющих в анамнезе судимости за уголовные преступления с отбыванием длительных сроков наказания в исправительных учреждениях.

Познавательный аспект программы

Особенностью познавательного аспекта программы психотерапевтического отделения является его интенсивность по времени и информационная насыщенность в течение лечебного дня лекционного и тренингового материала. Необходимо выделить способ подачи информации, который значительно отличается от способа чтения обычных учебных лекций. Основное отличие заключается в том, что лекторы стараются подавать материал в виде беседы с пациентами, используя примеры наиболее понятные больным химической зависимостью и метафоры, рассчитанные на образное мышление пациентов этой группы. Наиболее интересным можно считать объяснение пациентам в достаточно доступной форме основ структурного, трансактного, сценарного анализа и анализ игр Эрика Берна. Это позволяет за достаточно короткий период времени сформировать у пациентов понимание наиболее часто встречающихся как позитивных, так и негативных паттернов поведения на которые больному следует обратить внимание в процессе дальнейшего формирования нового трезвого образа мышления и жизни. Во время проведения лекций и тренингов важно достигнуть не только того, чтобы пациенты понимали, о чем идет разговор, но и активно участвовали в нем. Одновременно в процессе лекций можно не столько прояснять непонятные для пациентов моменты, отвечая на задаваемые ими вопросы, сколько психотерапевтически работать в этот момент с психологическими защитами, демонстрируемыми больными. Для отделений с постоянно поступающими пациентами важно подключать больных к информационно-познавательному процессу без потери ими смысловых связей между лекциями. Для этого информационный материал формируется в виде блоков, рассказывающих о разных уровнях поражения при болезни зависимости от психоактивных веществ:

1. Биологических;
2. Психологических;
3. Социальных;
4. Духовных;
5. Об общем подходе к лечению больных зависимостью;
6. О проблемах рецидива (срыва);

Учитывая, что вся программа отделения направлена на ориентацию пациентов для прохождения дальнейшей реабилитации в сообществах АА\НА, необходимо темы вечерних занятий, проводящихся консультантами, сочетать с дневными лекционными темами. То есть информационно рассматривать те же аспекты и уровни нарушений при алкоголизме и наркомании с точки зрения и специалистов, и сообществ АА\АН.

Информационный материал программы состоит из лекций, составленных специалистами программы (см. Приложение).

В программе применяются аудиоматериалы - переводы лекций Д. Мартина - руководителя лечебного центра «Эшли», США. Кроме того, учитывая особое воздействие на наркологических больных средств массовой информации, для создания терапевтической атмосферы и повышения мотивации больных к лечению используются специальные видеоматериалы - фильмы и лекции. Эти фильмы демонстрируются пациентам во время вечерних занятий социальными работниками (консультантами) программы, и затем совместно обсуждаются.

Программа «12 шагов»

Одним из составляющих описываемой психотерапевтической и реабилитационной программы является объяснение пациентам основ методологии восстановления от алкоголизма сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов. Процесс включения данной методологии в структуру стационарной помощи больным зависимостью требует от всех специалистов, участвующих в работе подобного лечебного подразделения, знания основ программы АА/АН, а так же способность использовать ее отдельные теоретические и методологические разработки в своей практической работе.

В процессе оказания больным алкоголизмом и наркоманией психотерапевтической помощи с использованием программы «12 шагов», желательно сочетать рассмотрение медицинских, психологических и социальных аспектов заболевания и восстановления от него с точки зрения специалистов по лечению зависимости и с точки зрения сообщества Анонимных Алкоголиков (АН). При этом желательно акцентировать внимание пациентов на схожие в этих точках зрения моменты. Соответственно для достижения наиболее ощутимого эффекта от такой психотерапевтической работы необходимо сочетать между собой темы дневных лекций, фильмов и занятий с консультантом по разбору методологии помощи сообщества АА таким образом, чтобы они совпадали по смыслу между собой в структуре отдельных информационных циклов программы.

В процессе групповой терапии ведущий группу психолог (психотера-

певт) так же должен уметь рассматривать ряд возникающих у пациентов проблем с точки зрения методологии АА/АН и ее основных постулатов. Например, возникшие у пациентов способы реагирования на ту или иную ситуацию, связанную с обсуждением на группе проблем, имеющихся у больных из-за злоупотребления ими алкоголем (ПАВ), желательно рассматривать с точки зрения первого шага программы АА\АН - «12 шагов». Для этого можно использовать два основных понятия этого шага: «бессилие» больного зависимостью человека перед патологическим действием алкоголя или наркотика на его организм и психику и «неуправляемость», возникающая в жизни больного человека из-за неадекватной реакции его на ПАВ и периодически обостряющейся у него болезненной озабоченности относительно поиска причин и возможных способов потребления алкоголя или наркотиков.

Сама система ознакомления пациентов с программой (методологией) сообщества АА\АН сформирована в виде ряда психотерапевтических методик:

– Лекционный материал. Лекции, объясняющие основные положения программы АА\АН, входят как в расписание дневных информационных занятий, так и в вечерние занятия, которые проводят консультанты (социальные работники) отделения. Темы лекций, которые читают консультанты соответствуют основным положениям методологии восстановления от зависимости сообщества АА:

– Аудио материалы. Используются переводы лекций отца Мартина, рассказывающие об особенностях прохождения пациентами отдельных (первых 5-ти) шагов программы АА на первых этапах восстановления и методологию использования девизов сообщества:

– Видеофильмы, содержание которых описано выше.

– Библиотерапия: больным предлагаются для прочтения основные книги сообщества Анонимных Алкоголиков, в которых описывается методология восстановления по программе «12 шагов»:

1. «Анонимные Алкоголики».
2. «Жить трезвым».
3. «12 шагов, 12 традиций».
4. Брошюры сообщества, рассказывающие о программе и т.д.

Общие сведения о программе восстановления сообщества Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов

Главным в идеологии сообщества АА\АН является признание алкоголизма\зависимости как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной жизни чело-

века. Изменения на биологическом уровне считаются необратимыми и неизлечимыми, но все остальные аспекты проявлений заболевания, по мнению АА\НА, могут направленно корректироваться. «12 шагов» провозглашаются программой личностного выздоровления и поддержания трезвого образа жизни, а «12 Традиций» суммой норм функционирования самого сообщества в окружающем мире.

Многие современные специалисты в области аддиктологии и наркологии, так же, как и Анонимные Алкоголики\Анонимные Наркоманы, рассматривают алкоголизм\зависимость как био-психо-социальное заболевание. Анонимные Алкоголики (АН) считают, что им никогда уже не научится пить\потреблять «как все», т. е. контролировать количество выпиваемого\потребляемого алкоголя\наркотика. Они по собственному опыту знают, как обманывают себя больные, считая, что они сохраняют этот контроль или, мечтая его вернуть. Однако, учитывая необратимые нарушения биохимической (нейрогуморальной) системы функционирования организма, вызванные длительным потреблением алкоголя\наркотика, ясно, что подобный контроль невозможен, и практически любой прием ПАВ приводит к обострению заболевания. Условием восстановления больного по программе АА\АН в первую очередь считается признание им факта окончательной потери контроля над потреблением ПАВ. И лишь признав у себя утрату контроля над потреблением в том понимании, которое декларируют члены АА\АН: «Мы - алкоголики\наркоманы, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием\потреблением. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик\наркоман никогда не сможет контролировать потребление спиртного\наркотика», - можно рассчитывать на выздоровление.

Один из важнейших постулатов АА\АН базируется на том, что при развитии химической зависимости у человека уже нет необходимости владеть собой, управлять своими эмоциями. Человек останавливается в своем эмоциональном развитии - процесс формирования механизмов эмоциональной устойчивости задерживается. Поэтому любое неожиданное эмоциональное потрясение - связанное с горем, злостью, страхом или радостью - становится трудно переносимым без алкоголя\наркотика. Сами члены АА\АН заявляют, что эмоциональная незрелость - это суть их болезни. Эмоциональная незрелость со временем возрастает, и зависимый человек теряет возможность выразить и понимать свои чувства. Он не знает, что с ними делать, не умеет их осознавать и передавать другим, не способен их даже назвать. Он загоняет свои чувства вглубь - особенно негативные: злость, обиду, страх. Когда таких эмоций накапливается слишком много - он потребляет, и это помогает ему в ка-

кой-то мере освободиться от внутреннего напряжения.

Обычно после 3-х месяцев посещения группы АА\АН больные понимают, что одно только воздержание от потребления спиртного\наркотиков не помогает - надо изменять себя, эмоционально расти, обновляться. Ведь алкоголик\наркоман может проявлять зависимое поведение и мышление без капли спиртного во рту и без применения ПАВ. В таких случаях говорят о «сухом пьянстве\потреблении» - больной не потребляет, но говорит, думает, чувствует, реагирует так, как будто он продолжает потребление психоактивного вещества.

Цель программы «12 Шагов» - эмоциональная зрелость, достигаемая путем последовательной проработки отдельных «шагов» при помощи других членов сообщества. Только в тексте 1-го шага встречается слово «алкоголь\наркотик», говорится о том, что необходимо перестать бороться с собой и признать свое бессилие перед ПАВ, признать факт потери контроля над своей жизнью. Совершая этот Шаг, алкоголик\наркоман ломает свой механизм защиты и отрицания - это необходимое, но все же недостаточное условие для сохранения трезвости. Шаг 1 - это достаточно сложное утверждение. Сущность его - принятие ограничения в своих возможностях: в данном случае - это факт потери контроля над потреблением спиртного\наркотика. Принятие этого факта может происходить сразу, но можно рассматривать его становление как процесс, проходящий через ряд стадий:

Стадия 1: «У меня есть проблема с потреблением алкоголя\наркотика».

Стадия 2: «Алкоголь\наркотик постепенно делает мою жизнь все более трудной и порождает в ней все новые и новые проблемы».

Стадия 3: «Я потерял способность контролировать потребление алкоголя\наркотика, и единственной альтернативой, которая теперь имеет смысл, является прекращение его потребления».

Программа «12 Шагов» рассматривается как программа духовного роста, позволяющая больному зависимостью от ПАВ, благодаря духовным изменениям, происходящим по мере работы над Шагами, приобрести комфортную трезвую жизнь, когда для улучшения настроения или самочувствия нет необходимости использовать алкоголь или иные вещества, изменяющие психическое состояние. Почти все новые члены сообщества начинают духовное развитие с признания наличия «высшей силы», более могущественной, чем они сами (2 - 3 шаг программы АА). Такой силой может быть Бог, в любом его понимании или иное высшее начало, или сила единения группы. Это очень важно, так как вера в «высшую силу» помогает корригировать эгоцентрические устремления личности больного. Все без исключения алкоголики и наркоманы - эгоцен-

трики, проявляющие постоянное стремление контролировать не только прием алкоголя и наркотиков, но и всех окружающих. В основе обретения духовности лежит признание утраты такого контроля: «Это не я являюсь центром мира, не я повелитель Вселенной, я не контролирую весь мир». Для больного это что-то совершенно новое.

4 - 12 Шаги служат для дальнейшего духовного развития личности больного зависимостью. Цель этого процесса выражена в известной «молитве» АА\АН: «Боже дай мне разум и душевный покой принять то, что я не в силах изменить, мужество изменить то, что могу изменить и мудрость отличить одно от другого».

Программа «12 Шагов» делает ставку на активную работу над собой самого больного. Ставится только одно условие - искреннее желание прекратить потребление. Программа предполагает длительное и непрерывное участие больного в реабилитационном процессе.

Работая над преодолением зависимости в группах АА\АН, больные меняют не только стиль своего поведения, но и систему своих взглядов и убеждений. Изменения в сознании происходят после изменения форм поведения. В АА\АН по этому поводу существует фраза: «Принеси тело, голова придет позже». Член АА\АН имеет возможность освоить новые стереотипы поведения путем регулярной тренировки новых навыков. В таком обучении минимизированы познавательные элементы. Обретающий трезвость не столько думает, сколько делает, действует, так как мышление его еще остается зависимым. Наибольших результатов в данном случае можно достичь путем прямого копирования поведения других членов АА\АН, имеющих большой стаж трезвости, т.е. используется имитация как одна из основных форм обучения. В АА\АН существует рекомендация: «Хочешь стать таким же, как я - делай так же как я и оставайся трезвым». При этом новый член АА\АН использует трезвые паттерны поведения, но мыслит пока еще как больной. Такого новичка в АА\АН называют не трезвым, а «сухим\чистым».

«Идеология» программы «12 Шагов» отличается несколькими положениями:

— Алкоголизм\наркомания - хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом.

— Алкоголики\наркоманы навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя\наркотиков.

— Алкоголизм\наркомания воздействует на тело алкоголика\наркомана, его мышление, психологические особенности, способность адекватно социально функционировать и истинное восстановление требует восстановления каждой из этих сфер.

— Единственная имеющаяся возможность для алкоголика\наркомана нормально жить - это в течение всей жизни не употреблять алкоголь\наркотиков.

— Даже единственная рюмка спиртного или доза наркотика может вызывать у алкоголика и наркомана тягу и привести его к возобновлению цикла компульсивного потребления.

В связи с этим наилучшие шансы оставаться трезвыми, согласно программе АА\АН, имеют те больные алкоголизмом\наркоманией, которые:

- признают потерю возможности контролировать свое потребление ПАВ;
- начнут посещать собрания АА\АН.

Основой восстановления по этой программе являются следующие позиции:

- духовность - вера в роль более могущественной силы в восстановлении от зависимости, чем индивидуальная сила воли;
- активная работа по «12 Шагам» и посещение групп (первичная цель лечения);
- пациенты будут лучше восстанавливаться в том случае, если они будут использовать сообщество АА\АН и его ресурсы (группы, экстренная связь «телефонное право», наставничество), а не тогда, когда они будут надеяться только на помощь психотерапевта (консультанта) в поддержании трезвости;
- окончательная цель для больного заключается в том, чтобы сопротивляться принятию «первой рюмки\дозы» в течение одного дня (или часа) при возникновении тяги, что отражено в девизе «Живи одним днем».

Консультантам следует так же рассказывать пациентам об основных идеях, на которых основывается работа АА\АН:

- ни один из известных методов лечения не позволяет больному потреблять ПАВ без последствий;
- оставаться трезвым «только один день» - единственно возможный выбор для больного зависимостью;
- только собственной уверенности в себе не достаточно, чтобы поддерживать трезвость;
- для «излечения» необходима поддержка других «восстанавливающихся» больных зависимостью от ПАВ.

Группы АА\АН сегодня широко распространены во всем мире - в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность ее была исследована и выглядит так (для больных регулярно посещающих собрания АА):

30-40 % - не имеют срывов в процессе восстановления с момента прихода в программу;

30-40 % - имеют в процессе восстановления 2-4 срыва, после чего приходят к абсолютной трезвости (как правило, срывы бывают в первые 3 года);

20-30 % - продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний.

Группы АА и АН активно создаются в странах бывшего СССР (кроме некоторых государств Средней Азии). В России АА развивается достаточно быстро:

- в Москве сегодня действуют свыше 30 групп АА и 10 групп АН;
- в более чем 150 городах и населенных пунктах Российской Федерации функционируют группы сообщества.

Терапевтические механизмы групп АА\АН.

Программу «12 Шагов» Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов можно рассматривать как групповую психотерапевтическую методику лечения алкоголизма, наркомании, а также других видов аддиктивного и компульсивного поведения. Система организации работы сообщества, способ ведения групп, основные принципы личностного восстановления по программе АА\АН, сформулированные в «12 шагах» и «12 традициях», а также в лозунгах АА\АН, делают очень близкими различные классические психотерапевтические методики и эту программу.

У сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов есть несколько основных инструментов для помощи в выздоровлении членам сообщества:

- в первую очередь это регулярное посещение собраний АА\АН в течение всего периода восстановления;
- во-вторых, систематическое изучение и проработка «12 шагов», «12 традиций» и лозунгов сообщества;
- и, наконец, это работа со «спонсором» (наставником), - человеком, больше и успешнее работающим в программе.

Посещение групповых собраний - неотъемлемая часть процесса работы по программе АА\АН. Основной лозунг сообщества - «90 дней - 90 собраний»: новичку предлагается в течение трех месяцев ежедневно посещать группы Анонимных Алкоголиков\АН. Эта рекомендация имеет глубокий смысл: именно этот начальный период воздержания наиболее труден для больных алкоголизмом\наркоманией и опасен в плане возникновения и развития у них рецидива заболевания. В этот сложный период больной зависимостью нуждается в наиболее интенсивной помощи

и поддержке на пути к выздоровлению. Кроме того, регулярное общение с другими членами АА\АН на этом этапе реализации программы позволяет химически зависимому человеку лучше разобраться в основных ее положениях, понять принципы, регулирующие деятельность сообщества, и главное - чем именно оно помогает больному в процессе реабилитации.

Для групповых собраний АА\АН характерны те же терапевтические преимущества, что и для любой формы групповой терапии, направленной, прежде всего на изменение поведенческих установок личности, а также ее внутреннего состояния. Основные характеристики группового процесса, отмеченные многими психотерапевтическими школами, достаточно наглядно можно наблюдать и в группах сообщества Анонимных Алкоголиков\АН. Сходство проявляется во многом, и в первую очередь необходимо отметить возможность получения членом группы «обратной связи» в процессе общения, поддержки от людей, имеющих такие же проблемы, как и у него. В любой группе ее участник имеет возможность уяснить для себя и воспринять ценности и потребности других людей, что наиболее показательно в системе АА\АН. На собраниях («митингах») участник группы АА\АН чувствует принятие его другими, доверие к себе, получает необходимую помощь и учится принимать окружающих такими, какие они есть. Адекватные реакции других на конкретного человека в группе могут значительно облегчить разрешение его конфликтов с людьми вне группы. На занятиях человек в состоянии найти ответы на многие вопросы относительно тех проблем, которые возникают у него в общении с окружающими его людьми, имеет возможность научиться новым навыкам, опробовать новые стили поведения среди равных ему партнеров. Именно эти возможности дают чувство психологической комфортности и покоя. Слушая рассказы других участников группы, больные могут узнавать себя в других и видеть «со стороны» свои проблемы и использовать этот опыт для определения (идентификации) и оценки своих чувств и форм поведения. Группа может значительно облегчить процесс самоисследования, предоставить человеку необходимое внимание, участие и принятие в ходе раскрытия своей личности.

Существует ряд общих принципов, характерных для психокоррекционных групп, которые выделил Lakin:

1. Облегчение выражения эмоций.
2. Появление чувства принадлежности к группе.
3. Возможность, а иногда и обязательность самораскрытия.
4. Опробование новых видов поведения, как в группе, так и вне ее.
5. Разрешенное групповое осуществление межличностных сравнений

или выражение своего мнения по любым вопросам и проблемам, решаемым на группе.

6. Разделение с назначенным лидером ответственности за руководство группой.

Все эти принципы в полной мере характерны для групповых собраний сообщества Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов и иных сообществ, работающих по системе «12 Шагов».

Большинство специалистов по групповой терапии склоняются к тому, что наибольшая эффективность работы в группах достигается при объединении людей схожих по наличию близких, одинаковых проблем, так как включение в группу лиц с различными проблемами почти неизбежно вызывает напряженность и конфронтацию. Это положение вполне ясно объясняет невозможность и неэффективность работы с больными алкоголизмом\наркоманией в смешанных лечебных группах. АА\НА сильно тем, что объединяет людей с одной общей проблемой - химической зависимостью, что помогает в обеспечении сплоченности группы, взаимопонимания ее членов, объединение вокруг общей проблемы избавления от зависимости. Однако есть и еще одно преимущество, связанное с объединением в группах АА\АН людей, имеющих разные типы характера и реагирования. Эта особенность часто помогает таким группам принимать наиболее конструктивные решения, приобретать разнообразный опыт решения тех или иных проблем. Необходимо указать, что велика опасность того, что в замкнутых, «слишком сплоченных» группах возможно принятие решений, связанных с чрезмерным оптимизмом или наивностью ее лидеров, что часто оказывает разрушительное воздействие на ожидаемый терапевтический эффект. Сообщество АА\АН избегает этой ситуации тем, что любой его член может посещать те или иные АА\АН-группы по своему усмотрению, а порой это - обязательно рекомендуемое условие членства в АА\АН. Такой подход привносит разнообразие и разноплановость в работу отдельных групп сообщества.

Существенное значение имеет структура ведения собраний групп сообщества АА\АН и выбор их ведущих. Когда групповой процесс имеет хорошо структурированный план, то это снижает у участников тревожность, уменьшает их сопротивление воздействию группы и, таким образом, позволяет им наиболее полноценно сконцентрироваться на проблемах отдельной личности и общих целях группы, ускоряет преодоление нерешительности новичков и других трудностей начального организационного периода. Эта цель достигается жестким структурированием ведения заседаний групп АА\АН. Выделяются, например, «тематические» встречи: изучение отдельных шагов, лозунгов (девизов), традиций и т.д.

Интересный способ анализа группового процесса предложил Kelman. В плане социального развития членов группы решающими для достижения позитивного результата групповой терапии являются три процесса: податливость, идентификация и присвоение. Все эти процессы в полной мере характерны для групп сообщества АА\АН. В частности процесс податливости заключается в том, что новые члены сообщества «испытывают» новые способы поведения, получаемые в процессе работы на группах от более опытных в решении своих алкогольных\наркотических проблем людей. Идентификация проявляется в возможности каждого участника группы АА\АН встать на позицию руководителя группы - это закреплено правилом, согласно которому любой член сообщества может и должен быть ведущим или «спикером» на собрании; кроме того это же требование «прописано» в Двенадцатом шаге программы АА\АН. Присвоение - это процесс реализации полученных знаний и умений конкретным человеком в реальной жизни, - т.е. основное, для чего существует сообщества Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.

Yalom выделял десять лечебных факторов, характеризующих процесс групповой психотерапии:

1. Сплоченность.
2. Внушение надежды.
3. Обобщение.
4. Альтруизм.
5. Предоставление информации.
6. Множественный перенос.
7. Межличностное обучение.
8. Развитие межличностных умений.
9. Имитирующее поведение.
10. Катарсис.

Все эти факторы естественно характерны и для групп АА\АН. Вот соответствующие примеры:

1. Сплоченность способствует достижению успеха в процессе реабилитации в условиях группы, так как алкоголик в одиночестве практически не в состоянии справиться со своим заболеванием и, таким образом, нуждается в помощи себе подобных. Отсутствие сплоченности естественно приведет к распаду группы АА\АН и даже сообщества АА\АН в целом - вследствие чего значительно уменьшится терапевтический эффект даже в «выживших», но закрытых и «замкнутых на себя» группах. Сплоченность сообщества, как основной принцип существования АА\АН и «выздоровления» больных, оговорен в «12 традициях»

АА\АН, где основополагающей по этому поводу следует считать Первую Традицию: «Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АА\АН».

2. Внушение надежды - это закрепление веры в успешность выздоровления по системе АА\АН и надежды на достижение благополучия. Эти психологические факторы уже сами по себе оказывают психотерапевтическое воздействие, тем более, если они подкреплены живыми примерами в виде успешных членов сообщества, имеющих большие сроки трезвости и достигших благополучного существования в окружающем социуме. Как правило, эти люди говорят новичкам: «Хочешь быть таким же, как я - ходи на группы, работай по программе, как я, и все у тебя получится». Вера в успех - это очень важный фактор эффективности данной программы.

3. Обобщение. Многие больные зависимостью люди считают свои личные проблемы уникальными, но, приходя в группу, они узнают, что другие люди имеют похожие проблемы, также испытывают чувство неполноценности и межличностное отчуждение. Когда больной понимает, что он со своим несчастьем не уникален и не одинок, он оказывается в состоянии принять помощь от других людей - как внутри сообщества, так и вне него, что, несомненно, облегчает становление процесса восстановления. Кроме того, некоторые больные, определив у себя какие-либо трудности, «приносят» их для проработки в группе, а так же в процессе общения с другими членами группы находят у себя еще ряд проблем, мешающих реабилитации, но до прихода в группу «не определенных» и не осознававшихся.

4. Альтруизм - ощущение взаимной необходимости - как старожилы АА\АН, так и новички - оказывает эффективное терапевтическое действие. Не является секретом тот факт, что если в группу АА\АН не привлекаются новые, «свежие» алкоголики\наркоманы, то группа может быстро прекратить реальную активность, что, в свою очередь, может привести к учащению срывов даже у тех, кто имеет большие сроки трезвости. Поэтому альтруизм - это важный элемент взаимодействия членов АА\АН, без которого невозможно личное выздоровление.

5. Предоставление информации - это возможность и необходимость обмена членами групп АА\АН информацией относительно способов преодоления тех или иных проблем, существующих в жизни больного зависимостью, так как трудности большинства больных имеют большое сходство. Могут быть общими также способы «продвижения» по программе, приемы работы по отдельным «шкагам», «традициям» и «лозунгам», а также во многих других аспектах восстановления. Для подобного обмена

информацией определяются темы для обсуждения на группах, которые либо выбираются большинством участников «встречи», либо планируются заранее.

6. Множественный перенос. Те отношения, которые складываются между участниками группы АА\АН с течением времени начинают походить на такие же формы взаимодействия, которые человек использует в общении со своими близкими, т.е. в группе больной начинает проявлять те же паттерны поведения, что, и, например, в семье. Неконструктивные тенденции взаимодействия могут обнаружиться в том случае, когда химически зависимый человек испытывает излишнюю привязанность или проявляет агрессию по отношению к группе или отдельным ее членам. По мере прохождения определенных этапов восстановления по программе и работы в группе, эти тенденции подвергаются групповой и индивидуальной рациональной и реалистичной оценке, что приводит к более свободному, лишенному патологических стереотипов межличностному общению больного и окружающих его людей, как на собраниях групп, так и вне них.

7. Межличностное обучение. В группах АА\АН каждый их участник исследует испытываемые им как положительные, так и отрицательные эмоции, апробирует новые формы (способы) поведения среди «трезвых алкоголиков\чистых наркоманов», что в дальнейшем позволяет перенести ему многие из этих опробованных на группе действий и суждений на жизнь вне группы - для установления полноценных социальных связей с окружающими людьми. Без наличия подобного обучения посещение собраний АА\АН не приносило бы того результата, который дает эта программа, т.е. не достигалась бы полная адаптация больных зависимостью к жизни в существующем социуме, имеющем свои как положительные, так и отрицательные стороны.

8. Развитие межличностных умений. В процессе работы в группах АА\АН больные совершенствуют свое умение общаться. Человек, до прихода в группу с трудом выражавший свои мысли, в процессе группового общения научается говорить коротко, ясно, понятно и правильно расставлять смысловые акценты в своей речи. Несомненно, одним из факторов обеспечения подобного эффекта является, в первую очередь, наличие «обратной связи» в процессе общения в группах. Важную роль здесь так же играет необходимость соблюдения ритуалов представления самого больного и «проговаривание» (донесение) своих мыслей по теме, разбираемой на группе.

9. Имитирующее поведение. Некоторые больные, приходящие в общество не имеют навыков трезвого поведения. Для начала им предла-

гается «копировать», т.е. имитировать поведение успешно работающих по программе членов сообщества с целью получения конструктивного опыта трезвой жизни. Новичкам рекомендуется пользоваться лозунгами (девизами) - «формулами» программы в качестве готового способа преодоления сложных или неожиданно возникших ситуаций, способных стать причиной срыва. Постепенно они аккумулируют опыт многих людей, посещающих АА\АН, по преодолению тех или иных трудностей, у них появляется масса образцов поведения. В дальнейшем «выздоравливающий» оказывается в состоянии экспериментировать, самостоятельно используя весь имеющийся у себя арсенал проработанных на группах форм адекватного поведения, в повседневной жизни. Такая «технология» позволяет наиболее быстро добиться социальной реабилитации.

10. Катарсис. Проработка в группах «неприемлемой» потребности в алкоголизации\наркотизации, сосредоточение внимания на ранее не вскрытых не проанализированных эмоциях - таких, как чувство вины или враждебности, приводит к психологическому очищению, облегчению и освобождению, - это переживание испытывают многие члены АА\АН после окончания собраний. Кроме того, важно отметить особую пользу такого катарсиса в группе, проявляющуюся в усилении сплоченности группы (и сообщества АА\АН в целом) в результате интенсивного множественного межличностного взаимодействия в безопасном, принимающем, полном эмпатии окружении.

Таким образом, мы видим, что все перечисленные выше 10 факторов эффективного психотерапевтического воздействия характерны для программы реабилитации по системе «12 Шагов».

Групповая помощь является одним из лучших средств решения больным зависимостью человеком своих алкогольных\наркотических или других - личностных проблем на первых этапах становления трезвости. Группа помогает формировать ему адекватное самосознание, разрушать механизм самообмана, создавать новую самоидентификацию и подкреплять мотивацию его трезвости. Ведь основная часть программы «12 Шагов» направлена именно на такое распознавание самого себя больным зависимостью, и большинству зависимых этого оказывается вполне достаточно, чтобы выйти на достаточно высокий уровень самооценки.

Терапевтические механизмы программы «12 Шагов» и норм функционирования сообщества АА\АН «12 традиций»

Следующее, что важно разобрать с точки зрения психотерапевтической ценности и эффективности, - это теоретические принципы работы сообщества АА\АН - последовательные «12 Шагов». С нашей точки

зрения, объяснить действие программы на отдельно взятую личность достаточно затруднительно, т.к. те позитивные изменения, которые появляются у химически зависимого человека благодаря программе, характерны лишь для данной личности. Качественные изменения психики человека, страдающего зависимостью, находятся в тесной связи с его индивидуальными особенностями. Наши возможности в данном контексте позволяют лишь дать рациональные объяснения Шагам программы на основании тех теоретических посылов, которые используются некоторыми психотерапевтическими школами, имеющими достаточно структурированную теорию развития личности в процессе психотерапевтического воздействия.

С точки зрения бихевиоральной терапии, Т-групп (групп тренинга) и групп встреч программу «12 шагов» можно разделить на два больших этапа:

Первый этап включает в себя шаги с первого по восьмой. Их задача - обучение зависимого человека адекватному социальному взаимодействию среди людей с такими же, как и у него, проблемами, но ведущих трезвый образ жизни. Подобное обучение возможно лишь при неразрывном контакте с группой Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов.

Второй этап охватывает шаги с девятого по двенадцатый. На этой стадии человек выносит знания и умения, полученные в группе, для налаживания и совершенствования функционирования в окружающем социуме, среди людей, не страдающих химической зависимостью. Таким образом мы видим, что сообщество АА\АН полностью отвечает основному понятию Т-терапии: группа, как обучающая лаборатория.

Особый интерес может вызвать рассмотрение программы «12 шагов» с точки зрения основных динамических понятий Гештальт-терапии. С точки зрения понятия «фигура и фон», используемого в гештальт-терапии как основного, можно также разбить изменение личности больного в процессе проработки программы АА\АН на несколько этапов:

— Первый шаг дает человеку возможность осознать имеющиеся у него проблемы, что аналогично нахождению границ между характеристиками собственной личности и окружением.

— Работа по шагам со второго по восьмой предполагает изучение имеющихся особенностей собственной личности внутри очерченных ранее границ Я.

— Проработка девятого - одиннадцатого шагов подразумевает изучение особенностей окружающей реальности. На этом этапе человек имеет возможность построить новые конструктивные отношения с внешней

средой с учетом своего выздоравливающего Я.

— Двенадцатый шаг - зрелость. В конце реабилитационного процесса наступает «зрелость», когда человек в состоянии брать ответственность за свое поведение и функционирование и, соответственно, поддерживать свое собственное комфортное состояние (трезвость в том числе). Этот шаг подразумевает оказание помощи другим алкоголикам\наркоманам, которая осуществляется преимущественно для своего личного выздоровления без ожидания какой-либо конструктивной ответной реакции с их стороны.

С точки зрения постулатов Э.Берна по структурному, транзактному и сценарному анализу программа «12 шагов» может быть рассмотрена с нескольких позиций. Удобнее объединить структурный и транзактный анализ для объяснения шагов, а работу над сценарием выделить отдельно.

Первый шаг - изучение социальных транзакций и «игр» личности и ее окружения с позиции Взрослого, эмоциональное принятие потери контроля над этим, а также потреблением алкоголя\наркотика, с позиции Ребенок.

2 - 3 шаг - поиск внешнего Родителя, способного принять личность человека со всеми недостатками и достоинствами и оказывать помощь в виде психологической поддержки на пути выздоровления. Контроль стандартных психологических реакций собственного внутреннего Родителя и постепенная замена их на более конструктивные реакции вновь найденного.

4 шаг - изучение с позиции Взрослого достоинств и недостатков своих внутренних состояний - Ребенок и Родитель.

5 - 8 шаги - работа по улучшению взаимодействия между внутренними составляющими личности человека - Родителя, Ребенка и Взрослого.

9 - 12 шаги - восстановление разрушенных и наработка новых социальных транзакций, для более эффективного функционирования личности.

Согласно работе по изменению сценария можно рассматривать программу «12 шагов» как плавный переход от сценария «неудачника» посредством преодоления родительских сценарных установок через сценарий «непобедителя» (трезвого, но не имеющего полноценного функционирования в социуме) до вполне успешного «победителя».

Часто авторами, описывающими программу Анонимных Алкоголиков\Наркоманов, упускается психотерапевтическое значение «12 традиций». На особое значение в этом плане традиций сообщества указывает в первую очередь само отношение к ним членов АА\АН. В частности, они в любой момент могут высказывать свое мнение о проделанных Шагах, говорить о личном опыте их прохождения, о своем собственном

пути в программе - и это воспринимается другими Анонимными Алкоголиками и Наркоманами совершенно спокойно. Но в случае попыток неадекватного толкования или изменения традиций сообщества большинство членов АА\АН жестко встает на их защиту. Столь непоколебимая позиция присутствует у людей лишь тогда, когда возникает угроза их собственному существованию. Традиции, в первую очередь, отстаивают единство сообщества Анонимных Алкоголиков и Наркоманов - как защиту и гарантию безопасности личности больного зависимостью человека, нацеленного на процесс выздоровления. Кроме того, подобная организация работы сообщества не позволяет ему стать тоталитарной сектой.

Терапевтические механизмы девизов (лозунгов) сообщества АА\АН

Особое внимание следует уделить психотерапевтической роли лозунгов АА\АН. Они являются своеобразным спасательным кругом для «выздоровливающего» человека в новых, трудных, непредвиденных ситуациях. С их помощью больной имеет возможность достаточно уверенно функционировать в окружающей среде в тот период, когда необходимые новые, трезвые способы поведения находятся на этапе формирования. Лозунг - это своего рода клише, направляющее мысли и действия «выздоровливающего» на адекватное решение возникающих проблем, ранее преодолевавшихся лишь с помощью алкоголя\наркотика. Наиболее важным представляется лозунг «Живи одним днем», который соответствует такому понятию многих психотерапевтических школ, как принцип «Здесь и Теперь». Эта «формула» направлена на то, чтобы весь процесс «выздоровления» проходил под знаком осознания действительности и сосредоточенности на настоящем. Конструктивное его использование позволяет больному не тратить энергию на переживание ошибок прошлого и беспокойство о будущем, а сосредоточиться на решении насущных, актуальных проблем. Кроме того, лозунги (девизы) Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов можно рассматривать как способ противодействия тем «сценарным» установкам, которые получены и закреплены больным зависимостью от ПАВ в процессе личностного «роста» и определяют его взгляды на способы существования в окружающем мире и взаимодействия с другими людьми. Тот же девиз «Живи одним днем» можно рассматривать как противодействие сценарной установке, часто наблюдаемой психотерапевтами в работе с алкоголиками и наркоманами, - «Не живи». Можно привести ряд некоторых наиболее распространенных поведенческих установок «в паре» с девизами АА\АН (по принципу «Установка - Девиз»): «Торопись» - «Не суетись» («Тише едешь, дальше будешь»), «Угоди всем» - «Говори то, что есть» («Ма-

ленькая неправда - это тоже ложь»), «Не чувствуй себя хорошо» - «Живи и давай жить другим» и т.д.

Основные лозунги АА\АН, которые чаще других используются на первых этапах восстановления, могут трактоваться в лечебной программе следующим образом:

— «Живи одним днем». Цель восстановления состоит в том, чтобы не выпить\употребить «первую рюмку», «первый стакан», «первую дозу» и оставаться трезвым в течение только одного этого текущего дня. Годовщины трезвости важны, но, в конечном счете, наиболее важно - потребляет ли больной сегодня, потреблял ли он вчера и будет ли потреблять завтра. Применение этого принципа в повседневной жизни вовсе не означает бездумное пренебрежение прошлым или неумение подготавливаться к будущему: скорее наоборот - зная свое прошлое, можно лучше осознавать и более глубоко чувствовать настоящее и через этот подход более эффективно формировать и планировать свое будущее.

— «Первым делом - главное». Если больной зависимостью не останется трезвым, ничто другое уже не будет иметь значения, так как он может закончить свой путь в больнице, в тюрьме или умереть раньше времени. Если не сконцентрироваться на восстановлении по программе «12 Шагов» и на поддержании трезвости, зависимость от ПАВ будет подрывать тело, разум, душу и ухудшать отношения больного с окружающими людьми. Хотя все люди, включая алкоголиков и наркоманов, имеют массу обязательств и проблем, первое, что важно для больного - поддержание собственной трезвости. Больной должен быть подготовлен к этому, должен уметь принимать любые трудные решения, необходимые для того, чтобы оставаться трезвым.

— «Тише едешь - дальше будешь», «Не суетись». Не все в текстах и установках АА\АН будет сразу необходимо для восстановления больному зависимостью. Этот лозунг говорит о постепенном продвижении в процессе восстановления. Когда больной пытается сразу сделать все, что рекомендуется в АА\АН, он может сорваться, т.к. часто оказывается не готовым сразу соответствовать всем требованиям к трезвому человеку. Только постепенно продвигаясь по программе, приобретая опыт трезвой жизни, человек, больной зависимостью, может все более комфортно себя чувствовать.

**Особенности работы социального работника (консультанта)
в стационарном отделении по лечению больных алкоголизмом
с интенсивной психотерапевтической и реабилитационной
программой, использующей методологию
сообщества Анонимных Алкоголиков\Наркоманов**

Для работы по ознакомлению пациентов с работой сообщества АА\АН и его программой в отделении используются специальные инструкторы-терапевты (консультанты, социальные работники). Чаще всего это «трезвые алкоголики\наркоманы», прошедшие специальную подготовку, имеющие многолетнюю ремиссию и сами выздоравливающие по программе «12 Шагов». У такого инструктора есть определенные преимущества: он обладает опытом преодоления собственного механизма отрицания, ему легче сломать стену вроде бы логичных «объяснений» алкоголизации или наркотизации пациента. Больной алкоголизмом или наркоманией с длительным сроком трезвости, прошедший курс специальной подготовки, может быть хорошим консультантом. Присутствие такого консультанта-алкоголика (наркомана) оправдывает себя в первичных программах лечения и на первых стадиях становления трезвости пациентов: ведь такой консультант уже имеет опыт прохождения таких же этапов во время собственного восстановления, ему знакомы чувства больного зависимостью человека, каждая его мысль. Он способен отождествлять себя с больным, а больной - себя с ним. Непотребляющий консультант алкоголик или наркоман может подсказать пациенту, что ему надо делать в той или иной ситуации, а что - нет. Последующая терапия, во время которой пациент касается глубин своего подсознания, своих скрытых мотивов и чувств, требует точного определения и понимания терапевтом своих собственных чувств и мотивов, убеждений и интересов, а затем - неустанного и очень пунктуального удаления негативных сторон этих сфер личности в динамике терапевтического процесса. Не подготовленный соответствующим образом консультант не обладает такими умениями, и в этот период его отождествление с пациентом может лишь помешать, так как собственные проблемы консультанта практически всегда накладываются на проблемы пациента, затрудняя тем самым процесс лечения.

Консультант (социальный работник), занимающийся лечением больных алкоголизмом и наркоманией не должен пытаться понять пациента с его точки зрения, а наоборот, должен отказаться принимать болезненную логику пациента. Ему необходимо быть всегда начеку, необходимо находить лазейки и несуразности в рассуждениях пациента, так как самообман алкоголика\наркомана, в конечном счете, не логичен, хотя по-

рой несет в себе даже философскую глубину. Терапевт-консультант должен хорошо знать суть алкоголизма и наркомании как болезни и понимать механизм потери контроля над потреблением психоактивного вещества для того, чтобы обратить основное внимание больного на зависимость, а не на другие его проблемы.

Основные цели, которые преследует в своей работе консультант (социальный работник) в рамках этой терапевтической модели, и задачи, которые необходимо решить для реализации этих целей, можно сформулировать следующим образом:

– Привлечение пациента к сознательной и регулярной работе по программе «12 Шагов» в рамках группового сообщества для достижения стойкой ремиссии.

– Основной акцент делается на стимулировании пациентов к посещению нескольких собраний групп АА\АН в период курса лечения, к чтению «Большой Книги» Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов и других изданий АА\АН, а также на разъяснении основных понятий и принципов работы сообщества АА\АН.

– В рамках программы каждое занятие консультантов посвящается определенной теме, выбранной пациентами или персоналом. В пределах темы, материал может быть рассмотрен в рамках специфичной ситуации конкретного пациента и так, чтобы представления пациента о зависимости и о проблемах восстановления стали цельными, системными и соответствовали «идеологии» АА\АН.

Давая пациентам рекомендации и задания для ориентации в программе АА\АН, консультанту следует предпочитать слово «предлагаю» слову «необходимо». Важно учитывать, что способов поддержания трезвости столько, сколько людей-членов АА\АН. Основное, что должен делать отдельный больной - всеми силами поддерживать трезвость. Для создания среди больных отделения духа АА\АН консультант обязан избегать указывать пациентам, что именно они должны делать. Традиция АА\АН гласит, что лучше беседовать со специфическим пациентом корректно, «более тонко», чем давить на него, в том числе обязательствами, которые приняты в других методах лечения. Желательно предлагать больному те или иные приемы и пути одоления болезни и изменения себя самого, чем принуждать к этому. Предложения, которые делает консультант больному, должны соответствовать тем рекомендациям, которые содержатся в литературе, одобренной сообществом.

Консультанту, работающему в лечебном центре необходимо быть знакомым с девизами и активно использовать их в терапии. Это помогает обеспечению вовлечения больных в АА\АН и дает пациентам опору на

пути преодоления сложных жизненных ситуаций. Чем лучше пациенты понимают смысл, стоящий за каждым лозунгом, тем успешней они будут применять их в повседневной жизни.

В связи с тем, что пациент находится на лечении достаточно ограниченное время (обычно 20-40 дней), а процесс его реабилитации длится всю жизнь, то в лечебной программе желательно сосредоточить терапевтические усилия на достижении понимания и принятия пациентом первых «Шагов» программы, помогающих больному зависимостью остаться трезвым достаточно длительное время. Этого эффекта вполне хватает для осознания пациентом необходимости в дальнейшем поддерживать свою трезвость с помощью сообщества АА\АН и программы «12 Шагов».

Непонимание пациентом основных понятий программы и нежелание работать по программе может быть следствием действия механизмов психологической защиты. Необходимо объяснить пациенту, что защитные механизмы - это термин, которым обычно объясняют наличие у людей трудностей в принятии определенных норм, условий, связанных с личным самоограничением. Корни различных видов психологической защиты заключаются в том, что принятие какого-либо ограничения является достаточно часто очень неприятным. Оно обижает, причиняет страдания, и, таким образом, для личности нормально с помощью отрицания защищать свое Я от душевной боли, от чувства беспокойства, гнева, стыда, печали, несоответствия общим стандартам или вины. Все эти эмоции обычно неприятны, тягостны для человека, и у любого может возникнуть желание избежать их. Принятие наличия у себя болезни - алкоголизма или наркомании, подобно принятию любого ограничения так же вызывает ответную защитную реакцию.

Наиболее часто можно наблюдать у пациентов следующие механизмы защиты и уходы от работы по программе «12 Шагов»:

- отказ видеть реальные факты;
- отказ исследовать свою личную историю развития болезни;
- отказ от поиска фактов, подтверждающих наличие у себя отрицательных последствий потребления ПАВ;
- отказ видеть очевидный рост индивидуальной толерантности;
- отказ от посещения встреч АА\АН;
- стремление к минимизации фактов: преуменьшаются отрицательные последствия пьянства\потребления, толерантность и т. д.;
- избегание («уход») от активной работы, что может проявляться в виде чрезмерной «сонливости» на занятиях, стремления к социальной изоляции или в виде элементов компульсивного (зависимого) поведения;

- стремление к преувеличению уровня или последствий использования алкоголя\ПАВ другими людьми, чтобы представить «нормальным» собственное потребление (отождествление себя с «нормой»);
- обвинение кого-либо или чего-либо в провоцировании выпивок\потребления или поиск аргументов для оправдания выпивки\потребления вместо принятия того факта, что ответственность за потребление ПАВ лежит на самом, потребляющем его, человеке;
- «совершение сделки»: попытка ограничивать себя, «управлять» потреблением, контролируя количество или тип используемого психоактивного вещества, или частоту его использования. Сделка - это тайная вера в то, что можно быть алкоголиком или наркоманом, который может научиться «благополучно» пить\потреблять и управлять своим потреблением ПАВ;
- рационализация: поиск и придумывание «хороших» причин для потребления ПАВ (обычно тех, которые вызывают сочувствие у окружающих) с целью оправдания своего злоупотребления\пьянства.

Консультанту, так же как и психологу, врачу наркологу или психотерапевту, необходимо уметь работать с пациентами над проявившимися у них защитными механизмами, которые они используют для неприятия факта своего бессилия перед алкоголем\наркотиком и ухода от необходимого отказа от приема алкоголя\наркотика, так как такая работа является необходимым условием для достижения лечебного эффекта. Однако такая работа должна осуществляться консультантами с использованием методологии и примеров, которые описаны в литературе сообщества АА\АН.

Обычно только после преодоления проявлений психологической защиты можно с достаточной эффективностью включать в структуру занятий некоторые другие элементы программы «12 Шагов».

Курс лечения можно считать успешным, если пациент ясно понимает главные цели сообщества АА\АН:

- избегать принятия первой рюмки\первой дозы;
- не думать о том, чтобы бросить пить\потреблять навсегда, сосредотачиваться на поддержании трезвости только в течение одного дня;
- АА\АН не надеется на достижение совершенства: «постоянный прогресс более важен, чем совершенство».

На основании вышесказанного можно выделить несколько главных целей терапевтического воздействия с использованием «философии» Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов, на которых акцентируют внимание пациентов консультанты программы:

- принятие пациентами того факта, что они страдают от хронической

и прогрессирующей болезни - алкоголизма или наркомании;

— принятие пациентами того факта, что они окончательно потеряли способность управлять и контролировать количество потребляемого ПАВ;

— принятие пациентами того факта, что нет никакого способа лечения от алкоголизма и наркомании, при котором можно научиться «пить\потреблять как все», а единственная возможность жить полноценной, содержательной жизнью - полный отказ от потребления психоактивных веществ;

— осознание пациентами того, что надежда на восстановление (стабильную трезвость) может реализоваться только через принятие факта необратимой потери контроля над потреблением алкоголя\наркотика и при наличии веры в то, что «сила, более могущественная, чем мы сами» может помочь личности, чья собственная сила воли была побеждена зависимостью;

— осознание пациентом того, что сообщество АА\АН помогло миллионам больных поддерживать трезвость и, что наилучшие возможности на успех у пациента возникнут, если он пойдет по пути АА\АН.

Ориентируясь на эти цели терапевтического воздействия, консультант может помочь пациенту достигнуть следующих результатов:

— понять точку зрения на алкоголизм\наркоманию как хроническое, прогрессивное и смертельное заболевание, которое не может быть излечено, но которое может быть «остановлено» на то время, пока человек, им страдающий, следует рекомендациям, основанным на опыте других больных;

— узнать принципы работы АА\АН: как найти группы, какие существуют виды групп, как работать со «спонсором» и т. д.;

— достигнуть понимания ключевых моментов концепции АА\АН, типа - необратимой потери контроля над алкоголем\наркотиком, значения и смысла многих из лозунгов АА\АН;

— научиться использовать приемы АА\АН в качестве ресурса поддержания трезвости.

Например, используемые примеры стратегии преодоления тяги и борьбы со срывами, предлагаемые в рамках лечебной программы консультантами или другими специалистами, должны быть адекватны рекомендациям АА\АН по этим проблемам:

- обращение к знакомым - членам АА\АН;
- посещение собрания;
- участие в социальных мероприятиях АА\АН;
- обращение к своему «спонсору»;

- обращение к экстренной связи АА\АН («телефонное право»);
- изменение стереотипов поведения;
- отвлекающее поведение;
- чтение «молитвы» АА\АН и ее разбор.

Консультантам необходимо уметь объяснять пациентам важность соблюдения правил работы сообщества АА\АН и принципов взаимодействия с более опытными в восстановлении его членами в рамках «спонсорства» для наиболее эффективного и безболезненного для психики больного восстановления от зависимости.

Консультантам отделения часто приходится помогать решать пациентам их проблемы, связанные с социальным функционированием больного зависимостью человека в послелечебный период:

- восстановление взаимоотношений в семье;
- восстановление отношений с сотрудниками или руководством на работе;
- поиск нового рабочего места;
- построение новых отношений с собутыльниками или лицами, провоцирующими или поощряющими потребление алкоголя\наркотиков;
- решение проблем, связанных с социальным обустройством жизни пациента и т.д.

Помощь консультантов в решении таких проблем пациента отделения не должна осуществляться напрямую, т.е. консультант не должен делать что-либо для нормализации жизни больного зависимостью самостоятельно. Консультант должен оказывать только лишь психологическую поддержку и консультативную помощь пациенту, для осуществления им самостоятельных действий по улучшению своей жизни. Если консультант (социальный работник) решит какую-либо проблему пациента без его непосредственного участия, т.е. за него самого, то, скорее всего, он спровоцирует у больного иждивенческие тенденции и тем самым лишит пациента возможности приобрести свой собственный опыт решения подобных проблем. Такая ситуация может значительно затруднить восстановление пациента от зависимости в будущем. Кроме того, консультанту желательно рассматривать специфические социальные проблемы пациента с точки зрения методологии сообщества, используя лозунги и поговорки программы, а так же литературу, рекомендованную Анонимными Алкоголиками\Наркоманами к чтению (библиотерапия).

Связь лечебной программы отделения с сообществом АА\АН.

Достаточно важной частью работы по ознакомлению пациентов отделения с работой сообщества АА\АН и самой программой «12 шагов» яв-

ляется их непосредственное участие в работе групп этих сообществ. Это достигается с помощью того, что пациенты в обязательном порядке, независимо от их желания, направляются на собрания групп АА\АН. Группы, на которые «принудительно» направляются пациенты отделения проходят либо на территории больницы в ее помещениях, либо размещаются в ближайших окрестностях больницы. Есть практика направления пациентов на группы, находящиеся в достаточном отдалении от больницы и рекомендуемые персоналом отделения как пример эффективно работающих групп АА\АН. Однако в таком случае учитывается желание пациентов, т.е. пациенты направляются на посещение таких групп только на основании написанного ими заявления. Добровольное (по заявлению) посещение групп АА\АН пациентами возможно только после месяца лечения в психотерапевтической программе отделения. Для посещения групп сообщества в программе выделены соответствующие дни недели:

- для обязательного посещения - среда, четверг;
- для добровольного - вторник, пятница;
- для пациентов, находящихся на дневном режиме лечения (ПДН - палата дневного наблюдения) - ежедневно, кроме выходных.

В обязательном порядке пациентов на собрания АА\АН сопровождают социальные работники отделения (консультанты), рекомендации которых позволяют лечащимся в отделении достаточно легко включиться в работу групп. Социальные работники так же сопровождают пациентов на всевозможные юбилейные встречи сообщества, например, годовщины создания Московского АА или отдельных групп. Доброжелательная атмосфера, царящая на таких собраниях, откровенные рассказы более опытных членов сообщества о своем заболевании и восстановлении от него с помощью программы «12 шагов» и посещения групп АА\АН, позволяют пациентам увидеть положительные результаты и поверить в эффективность данного метода восстановления от зависимости.

Какой-либо особой договоренности с группами Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов о направлении пациентов для ознакомления с их работой обычно не требуется. Но в процессе такого ознакомления с работой групп недостаточно подготовленные или не мотивированные на такое восстановление пациенты могут сорвать работу всей группы сообщества. Соответственно для недопущения таких результатов посещения пациентами собраний АА\АН сотрудниками отделения предпринимаются определенные действия:

- На группы сообщества направляются пациенты, находящиеся на лечении не менее 2-х недель, т.е. уже имеющие право на отпуска домой;
- Предварительно с некоторыми, в основном, небольшими группами

сообщества, на которые направляются пациенты из отделения, оговаривается определенное количество пациентов (новичков), присутствие которых не сорвет им групповую работу. Как правило, соотношение более опытных в восстановлении членов АА\АН к новичкам соответствует 2 (два) к 1 (одному), т.е. не более 30% впервые пришедших на группу пациентов;

— На одну группу направляется только один из ряда пациентов отделения, негативно или крайне скептически относящихся к программе АА\АН.

Все контакты с группами АА\АН осуществляются через социальных работников отделения (консультантов), так же являющихся членами сообщества Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов.

Следующим не менее важным способом взаимодействия с сообществом АА\АН является приглашение отдельных членов групп Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов, имеющих достаточно большие сроки трезвости и опыт работы по программе «12 шагов», для встреч с пациентами отделения. На таких встречах приглашенные члены сообщества рассказывают пациентам о том, как они пришли в сообщество, как принимали положения программы, как работали по программе, делали первые «Шаги», каких результатов добились по нормализации своей жизни с помощью методологии Анонимных Алкоголиков\Наркоманов. Пациенты в процессе беседы могут задать выступающему вопросы. Во время таких встреч пациенты начинают идентифицировать себя с пришедшим на выступление членом АА\АН («спикером») и, в связи с этим, получить дополнительную мотивацию на восстановление от зависимости, в том числе и по программе «12 шагов». Если на такую встречу приглашаются бывшие пациенты отделения, то настоящие пациенты программы могут с помощью той же идентификации с выступающим более адекватно определить свое отношение в лечению в психотерапевтической программе отделения, увидеть те положительные моменты предлагаемого им курса лечения, которые они может быть, еще не осознали.

Построенная таким образом связь с группами АА\АН привела отделение еще к одному способу взаимодействия - группы АА\АН или отдельные их члены рекомендуют сорвавшимся сокурсникам или своим знакомым, потребляющим ПАВ, пройти курс лечения по программе отделения.

Личностно-психологические и профессиональные характеристики консультантов (социальных работников) - членов сообществ АА/АН и АлАнон

Важным компонентом в организации полноценной и эффективной работы социальных работников отделения (консультантов) является их соответствие определенным профессиональным и личностно-психологическим характеристикам.

К некоторым профессиональным знаниям, необходимым социальным работникам для работы в отделениях подобного типа, можно отнести:

- Знание особенностей биологических, психологических и социальных нарушений у людей при развитии у них зависимости от психоактивных веществ;

- Знание особенностей этапных изменений у больных алкоголизмом или наркоманией во время восстановления их от зависимости;

- Знание особенностей и этапов развития срывов у больных зависимостью и способов их предотвращения;

- Знание особенностей и специфики различных методов (прежде всего психотерапевтических и социальнотерапевтических) лечения зависимости от ПАВ;

- Знание самой психотерапевтической программы отделения;

- Знание особенностей и нюансов работы всех сотрудников отделения;

- Знание программы сообщества Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов, включая «12 шагов», «12 традиций», литературу сообщества и т.д.

Несомненно, консультант (социальный работник) должен уметь применять все имеющиеся у него знания для работы с конкретным пациентом в его специфической ситуации.

Наиболее целесообразно использовать для социальной (консультативной) работы специалистов имеющих опыт собственного выздоровления (восстановления) от зависимости от психоактивных веществ в наркологических лечебных подразделениях, особенно в подразделениях использующих Миннесотскую модель лечения алкоголизма и наркомании. Опыт собственного восстановления с помощью программы «12 шагов» и иной методологии сообщества АА/АН, имеющийся у таких работников, помогает им наиболее полноценно и эффективно доносить принципы помощи, используемыми данным сообществом. Кроме того, имеющийся собственный опыт преодоления всех биологических, психологических и социальных проблем, возникающих в начальные этапы восстановления, помогает социальным работникам из числа членов групп самопомощи (АА/АН) достаточно легко распознать, похожие на такие же,

как у них проблемы, возникающие уже в процессе лечения у конкретных пациентов. Многие пациенты именно поэтому с большим доверием относятся к сотрудникам программы, имеющим собственный опыт восстановления от алкоголизма или наркомании. Однако, кроме наличия у таких работников достаточно больших сроков трезвости, их личностно-психологические характеристики должны отвечать определенным критериям, определенный набор которых необходим консультантам для работы в психотерапевтических и реабилитационных отделениях (подразделениях, программах):

- Срок трезвости не менее 4-х лет, что в определенной степени гарантирует эффективность для данного человека восстановления по программе «12 шагов» сообщества АА/АН;

- Проработанность психологических и социальных проблем, характерных для лиц больных зависимостью. Например:

- осознание и умение корректировать в процессе взаимодействия с окружающими людьми и пациентами:

1. проявления негативного и алкогольного (зависимого) мышления;
2. механизмов психологической защиты, применявшихся для оправдания своего деструктивного поведения;
3. манипулятивных форм взаимодействия, проявляющихся в общении с окружающими людьми;

- способность такого специалиста полноценно работать с собственными эмоциями и т.д.

Некоторой гарантией такой психосоциальной проработанности имеющих проблем у членов АА/АН является полноценное прохождение ими не менее 5-ти шагов из программы «12 шагов» сообщества.

Если социальный работник (консультант) из числа членов Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов не отвечает вышеприведенным критериям, то в процессе работы такого специалиста в команде других сотрудников психотерапевтической или реабилитационной программы (врачи наркологи, психотерапевты, психологи, другие консультанты) могут возникнуть следующие проблемы, способные нарушить эффективность лечебного процесса подразделения:

- Противопоставление себя и программы «12 шагов» другим специалистам, занятым в работе лечебной программы, в первую очередь, не являющимся больными зависимостью;

- Неконструктивная критика практически любых действий других специалистов отделения;

- Формирование такими работниками противостоящих друг другу группировок, как среди работников программы, так и среди пациентов;

– «Перетягивание» на себя внимания пациентов за счет «особого» к ним отношения, отличного от взаимоотношения между персоналом и пациентами, принятого в программе;

– Постоянные попытки внести неоправданные (необоснованные) изменения в психотерапевтический или реабилитационный процесс, которые, при более внимательном рассмотрении, как правило, направлены на деструктуризацию лечебной программы или дестабилизацию социальной структуры отделения;

– Попытки манипулировать другими сотрудниками отделения или пациентами (например, в системе «треугольника Карпмана»);

– Нежелание прислушиваться к рекомендациям от более опытных специалистов (особенно, если они не страдают зависимостью) по более эффективному выполнению рабочих обязанностей или по учету в работе личностных особенностей того или иного пациента и т.д.

Если консультант начинает приносить в лечебный коллектив выше-названные проблемы, часто им даже не осознаваемые, то его необходимо удалить из лечебного подразделения занимающегося психотерапией или реабилитацией, предложив ему вначале проработать собственные проблемы и полноценно заняться собственным восстановлением, а уже потом заниматься помощью другим больным зависимостью в рамках лечебной программы. Необходимо осознавать, что наибольший вред своими деструктивными действиями такой консультант нанесет, в первую очередь, своим пациентам.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В МАЛЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ.

В данном разделе будет более подробно рассмотрен один из компонентов описываемой лечебной программы - работа в малых психотерапевтических группах - методика, которая в применении к больным с зависимостью от ПАВ имеет ряд специфических черт. Знание этой специфики позволяет наиболее рационально и эффективно использовать это формируемое психотерапевтическое пространство.

Особенности построения психотерапевтического воздействия в малых психотерапевтических группах лечебной программы отделения

Для наиболее полного достижения лечебного эффекта у пациентов на сеансах групповой психотерапии в программе отделения психологами

(психотерапевтами) используется определенный способ организации работы малой психотерапевтической группы.

Есть существенное отличие организации работы малых групп в программах, использующих стандартную Миннесотскую модель лечения больных зависимостью, и той моделью организации подобной работы, которая применяется в психотерапевтической программе отделения. В обычной (стандартной) лечебной программе с Миннесотской моделью используется способ ведения малых групп, который называется социальное консультирование («групповая терапия» или консультирование группы пациентов консультантом). Социальное консультирование включает в себя разбор на занятиях группы тем, которые выбирает ведущий группу консультант, различные виды тренингов антиалкогольного\анта-наркотического поведения, выполнение письменных заданий, которые так же предлагает консультант, например, согласно разработанного в программе плана лечения пациентов, и т.д. При таком подходе достаточно сложно учитывать индивидуальные особенности личности больного зависимостью или неожиданные изменения в его психологическом состоянии во время прохождения им курса лечения. Соответственно, в результате такого лечения у больного зависимостью обычно остаются недостаточно проработанными в первую очередь его личностная система отрицания и патологические проявления механизмов психологической защиты. Пациенты, в результате, легко подстраиваются под подобный тип ведения группы, и, чаще всего, занимаются декларативностью в выполнении заданий и профанацией всего лечебного процесса, в основном, делая это, конечно, не осознанно. Иными словами, больные могут очень хорошо обсуждать проблемы связанные с потреблением психоактивных веществ, но совсем не видеть и не понимать, как эти проблемы касаются их лично. «Консультант сказал обсуждать эту тему, я ее и обсуждал, а меня эта тема не касается», - типичная фраза для участников такого группового процесса. Таким образом, вышеописанная система групповой работы достаточно часто создает ситуацию, когда пациенты имеют возможность переложить ответственность за свое собственное выздоровление на консультанта.

В программе психотерапевтического отделения учтены недостатки вышеназванного способа организации группового лечебного процесса и для организации лечебной работы в малых психотерапевтических группах используется, так называемый, психотерапевтический подход («групповая психотерапия») с определенной системой формирования и использования для психотерапевтического воздействия на пациента т.н. **групповой динамики**. Такой подход ориентирует психотерапевтические

усилия группового психотерапевта, в первую очередь, на организацию условий для конструктивного решения самими пациентами тех проблем, которые у них возникают в ходе выздоровления (лечения) и которые они **сами** же приносят для обсуждения на группу. Задача психотерапевта определить, насколько принесенная пациентами на группу тема им интересна, важна и насколько пациенты готовы к ее разработке. В процессе такого выяснения психотерапевт в состоянии работать с применяемыми пациентами группы механизмами психологической защиты, выводить («выкристаллизовывать») из разговоров пациентов на обсуждение всей группой тему, групповая проработка которой может помочь больным в их дальнейшем восстановлении и т.д. Важный терапевтический подход, который следует знать, учитывать, а так же и осуществлять в процессе работы ведущему на сеансах групповой психотерапии - это смысловой акцент в процессе разбора различных проблемных ситуаций в жизни пациентов группы на приоритете и первичности их болезни в возникновении этих ситуаций. Т.е. в своей работе групповой психотерапевт должен исходить из следующего положения: алкоголик/наркоман потребляет не из-за тех или иных причин или проблем, он потребляет потому, что болен, а причины или проблемы только используются им (или самим же больным специально создаются, выискиваются) для оправдания потребления алкоголя/наркотика.

Несомненно, достаточно хорошо структурирует работу и снижает излишний уровень напряжения в малых группах выполнение пациентами некоторых тренинговых или письменных заданий, в которых используются методики или специальным образом подобранные вопросы по формированию у больного зависимостью критики к собственному заболеванию (см. Приложения). Для ведущего группу психолога (психотерапевта) важно увидеть ситуацию, когда подключение этих технических средств в психотерапевтический групповой процесс будет наиболее своевременным и органичным. Такие ситуации создаются, как правило, тогда, когда пациенты не могут решить на группе тот или иной вопрос, вынесенный на обсуждение, или же им для этого просто не хватает времени, отведенного для проведения группы.

Кстати, подобная направленность в ведении групповой психотерапии лечебной программы отделения, по сути, немногим отличается от особенностей воздействия собраний сообществ АА/АН на больных зависимостью. Особенно минимальные различия наблюдаются между ними в плане максимального возложения ответственности за свое личное восстановление (выздоровление) на самого человека, страдающего зависимостью от психоактивных веществ. Кроме этого, и там и там требуется

для выздоровления активное самостоятельное использование пациентом тех средств, которые предлагаются ему непосредственно участниками группы или которые вырабатываются в результате обсуждения группой той или иной темы. Такое сходство, несомненно, так же помогает пациентам программы наиболее безболезненно адаптироваться к дальнейшей групповой работе в сообществах Анонимных Алкоголиков или Анонимных Наркоманов.

Особенности групповой динамики в условиях открытой психотерапевтической группы.

В лечебных подразделениях по лечению больных алкоголизмом и другими видами зависимости, использующих в своей работе психотерапевтические методики, а именно психотерапию в малых группах, наиболее целесообразно использовать групповую работу в так называемых открытых группах. Открытая группа, название, характеризующее особый порядок подключения вновь поступивших пациентов к групповому лечебному процессу. Пациенты при такой системе психотерапевтической работы включаются в группу по мере поступления их в лечебную программу, часто независимо от происходящих на данный момент в уже работающей группе динамических показателей. Главным преимуществом, работающих по открытой системе групп, является то, что введение вновь поступившего пациента в уже идущий групповой процесс с определенной стадией динамических изменений, позволяет больному более быстро пройти личностные фазы психологической реакции на психотерапевтическое вмешательство и начать в более короткие сроки соответствовать идущим на данный момент в группе этапным психологическим тенденциям. Например, в случае достижения у большинства пациентов малой группы положительно протекающего процесса изменения установок относительно принятия ими решения о восстановлении и дальнейшем лечении от зависимости, вновь подключившийся больной зависимостью максимально быстро достигнет такого же уровня психологической проработанности этих же проблем.

Психологам (психотерапевтам) для построения полноценной работы следует учитывать имеющиеся в открытых группах определенные особенности, которые характеризуются, прежде всего, следующими положениями:

— Требования к пациенту должны соответствовать той фазе, на которой находится он лично, а не группа. Знание этой особенности необходимо психотерапевту (психологу), ведущему группу, для того, что бы не превышать своих требований к участнику группы, который отстает по

своим динамическим показателям от большего числа других пациентов в силу того, что поступил на лечение позднее. Обычно несоответствие между требованиями к пациенту и его возможностями, которое допускает психотерапевт, может снизить психотерапевтическую результативность от групповой работы даже для всех участников группы;

- Границы протекающих фаз у всей группы размыты из-за наличия в ней подгрупп, находящихся одновременно на разных динамических этапах;

- Соответственно, необходимо умение эффективно работать одновременно с различными подгруппами пациентов, находящимися на разных этапах развития группы.

Наряду с этими можно выделить еще ряд особенностей, которые являются несомненным преимуществом открытых групп перед закрытыми:

- Нет необходимости активно формировать групповую работу на первых фазах динамики;

- Нет необходимости тратить достаточно много времени и энергии для продвижения пациентов по фазам развития группы.

Часто продвинутые в лечении участники группового процесса быстро подтягивают до своего уровня больных, отстающих от них по причине недостаточно длительного срока нахождения в программе;

- Нет малопродуктивных для психотерапевтической работы фаз развития группы - стагнации и распада;

- При равномерном поступлении пациентов в группу работа идет, обычно, на уровне 2 - 4 фазы групповой динамики.

Соответственно, вышеперечисленные особенности облегчают работу психолога (психотерапевта) и, одновременно, требуют от него более серьезной профессиональной подготовки, особенно в плане определения этапа личностных динамических показателей пациента, сформировавшихся в процессе психотерапии.

Следующий фактор, связан с преимуществом ведения психотерапии в открытых группах именно в рамках лечебной программы, использующей методологию сообщества АА/АН. Значительное влияние на снижение сопротивления и фрустрации у пациентов во время перехода их из лечебной программы непосредственно на реабилитацию в группы АА/АН наблюдается в связи с тем, что в данном сообществе присутствует тот же способ формирования групп, т.е. по принципу открытости.

Групповая динамика психотерапевтического процесса во время прохождения пациентами отделения психотерапии в условиях психотерапевтических групп

Основным лечебным инструментом в работе малой психотерапевтической группы является так называемая групповая динамика. Под этим термином подразумевается процесс многофункционального взаимодействия всех участников группы, включая психотерапевта. Оценивая групповую динамику, можно выяснить, носят ли отношения между участниками группы конструктивный характер, т.е. способны ли пациенты к совместному продуктивному решению групповых задач, или они носят деструктивный характер, когда в процессе взаимодействия во время групповых дискуссий они уклоняются от содержательного обсуждения той или иной темы и начинают демонстрировать различные формы психологической защиты с целью ухода от разрешения болезненных вопросов, касающихся, в первую очередь, их заболевания и выздоровления от него. В последнем случае поведение больных в ходе взаимодействия в группе может выглядеть как проявление активного сопротивления лечебному процессу.

Групповая динамика является главным объектом научного и психотерапевтического исследования врача психотерапевта или психолога. При анализе групповой динамики необходимо рассматривать все составляющие компоненты формирования лечебного процесса, происходящего в условиях малой группы, их особенности и изменения. К основным анализируемым составляющим групповой динамики относятся:

- Цели и задачи группы.
- Нормы группы.
- Структура группы, групповые роли.
- Групповая сплоченность.
- Групповое напряжение.
- Актуализация прежнего эмоционального опыта.
- Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы.
- Фазы развития психотерапевтической группы.
- Групповая дискуссия.

Рассмотрим более подробно эти компоненты составляющие групповую динамику.

Цели и задачи группы.

Больные зависимостью, часто приходят на лечение, преследуя какие-то свои цели и ставя перед собой и другими участниками группы какие-

то свои задачи, часто не имеющие ничего общего с процессом психотерапии и восстановления от зависимости. Если пациенты просто узнают от ведущего цели и задачи их группового лечения, а не определяют их в процессе групповой дискуссии сами, то они, скорее всего, приспособятся к этой ситуации и начнут достаточно быстро и формально соответствовать требованиям к работе больных на группе. Причем, этот процесс формального изменения поведения у больных зависимостью, может происходить без осознания ими необходимости и ценности этого компонента групповой динамики для их собственного лечения. Кроме того, пока у пациента не выявлены, не осознаны и не проработаны имеющиеся у него цели и задачи, с которыми он пришел в лечебную программу, вряд ли он сможет их корректировать или менять на более адекватные. Однако, на что желательно обратить внимание при разговоре о работе малых групп в такого плана психотерапевтических отделениях, так это на важность четкого понимания самим групповым терапевтом, и, следовательно, на необходимость полноценной реализации им через групповой процесс, целей психотерапевтического воздействия. Цели, в направлении которых следует строить терапевтическую работу в реабилитационных программах по лечению больных зависимостью, можно сформулировать следующим образом:

- адекватное понимание и осознание больными наличия у себя различных проявлений химической зависимости, как особой болезни;

- принятие пациентами того факта, что их дальнейшее нормальное функционирование возможно лишь при полном отказе от потребления ПАВ;

- формирование у пациентов способности эффективно и комфортно строить свою дальнейшую трезвую жизнь с учетом наличия у них хронического неизлечимого заболевания;

- понимание пациентами необходимости применения для своей дальнейшей социальной реабилитации той помощи, которую предлагают группы «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов», научение навыкам использования этих групп в качестве важнейшего социального ресурса для поддержания трезвости. Адекватное использование программы «12 Шагов» позволит пациентам в дальнейшем обучаться новым способам преодоления патологического влечения к алкоголю или наркотикам, опробовать новые формы поведения в различных ситуациях повышенного риска возврата к употреблению ПАВ.

Необходимо выделить некоторые задачи, которые может преследовать в подобной программе психотерапия в малых группах:

- обучение больных конструктивным коммуникативным навыкам;

- работа по преодолению сопротивления лечению, проявляющегося в виде отрицания, рационализации или других механизмов психологической защиты;
- работа над становлением мотивации к лечению и трезвости;
- помощь пациенту в формировании адекватного взгляда на свою личность, свои психологические и социальные реакции;
- подготовка пациента к навыкам общения в группах АА/АН для максимального использования их ресурсов в восстановлении и поддержании трезвого образа жизни.

Нормы группы

Без совместного обсуждения и согласования с пациентами правил или норм функционирования участников в психотерапевтическом групповом процессе, нельзя ожидать от них конструктивной активности непосредственно в самой групповой работе. Правила работы в малой психотерапевтической группе неспецифичны для наркологического контингента, они присутствуют на всех психотерапевтических группах. Основная цель таких правил создание на группе безопасных условий для реализации различных видов межличностного взаимодействия пациентов в рамках групповой динамики, условий взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты для полного и конструктивного раскрытия пациентами в процессе групповой психотерапии своих проблем и эмоциональных состояний. Обычно, правила группового взаимодействия формулируются совместно всеми участниками малой группы при рассмотрении и обсуждении ими разработанных работниками отделения рекомендаций по этому вопросу (см. Приложения). Как правило, после группового обсуждения они выглядят следующим образом:

1. Используйте в разговоре только первое лицо - «Я» для заявления своей позиции, своего мнения. Можно говорить: «Я думаю...», «Я чувствую...» и т.п. Нельзя говорить: «Он думает...», «Он чувствует...» - и т.п.

2. Слушайте внимательно каждого говорящего. Когда кто-то из членов группы говорит, его нужно слушать не перебивая. Нельзя комментировать слова других участников во время их речи. Если другой пациент хочет что-то сказать говорившему или прокомментировать его слова, то он должен спросить у него разрешение и только потом говорить.

3. Соблюдайте конфиденциальность. То, что происходит в группе, должно «внутри» нее и оставаться. Нельзя рассказывать кому-либо о жизни, мыслях, чувствах других участников группы. В том случае, если Вы почему-либо делаете это, то должны позаботиться о том, чтобы ни-

кто не мог опознать по Вашим словам конкретного человека.

4. Оставайтесь «здесь и сейчас». Это значит, что следует говорить о личных переживаниях в настоящий момент, о своих сегодняшних проблемах. Старайтесь свести до минимума воспоминания о прошлом и мечты о будущем.

5. Создавайте конструктивную обратную связь. Говорите не о человеке в целом, а о его поведении в конкретной ситуации. Говорите только о своих чувствах по поводу его поведения. Не давайте советов.

Следует учитывать, что негласно на группе могут появляться «антипсихотерапевтические» правила работы. Например: сокрытие чувств, отказ от сотрудничества с психотерапевтом, проговаривание только позитивных чувств и состояний, критика поведения других, ложь, уход от обсуждения актуальных тем и т.д. Задача группового терапевта - создавать условия, когда реализация пациентами таких правил на группе становится невозможной. Ведущий группу должен в процессе групповой психотерапии так же следить за исполнением принятых норм (правил) группы, отмечая и разбирая случаи их несоблюдения. Если пациенты регулярно нарушают ими же принятые правила группы, следует разобраться, что им не понятно в них или что не устраивает, или же выяснить и проработать причины сопротивления лечебному процессу, возникшего или имеющегося на группе. Уровнем измерения принятия пациентами группы групповых норм (правил) может быть то усилие, которое они прилагают для их сохранения и поддержки.

Соблюдение вышеназванных правил в применении к целям, технике и психотерапевтической позиции самого психотерапевта, практикующего групповую психотерапию в лечении больных с зависимостью от психоактивных веществ, позволит ему чувствовать себя уверенней при ведении этой работы, прогнозировать и избегать некоторых трудностей и не допускать серьезных ошибок в процессе данного способа лечения пациентов.

Структура группы, групповые роли.

Структура группы определяется формальным или неформальным распределением позиций и ролей в иерархии группы. От осознания собственной позиции тем или иным пациентом зависит та роль, которую он начинает выполнять на группе. Выделяется несколько типов ролей, наиболее характерных для психотерапевтических групп пациентов с зависимостью от ПАВ:

– **конструктивный лидер** - это человек, который импонирует группе, побуждает ее к активности, «составляет» программу конструктивной

групповой работы и направляет ее, демонстрирует открытую позицию и готовность к решению актуальных проблем. Одна из задач психотерапевта недирективными способами поддерживать деятельность такого пациента.

— **деструктивный лидер** - в зависимости от ситуации он может выполнять следующие роли: «противник», «оппозиционер», «монопольный оратор», «правдолюбец», «моралист» и др. Основная функция такого лидера сорвать психотерапевтический процесс или увести групповую дискуссию в сторону от решения проблем выздоровления. При умелом использовании психотерапевтом групповой динамики для организации конструктивного терапевтического процесса вся группа или отдельные ее члены, в зависимости от фаз развития группы, могут успешно противостоять деструктивным действиям такого лидера. Главное внимание психотерапевта должно быть направлено на конструктивное с привлечением других участников группы противодействие деструктивному лидеру и преодоление антитерапевтических тенденций, потенцируемых им в группе.

— **эксперт** - участник группы, имеющий специальные знания, навыки для решения той или иной возникшей в процессе обсуждения ситуации. В сложных случаях группа обычно обращается к нему. Как правило, это люди уже имеющие определенный опыт трезвой жизни или опыт работы по программе АА\АН. Однако очень часто их опыт недостаточно эффективен и группа быстро это выясняет. Например, пациенты, которые знакомы с программой Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов, практически всегда соотносят решение групповых проблем с постулатами сообщества. Однако их высказывания, несмотря на кажущуюся правильность и последовательность, чаще всего являются лишь декларацией (ширмой) наличия или решения тех или иных личных проблем. В случае отторжения группой неадекватного опыта решения проблемных ситуаций пациента, исполняющего роль эксперта, у него возникает выбор: либо уйти в неконструктивную по отношению к группе позицию, либо начать нарабатывать новый более адекватный опыт. При появлении на группе пациента активно исполняющего роль эксперта, ведущему группы необходимо нейтрализовать проявляемые им тенденции, особенно если есть подозрение, что высказывания такого больного всего лишь банальная декларация.

— **неактивный член группы** обычно пассивен относительно группового процесса и, как правило, ориентируется и поддерживает того или иного неформального лидера группы, в зависимости от фаз группового процесса (групповой динамики). При отсутствии на группе выраженного

деструктивного или конструктивного лидера, может возникнуть ситуация, когда роль деструктивного лидера начинает исполнять кто-либо из неактивных членов группы, провоцируя создание на группе ситуации, когда неактивность и отказ от групповой дискуссии становятся одобряемыми и другими участниками группы. Психологу (психотерапевту), ведущему группу, необходимо всеми доступными психотерапевтическими средствами (директивными и недирективными) побуждать такого пациента к проявлению своей личной позиции относительно тех событий, которые происходят на группе.

— **отстающий член группы** отстает от коллектива по причине неспособности включиться в психотерапевтический процесс из-за какого-либо отличия от других или страха. Достаточно часто недлительное время эту роль выполняет на открытой группе каждый вновь поступивший в нее пациент. Желательно групповому психотерапевту на первых для такого пациента занятиях не мешать его процессу включения в работу группы, а так же оказывать недирективную поддержку проявлениям его активности.

Нецелесообразно в лечебной (психотерапевтической, реабилитационной) программе вводить в психотерапевтическую группу с уже имеющимся активным деструктивным лидером нового пациента с психопатологическими или психологическими нарушениями, предположительно схожими с теми проявлениями, которые демонстрирует в процессе групповой терапии названный лидер. Если есть опасения введением нового члена группы усилить деструктивную позицию уже действующего отрицательного лидера, то желательно, по возможности, включать такого больного в другие группы, где уже преодолены деструктивные тенденции в поведении пациентов. В данном случае группа сама, без особого вмешательства специалиста, сможет конструктивно противостоять негативным воздействиям вновь поступившего пациента.

Встречаются еще многие роли, демонстрируемые пациентами во время функционирования на группе. Наиболее часто можно наблюдать роли: «жертва», «шут», «козел отпущения», «сотерапевт», «агрессор», «провокатор», «спаситель», «нытик», «защитник» и т.д. Если роль пациента в процессе групповой работы не меняется, то можно предположить, что эта роль является для него привычной в плане организации патологического самозащитного поведения. При возникновении такой ситуации групповому психотерапевту следует направить усилия на устранение в группе условий, поддерживающих монотонную ролевую позицию пациента.

Формальный лидер группы - психотерапевт. Его лидерские функции

формально определены правилами группы и его положением. Его основная обязанность - это поддержание условий безопасности личности больных во время их взаимодействия в рамках групповой психотерапии и направление работы группы в конструктивное русло. Выполнение такой задачи осуществляется посредством отслеживания нарушений групповых норм и правил пациентами и понуждения последних к их соблюдению. Если формальный лидер начинает вести борьбу в группе за ту или иную неформальную роль, например, положительного лидера или эксперта, **то он перестает выполнять функцию формального лидера**. Соответственно в таком случае невозможно говорить о продуктивной психотерапевтической групповой работе и групповой динамике. Обычно подобная ситуация возникает при недостаточной для работы с пациентами, страдающими зависимостью от психоактивных веществ, подготовке психотерапевта, как личностной, так и профессиональной.

Отношение с формальным лидером группы - психотерапевтом в разные фазы развития группы может быть различным и изменяющимся.

Групповая сплоченность

Этот термин означает привлекательность группы для пациентов, т.е. у них есть потребность участия в групповой работе и сотрудничестве с другими членами группы при решении общих задач. Групповая сплоченность является необходимым условием для эффективного психотерапевтического процесса в малой группе. В сплоченных группах пациенты наиболее способны к адекватному проявлению своих чувств, конструктивному обсуждению внутригрупповых конфликтов и проблем, преодолению возникающего в процессе развития групповой динамики напряжения. Групповая сплоченность может возникнуть при решении пациентами не только позитивных, но и деструктивных задач, например, обвинение психотерапевта в чем-либо и т.д., однако, такое деструктивное единство, называемое - псевдосплоченность, опытный психотерапевт достаточно легко может перевести в конструктивное русло.

Групповое напряжение

Групповое напряжение одно из обязательных условий групповой психотерапии. Возникновение его обычно связано с несовпадением собственных ожиданий, задач и целей пациентов с тем процессом, который реально происходит на группе. Напряжение от необходимости согласовывать свои устремления с желаниями, задачами и целями других членов группы или групповыми задачами и целями в целом обычно проявляется

у пациентов в агрессивности, разочаровании, злости, раздражении, неприятии, страхе или отчуждении. Напряжение в группе выполняет позитивную роль - побуждает членов группы к активным изменениям своей первичной роли или позиции относительно лечения и к взаимодействию с окружающими их другими пациентами группы и психотерапевтом (психологом), ведущим групповые занятия. Если психотерапевт пытается избежать возникновения напряжения на группе и успешно предпринимает для этого какие-либо действия, то можно предположить, что пациенты займут ригидную, комфортную для них позицию, и не обязательно, что эта позиция будет эффективной для их выздоровления (лечения).

Актуализация прежнего эмоционального опыта

Не имея разнообразного опыта преодоления тех или иных проблемных ситуаций, пациенты, с целью адаптации и приспособления к групповому взаимодействию, начинают применять тот опыт, который они использовали и ранее, в период активного потребления психоактивных веществ. Обычно этот опыт преимущественно состоит из наработанных манипулятивных взаимоотношений больного зависимостью с окружающими. Реализация таких взаимоотношений осуществляется посредством переноса (или навязывания) пациентом поведенческих стереотипов взаимодействия с ролевыми функциями лиц из своего ближайшего окружения (игра «Алкоголик» по Э. Берну или треугольник Карпмана: роли - преследователь, спаситель, жертва) во взаимоотношения с другими членами группы и с психотерапевтом. Как правило, эти виды неадекватного межличностного взаимодействия являются важным материалом для психотерапевтической работы на группе с больными зависимостью. Условия малой психотерапевтической группы позволяют достаточно быстро выявляться прежнему неконструктивному опыту взаимодействия с окружающими, имеющемуся у пациентов, и способствуют его постепенной замене на более конструктивные поведенческие паттерны социального поведения.

Формирование подгрупп и их влияние на функционирование группы

На малых группах больных зависимостью достаточно часто проявляется тенденция формирования в процессе их развития различных подгрупп. Подгруппы могут формироваться как по формальным признакам (возраст, пол, срок поступления, специфическая патология и т.д.), так и по индивидуальным личностным и психопатологическим проявлениям (уровень отрицания, агрессии к лечению и т.д.). Достаточно часто на от-

крытых группах формируются подгруппы более опытных в лечении пациентов, и только что поступивших в отделение больных. В процессе конфронтации таких подгрупп на групповой психотерапии наиболее быстро и эффективно может формироваться групповая динамика.

Фазы развития психотерапевтической группы

Любой социальный процесс, а не только малая психотерапевтическая группа, во время своего развития проходит несколько фаз. Относительно стадий развития психотерапевтической группы имеется много разных мнений и, соответственно, разные авторы называют разное их количество, но, как это не парадоксально звучит, все они говорят об одних и тех же процессах, которые вполне можно объединить в общую структуру.

Несмотря на то, что в отделении используется психотерапевтическая работа в открытых группах, все же достаточно четко прослеживается наличие в групповой динамике определенных фаз развития группы. Например, когда в группу поступает сравнительно большое количество новых пациентов, то именно с этого момента может начаться процесс формирования группового процесса, прежде всего, в подгруппе вновь поступивших больных. Другие подгруппы в открытой группе, находясь на иной, более высокой, фазе развития групповой динамики взаимодействуют с вновь образовавшимися подгруппами новичков, образуя специфику, характерную для развития динамики в открытых группах.

Проще и понятней говорить о стадиях (фазах) психотерапевтической групповой динамики в закрытых группах. В этой системе групповой работы все пациенты находятся на одной стадии или фазе и соответственно работа психолога (психотерапевта) ориентирована на имеющуюся в настоящий момент на группе фазу. Соответственно, диагностика фаз значительно легче и не требует от психотерапевта (психолога) особых усилий. Усилия психотерапевта требуются для продвижения всей массы группы по стадиям.

В открытой группе диагностика фазы группы осуществляется по основной массе пациентов и, психологу (психотерапевту) имеет смысл работать на том уровне, на котором находятся большинство участников группы.

Однако знание фаз развития закрытой группы позволяет психотерапевту наиболее полноценно формировать психотерапевтический процесс, даже в открытой группе, с имеющимися у нее спецификой и особенностями, например, при работе с подгруппами, сформировавшимися в рамках группы по принципу сроков поступления пациентов.

Можно выделить следующие стадии развития группы:

– Первая стадия - формирование, образование группы.

Эта стадия начинается для каждого пациента в отдельности с момента поступления его в лечебную программу и с началом группового психотерапевтического процесса. Фаза характеризуется определенным уровнем напряжения, которое возникает у больного из-за неизвестности того, что ожидает его в процессе лечения.

Пациенты именно на этой стадии пытаются реализовать имеющиеся у них цели и ожидания от лечения. Соответственно, на этой стадии, происходит выяснение истинных целей пребывания пациентов в лечебной программе. Как правило, их цель отражается в пассивно-потребительском отношении к лечению, т.е. они не хотят брать на себя ответственность за свое выздоровление. Ожидания вновь поступивших пациентов могут быть связаны с преувеличением ими эффективности фармакотерапии или же, наоборот, с мнением об абсолютной неэффективности любого метода лечения зависимости от ПАВ. Обычно в этот же период выясняется, что пациенты не имеют каких-либо адекватных представлений о психотерапии вообще и о психотерапевтических методиках, применяемых в отделении, в том числе, и групповой психотерапии, в частности.

В этот период больные говорят на группе либо о симптомах и тяжести течения своего заболевания, либо о том, что они абсолютно здоровы, либо пытаются обсуждать малосущественные, не относящиеся к лечению и заболеванию проблемы. Пациенты ожидают со стороны психотерапевта или психолога, ведущего группу, активных действий, а так же множества различных рекомендаций и советов.

Однако несоответствие поведения психотерапевта и получаемых результатов от групповой психотерапии ожиданиям пациентов вызывает у них тревогу и напряжение.

После выяснения несоответствия между целями и ожиданиями пациентов и возможностями группы у больных начинает расти внутреннее напряжение, которое они могут убрать двумя основными способами: либо менять свои цели, либо покинуть лечение.

В эту фазу в группе могут возникать тенденции к **псевдосплоченности** пациентов.

Обычно, групповые дискуссии, характеризующие псевдосплоченность, могут пойти по следующим направлениям:

а) Выделение и концентрация внимания на объективных причинах своего потребления. Рассказы пациентов в рамках группового знакомства, направлены на «трагедизацию» своей жизни, приведшей их к зло-

употреблению ПАВ. Слышны обвинения в отношении своего близкого окружения или даже всего общества, особенно утрированно подчеркивается «объективность» причин, оправдывающих пьянство\потребление. В этот момент может возникнуть объединение пациентов вокруг групповой «уникальности» страданий и проблем у больных зависимостью, попавших именно в эту группу. В групповом процессе преобладают такие механизмы психологической защиты, как рационализация и интеллектуализация.

б) Объяснение и выявление наличия у себя «здоровых» («положительных») признаков алкоголизма\наркомании. Часто группа, безрезультатно добиваясь у психотерапевта подтверждения научной обоснованности отсутствия у них зависимости от ПАВ, однако, при наличии ее симптоматики и характерных проблем, начинает спланировать выработку самостоятельной псевдонаучной теории возникновения проблем, характерных для больных алкоголизмом\зависимостью, но возникших у не алкоголиков или не страдающих зависимостью лиц. Порой это приводит к созданию особой псевдонаучной терминологии, например: «острая непроходимость мимо бутылки», «хроническая непроходимость мимо бутылки» и т.д. Механизмы защиты, демонстрируемые на группе - отрицание, рационализация и минимизация.

в) Нахождение «козла отпущения» и концентрация всего внимания группы именно на нем.

Нахождение «козла отпущения» внутри группы так же формирует псевдосплоченность пациентов на сеансах групповой психотерапии. Чаще всего - эту роль выполняет пациент, который чем-либо отличается от других пациентов, например, своим негативным отношением к данной психотерапевтической методике или не желающий поддерживать возникающие групповые дискуссии, активно или пассивно противопоставляющий себя группе. Такая псевдосплоченность характеризуется тем, что найденный «козел отпущения» подвергается неконструктивной критике со стороны большинства участников группы (псевдоконфронтация).

Обычно, если групповые дискуссии пошли по пути псевдосплоченности, все дискуссии заканчиваются обменом советами, которые все пациенты уже неоднократно слышали от своих близких. Известная им уже раньше бесполезность подобных советов и, соответственно, выявленная в процессе групповой психотерапии, бесполезность такого своего поведения на группе приводит пациентов к разочарованию от подобной личностной позиции и пониманию ее непродуктивности. Задача психотерапевта в такой ситуации выявить и вскрыть подлинный смысл происходящего: конфликтность, непродуктивность и защитный характер ситу-

ации. При умелом воздействии психотерапевт может перевести ситуацию псевдосплоченности на другой уровень (фазу) внутригруппового взаимодействия наиболее близко приближенную к групповой сплоченности. Однако в любом случае даже конструктивный выход из такой ситуации приведет к новому повышению напряженности в связи с осознанием участниками группы непродуктивности сложившейся ситуации и собственной неспособности эффективно ее разрешить.

— Вторая стадия - это фаза агрессии, бунта.

На этой стадии уровень конфликта на группе достигает максимальной величины, и требуются способы по разрядке запредельного напряжения. Это приводит пациентов к переходу от пассивных действий к более активным. Скопившаяся агрессия и разочарование от безрезультативности лечения требует разрядки и рано или поздно агрессия начинает выражаться. Обычно она проявляется в агрессии к психотерапевту. Агрессия к психотерапевту может выражаться в скрытых или явных претензиях к психотерапевту. Он может восприниматься, как «непрофессионал» либо безразличный человек, который не желает помогать группе «выздоровливать». Если группа в силу того, что рассматривает психотерапевта, как «формально лидирующее лицо, не подвергающееся критике», то она может выбрать для выражения агрессии кого-либо из членов группы («козел отпущения») или сам метод лечения, как правило, это либо методика АА\АН - «12 шагов», либо групповая психотерапия, но без соотнесения их с личностью психотерапевта. Психотерапевту в этот период следует потенцировать группу к открытому выражению чувств, а так же к обсуждению ситуации в группе, выяснять, что пациенты ожидают, и какой хотят получить результат от действий психотерапевта и от своей собственной работы на группе. Выйти из этой ситуации возможно только при открытой конфронтации пациентов группы с психотерапевтом. В группе, прошедшей период псевдосплоченности, выражение чувств к психотерапевту происходит наиболее интенсивно и свободно. Однако грубой, прямой конфронтации следует не допускать, особенно с больными наркоманиями, т.к. она может оказаться особенно травматичной для отдельных пациентов, неспособных справиться с высоким уровнем напряжения и тревоги. Если психотерапевт занимает позицию внимательного, доброжелательного специалиста, то уровень конфронтации можно значительно снизить или же, в отдельных случаях, даже избежать ее, особенно в условиях открытой системы формирования группы в период планомерного поступления в нее пациентов. Однако такая позиция психотерапевта по отношению к пациентам не может директивно приноситься им на группу, она может формироваться только в процессе

развития групповой динамики. Как бы себя правильно не вел терапевт, его поведение все равно будет не совпадать с ожиданиями и желаниями пациентов. Если психотерапевт будет избегать этой стадии и игнорировать возникшую ситуацию, то это приведет к значительному снижению психотерапевтического эффекта и искажению всего группового процесса. Нежелательно для психотерапевта переводить агрессию пациентов с себя на группового «козла отпущения», т.к. конфронтация с психотерапевтом более конструктивно сказывается на развитии группы. Прежде всего, конструктивное воздействие данной позиции психотерапевта на развитие групповой динамики возникает из-за меньшей травматичности ее для отдельных пациентов, а так же в связи с получением ими от ведущего группы позитивного опыта по выходу из конфликтных ситуаций и разрешению (проработки), возникающего в межличностном общении, напряжения. Кроме этого, подобная позиция психотерапевта (психолога) позволяет преодолеть агрессивность в группе в более короткие сроки и с более конструктивным результатом. В результате все это приводит к более быстрой выработке и принятию больными групповых норм. Стадию агрессии можно считать завершенной, если группа становится в состоянии открыто выражать свои чувства, как позитивные, так и негативные, в том числе, и к ведущему группы.

На этой же фазе в группе происходит борьба за распределение ролей и формирование групповой иерархии.

Групповое напряжение в этой фазе должно быть уже полностью подконтрольным психотерапевту.

Некоторые специалисты считают агрессию на группе неестественной и не видят смысла с ней работать. Скорее всего, это идет от неумения психотерапевта (психолога) конструктивно справляться именно с агрессией группы. Следует отметить, что такая позиция ведущего группы может быть обусловлена, имеющимися у него, личными страхами относительно открыто выражаемой к нему агрессивности, что часто объясняется склонностью терапевта к образованию в процессе работы контрпереноса на пациентов. Попытки избежать психотерапевтом (психологом) этой стадии приводит к потере терапевтического альянса и снижению эффективности от групповой работы.

— На третьей стадии - фазе развития сотрудничества - пациенты начинают опробовать новые способы взаимодействия, направленные на решение актуальных проблем.

Они становятся активными, самостоятельными в своих суждениях. В этот же период формируется групповая сплоченность со всеми ее характеристиками, формируется процесс структурирования группы, полно-

стью становятся понятными для участников ее нормы, цели и задачи.

Для ведущего группы важно не «спугнуть» начинающиеся попытки конструктивного взаимодействия. В отличие от двух предыдущих стадий эта фаза характеризуется снижением активности психотерапевта. Это позволяет участникам группового процесса выработать собственную ответственность за процесс своего выздоровления.

— Четвертая стадия - это фаза активно и конструктивно работающей группы. В это время пациенты принимают ответственные решения и применяют полученный на группе опыт в межличностном общении, как внутри отделения, так и вне его. Позиция психотерапевта - минимальная активность и недирективная поддержка конструктивных тенденций на группе, а так же помощь в раскрытии актуализированных проблемных тем.

— Пятая стадия - стагнация. На ней происходит замедление, затухание конструктивной активности. Больше используется старый опыт, чем нарабатывается новый. Роль психотерапевта - не пытаться искусственно продлевать заканчивающуюся работу.

— Шестая стадия - распад группы и завершение ее работы.

Две последние фазы отсутствуют на открытых группах.

Групповая дискуссия

Групповая дискуссия является основной, опорной формой групповой психотерапии больных зависимостью. По отношению к ней другие методы и психотерапевтические техники являются вспомогательными. Групповая дискуссия направлена в основном на реализацию собственно психотерапевтической функции, в то же время, вспомогательные методы способствуют индивидуализации лечения в плане облегчения диагностики и проработки проблем пациента. Основные принципы ведения групповой дискуссии пациентами обычно определены в правилах группового взаимодействия. К основным типам лечебного воздействия со стороны психотерапевта в групповой психотерапевтической работе (дискуссии) с пациентами группы, относятся: опрос, спецификация, конфронтация, иллюстрация, кристаллизация, обратная связь от терапевта.

1. ОПРОС. Терапевт использует опрос в первую очередь для того, чтобы определить наиболее важные с клинической точки зрения моменты для дальнейшей психотерапевтической работы. Нельзя назвать опрос исключительно активностью специалиста: точные вопросы активизируют также мыслительную деятельность пациентов и показывают им, в каком направлении намерен действовать терапевт. При опросе предпочтительно задавать простые вопросы, не выходящие за рамки обсуждения динамики и картины заболевания и не угрожающие другим членам груп-

пы, т.е. не ущемляющие их самолюбие.

Рекомендуется начинать опрос пациента, когда есть уверенность, что он готов с достаточной долей искренности отвечать на вопросы. Не целесообразно использовать данный тип воздействия, если пациент находится под влиянием какого-либо сильного эмоционального переживания.

Главное в ходе опроса - не стремиться собрать больше информации, чем это необходимо для реализации конкретной ближайшей лечебной цели, так как давление в этом плане может повысить тревожность пациента и уменьшить его доверие к группе и специалисту. Вполне разумно подключать к опросу других членов группы, предоставляя им возможность задавать друг другу вопросы.

2. СПЕЦИФИКАЦИЯ - это некое заявление психотерапевта, в котором он делает акцент на определенной информации, предоставленной пациентом. Оно может иметь форму резюме относительно высказываний отдельного больного и начинаться словами: «Правильно ли я Вас понял, что...». Цель спецификации - выделить и зафиксировать на вербальном уровне значимую информацию, подаваемую пациентом, чтобы в дальнейшем можно было использовать ее в процессе психотерапевтического воздействия.

Желательно применять спецификацию, когда есть основания предполагать, что спустя некоторое время пациент будет отрицать какие-то свои высказывания или использовать другие защитные или манипулятивные механизмы, а также при обязательном условии, что отношения среди пациентов в терапевтической группе достаточно доверительные. В том случае, если взаимное доверие в группе еще не сформировано, использование спецификации может вызвать негативные реакции у отдельных пациентов, что затруднит дальнейшую групповую психотерапевтическую работу.

3. КОНФРОНТАЦИЯ. Для создания ситуации конфронтации терапевт обращается к ранее полученной от пациента и обязательно специфицированной информации, чтобы выявить признаки непоследовательности и противоречий в словах пациента. Этот технический прием используется в тех случаях, когда необходимо изменить неконструктивный настрой конкретного пациента и направить его активность на адекватное решение актуальной проблемной ситуации. Обычным показателем достигнутого терапевтического эффекта здесь является задумчивое молчание больного или его, пришедший вместе с инсайтом, смех. Задумчивое молчание является не лучшим исходом для используемого в терапевтических целях приема конфронтации, так как пациент может вернуться в исходную неадекватную позицию и ответить еще более глубоким сопро-

тивлением. Это означает, что конфронтация была использована не вовремя или неудачно. В противовес этому «инсайтный» смех позволяет пациенту снять напряжение, возникающее из-за непоследовательности и противоречивости в его мышлении. Такой исход свидетельствует о терапевтическом успехе. Применение приема конфронтации рекомендуется в тех случаях, когда пациент не хочет (или не может) «отследить» собственные противоречивые высказывания. Если конфронтация используется терапевтом таким образом, что создается впечатление, что он прибегает к этому приему для того, чтобы представить себя более «сообразительным», чем пациенты, то такая ситуация обычно перерастает в неконструктивный конфликт ведущего и участников группы, который может свести к нулю весь ранее полученный позитивный терапевтический эффект.

4. ИЛЛЮСТРАЦИЯ. Как правило, это короткая история, аналогия, сравнение, анекдот или случай из личного психотерапевтического (клинического) опыта группового терапевта. Хорошо использовать в качестве иллюстрации так называемую психологическую метафору. Такая иллюстрация преимущественно следует за успешно проведенной конфронтацией - с целью ее усиления и одновременно смягчения возможных нежелательных последствий. Метафоры, используемые в качестве иллюстрации, желательно должны быть юмористическими или, по крайней мере, достаточно яркими, живыми. Кроме того, они должны высказываться простыми быденными словами, понятными даже ребенку. Подтверждением того, что метафора применена успешно, будет, например, общий смех всех членов группы. Если же иллюстрация оказалась несвоевременной или была неудачно выбрана, то она повлечет за собой, в лучшем случае, непонимание пациентами действий терапевта, а в худшем - чью-либо обиду и, как следствие, нарушение необходимого в групповой работе психотерапевтического альянса.

5. КРИСТАЛЛИЗАЦИЯ. Используется терапевтом для того, чтобы из общего спонтанного разговора, из высказываний одного или нескольких членов группы выделить проблемную тему, непосредственно касающуюся заболевания и важную для дальнейшей психотерапевтической работы. Этот тип воздействия используется лишь тогда, когда уже образован терапевтический альянс и группа готова к конструктивной работе, но необходимую на данном этапе тематику группового обсуждения пациенты самостоятельно выявить не могут. Нет смысла применять прием кристаллизации, когда на вербальном и невербальном уровне пациенты начинают проявлять сопротивление, уходят в активную защиту или когда групповой процесс еще не окончательно сформирован (находится на

начальной стадии динамического развития). «Кристаллизоваться» может вербальная продукция только пациентов, находящихся на группе, но ни в коей мере, ни мысли и ни слова самого терапевта.

6. ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ОТ ТЕРАПЕВТА. Содержит в себе адекватную реакцию психотерапевта на действия и слова пациентов в процессе группового взаимодействия. Давая обратную связь, специалист говорит от своего имени о своих чувствах и мыслях, не критикуя и не оценивая пациентов. Допустимо использование сравнения сложившейся клинической ситуации с прошлым опытом терапевта. Обратная связь допустима, как в отношении одного пациента, так и всей группы в целом. В случае, когда группа находится в агрессивной позиции по отношению к специалисту, нет условий для конструктивного принятия пациентами обратной связи. В подобных условиях использование обратной связи лишь ухудшит отношения «пациент - специалист (терапевт)».

В ходе реализации различных типов (приемов) терапевтического воздействия в динамике групповой работы с пациентами, больными химической зависимостью, психотерапевту можно прибегать к помощи любых имеющихся в его арсенале «технических» психотерапевтических средств, так как определяющими являются не отдельные средства, которые использует терапевт, а цели, задачи и основные типы (формы, приемы) психотерапевтических (психокоррекционных) воздействий в его работе. Помимо этого, представленные здесь основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от ПАВ могут быть одним из возможных путей восполнения существующего дефицита рекомендаций по оказанию адекватной и эффективной групповой психотерапевтической помощи больным, страдающим алкоголизмом и наркотоксикоманией.

Невербальные способы коммуникации, которые возникают на группе, так же являются достаточно серьезным объектом исследования. Достаточно часто у пациентов на группах встречается несоответствие между вербальной и невербальной системами их межличностного взаимодействия. Установление соответствия между вышеназванными видами коммуникативного взаимодействия на групповой психотерапии может говорить о позитивных изменениях в групповой динамике. Наиболее важно адекватно владеть невербальной системой общения и вовремя ее использовать именно групповому психотерапевту, т.к. несоответствие между вербальной и невербальной продукцией его личности приведет к недоверию со стороны пациентов ему самому, а так же и всему лечебному процессу. Вследствие такого недоверия у больных может произойти снижение позитивного результата от работы в малой группе. Обучение

наиболее эффективному использованию различных уровней группового взаимодействия (дискуссии) групповым психотерапевтом, происходит достаточно быстро и полноценно в том случае, если психотерапевт четко понимает цели и задачи группового лечения, обладает специальными профессиональными знаниями, занимает соответствующую терапевтическую позицию относительно пациентов, а так же соответствует личностно-психологическим критериям, предъявляемым к работникам, занятым в психотерапевтической помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ.

Процесс формирования эффективного группового взаимодействия (групповой динамики) - наиболее сложная и трудоемкая задача для ведущего группы. В зависимости от конкретных стадий (фаз) развития динамических групповых процессов ему необходимо ставить перед группой для выработки конструктивного решения посильные ей задачи и использовать для потенцирования их решения соответствующие психотерапевтические техники и приемы. Если групповому психотерапевту удастся сформировать процесс, приводящий к позитивным динамическим изменениям работы группы, то подобный опыт позволит наиболее эффективно функционировать пациентам такой группы в дальнейшем и на группах самопомощи (АА/АН). Происходит это потому, что формирование положительной динамики на группах сообщества осуществляется с помощью тех же механизмов, что и в лечебной программе отделения, т.е. при минимальной активности психотерапевта в лечебной программе или ведущего группу т.н. «спикера» в сообществе АА/АН. Подобное сходство формирования динамики групп лечебной программы и сообщества АА/АН значительно снижает уровень тревожности и напряженности у пациентов при посещении ими групп Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.

Позиция психотерапевта в малой психотерапевтической группе по отношению к пациентам с зависимостью.

Применение группового психотерапевтического воздействия в лечении больных зависимостью будет достаточно эффективным, если позиция терапевта по отношению к своим пациентам, так же определенным образом будет сконструирована. Особенности этой позиции определяются спецификой наркологических заболеваний и выражаются в следующих положениях:

— Недирективное побуждение пациентов к проявлению на группе межличностных отношений, собственных установок, поведения и эмоциональных реакций, а так же побуждение пациентов к разбору предло-

женных ими же самими тем, к их обсуждению и анализу;

– Создание и поддержание в группе условий взаимного принятия, безопасности, поддержки и защиты для наиболее полного раскрытия пациентами своих проблем и эмоций;

– Сознательный отказ специалиста от использования им в процессе групповой работы манипулятивных психотехник и опора на развивающие личность пациента психотерапевтические методики, гибкость в выборе директивных и недирективных техник воздействия;

– Непринятие искаженной логики пациента относительно проявлений и последствий наличествующего у него заболевания, так как такая логика часто продиктована различными защитными механизмами психики больного и имеющимся у него сопротивлением психотерапевтическому вмешательству;

– Контроль терапевта за соблюдением правил, установленных для группового процесса, но в то же время и возложение ответственности на пациентов - участников группы за систематическое несоблюдение ими принятых групповых норм, когда такая ситуация возникает.

Если психотерапевт в процессе групповой психотерапии с больными зависимостями придерживается вышеназванных положений, то участники группы попадают в условия, когда их прошлый опыт социального функционирования, основанный, прежде всего, на подкреплении в процессе взаимодействия с близким окружением своих психопатологических личностных конструктов, не срабатывает. В такой ситуации пациенты вынуждены нарабатывать в условиях малой группы новые более эффективные способы межличностного общения.

Сочетание психотерапевтических техник с программой «12 Шагов»

При организации групповой психотерапии в первичных программах по лечению больных с зависимостью от ПАВ, т.е. на ранних этапах становления у них трезвости, неэффективно применять только какую-либо одну психотерапевтическую технику. Как правило, каждая в отдельности (даже классическая) психотерапевтическая методика не может воздействовать на все личностные нарушения, «принесенные» в психику человека по мере формирования зависимости. Те или иные психотерапевтические методики, используемые в рамках групповой работы в условиях лечебной программы, применяются обычно в зависимости от возникающих проблем и решаемых задач во время самого группового терапевтического процесса. Эта особенность работы психотерапевта в малых группах больных зависимостью обусловлена способностью наркологических пациентов достаточно быстро выяснять лечебную тактику специ-

алиста и их умением так же быстро приспосабливаться к ней, формируя при этом, порой неосознанно, манипулятивное или самозащитное поведение. Такая способность к приспособлению позволяет больным зависимостью нивелировать все усилия со стороны ведущего группы по формированию у них в процессе лечения критики к собственному заболеванию, установки на трезвость и восстановление. Однако если лечебная тактика терапевта достаточно лабильна, а арсенал психотерапевтических техник и средств достаточно широк, то пациентам сложнее манипулировать ведущим группы. Это более эффективно отражается на процессе лечения и восстановления больных. Кроме того, следует сказать, что психотерапевтические техники, применяемые в рамках лечебной программы использующей в своей структуре методологию «12 шагов» АА\АН, должны сочетаться или хотя бы не противоречить философии сообщества. Обычно таким критериям отвечают психотехники направленные на развитие личности больного. Следующим требованием, которому должна отвечать психотерапевтическая методика (техника), применяемая в работе с зависимыми пациентами, - это возможность с помощью данной методики терапевтически рационально и эффективно воздействовать на тот или иной психопатологический симптом или механизм, сформированный заболеванием в личности больного с зависимостью от психоактивных веществ. Больше всего вышеназванным критериям целесообразности применения психотехники при психотерапевтической, в том числе и групповой, работе с пациентами, страдающими зависимостью, отвечают следующие виды психотерапевтического воздействия, применяемые в отделении:

— разъяснительная психотерапия - предоставление пациентам сведений об особенностях развития и течения их заболевания, рассказ о тех нарушениях, которые вызывает зависимость во всех сферах функционирования больного её человека. В лечебной программе отделения эти задачи решаются на лекциях (познавательный аспект программы);

— «психотерапевтическое зеркало» по С.С. Либиху - техника, которая заключается в разборе определенных симптомов заболевания (в данном случае - зависимости) или анамнестических данных одного из пациентов, согласно обсуждаемой, например, на лекции, темы. Обсуждение может быть анонимным, когда пациент не называется, или не анонимным - это когда пациент называется прямо по фамилии, например, в том случае, если есть возможность воздействовать психотерапевтически не только на других пациентов, но и на него самого. Данная методика позволяет пациентам с помощью легко узнаваемых примеров увеличить доверие к той информации о болезни и способе восстановления от нее,

которую предлагает на лекциях или групповых занятиях персонал психотерапевтической программы отделения.

— когнитивная психотерапия позволяет помочь пациентам провести границу между собственным отношением к тому или иному событию и непосредственно самим событием, как реально существующим, независимо от их желаний или мнения. Такой подход наиболее эффективно позволяет больным зависимостью обрабатывать поступающую из окружающего их социума информацию, заменяя имеющийся у себя способ мышления, называемый «негативным», не более конструктивные формы обдумывания и разрешения возникающих проблем. Например, методика «когнитивное научение» чаще всего осуществляется во время групповой психотерапии, а «экспериментальный метод» когнитивной психотерапии используется в ряде лекционных и тренинговых занятий в познавательной части программы отделения.

— рационально-эмотивная психотерапия, тренинг по осознанию чувств (эмоций) пациентом. Данные методики позволяют больным зависимостью приобрести навыки контроля и коррекции своего эмоционального состояния без применения психоактивных веществ. Такие умения дают пациентам возможность в дальнейшем наиболее эффективно решать возникающие в их жизни проблемы без серьезных эмоциональных потрясений и срывов (рецидивов), обычно происходящих из-за неспособности таких людей контролировать проявления своих чувств.

— гештальт-терапия, а точнее, отдельные ее элементы и упражнения направлены на обучение пациента следующим навыкам: решению насущных проблем, возникающих в данный момент («здесь и сейчас»); открытому и непосредственному контакту с другими людьми; принятию ответственности за свое состояние на себя самого; осознанию чувственных и телесных ощущений, необходимых для наиболее полной ориентации человека в самом себе и своем окружении, и т.д.

— тренинг умений, ролевые игры (элементы психодрамы). В результате применения этих психотехник пациенты могут получить опыт решения различных проблем, в том числе выявить и опробовать методы отказа от потребления ПАВ в различных ситуациях.

— рациональная психотерапия помогает пациентам с помощью построения прямых логических связей между причиной и следствием увидеть в своих высказываниях и мировосприятии противоречия, которые мешают формировать и поддерживать им трезвый образ жизни.

— провокативная психотерапия направлена на активное вскрытие и разрушение патологических проявлений механизмов психологической защиты, демонстрируемых пациентами с целью уклонения от психотера-

психического воздействия. Кроме того, данная методика помогает пациентам увидеть свои социальные действия, поступки, часто продиктованные болезненным состоянием, с наиболее реальной точки зрения, т.е. глазами постороннего, не включенного в систему патологического социального взаимодействия, человека - специалиста, работающего в психотерапевтической программе отделения.

— методика парадоксальных интенций Франкла применяется обычно в том случае, когда пациент упорно пытается убедить психотерапевта, других специалистов или пациентов группы (отделения) в том, что у него нет проблем с потреблением психоактивных веществ (несмотря на то, что проблемы очевидны) и что он в дальнейшем вполне может потреблять алкоголь или наркотики без отрицательных последствий для себя. Воздействие на пациента с помощью этой методики может прервать у него отрицание болезни и ее последствий, а так же сформировать у такого больного мотивацию на дальнейшее лечение и восстановление.

— структурный анализ, транзактный анализ и сценарный анализ. Эти методики позволяют пациентам достаточно быстро освоить способы определения и контроля тех болезненных нарушений, которые возникают у них в психологической сфере - структурный анализ, в социальной сфере - транзактный анализ, и сфере базисных сценарных установок, идущих из периода детского воспитания и развития больного (неосознаваемая область), - сценарный анализ.

— Арт-терапия, в основном направлена на выражение пациентом с помощью художественных средств (например, рисунка) взаимоотношения «Я и моя болезнь», что позволяет больному зависимостью на уровне художественных метафор проработать отрицание и анозогнозию заболевания.

— Библиотерапия. Потенцирование пациентов отделения к чтению литературы, рекомендуемой и издаваемой сообществом АА/АН, позволяет им в процессе чтения, на примере описанных случаев, самостоятельно определять у себя симптомы алкоголизма или наркомании, а так же знакомиться с реальной методологией, по которой можно начать собственное эффективное восстановление от болезни. Иными словами, эта методика может так же воздействовать на формирование у пациента надежды и мотивации на успешное восстановление от зависимости.

— Видеотерапия и аудиотерапия в первую очередь используется не столько для предоставления пациентам той или иной информации, сколько с целью воздействия на когнитивные и чувственные сферы личности больного с помощью определенных способов подачи специфических знаний, например, в виде специально подобранных художественных

фильмов, видео- и аудио лекций. При данной методике следует учитывать определенную степень доверия пациентов с химической зависимостью к средствам массовой информации - радио и телевидению.

Возможно применение и других психотехник, если психотерапевт понимает и может обосновать целесообразность их использования в конкретной психотерапевтической ситуации.

Профессиональные и личностно-психологические характеристики (критерии) психолога, врача психотерапевта, психиатра нарколога, необходимые для психотерапевтической работы в психотерапевтических и реабилитационных подразделениях, использующих методологию «12 шагов».

Критерии профессиональной подготовки психолога, врача психотерапевта, психиатра-нарколога для подобных психотерапевтических или реабилитационных программ практически не должны отличаться от аналогичных требований к любому специалисту, занятому в психотерапевтической медицинской помощи. Однако есть и определенные критерии, которые обязательно должны наличествовать у такого рода специалистов. К ним можно отнести, например, специфические знания и умения, касающиеся нюансов работы с патологическими проявлениями зависимости от психоактивных веществ в личности больных этим заболеванием, а так же знания об особенностях психотерапевтического и реабилитационного процесса в программах, использующих в своей работе методику «12 шагов».

К некоторым профессиональным знаниям и навыкам, необходимым психологам и врачам психотерапевтам (наркологам) для работы в психотерапевтических отделениях с использованием в программе лечения методологии АА/АН, кроме основных сведений о структуре личности человека и общей психопатологии, можно еще назвать:

- Знание особенностей биологических, психологических и социальных нарушений при зависимости от психоактивных веществ;
- Знание особенностей и этапов восстановления от зависимости;
- Знание особенностей и этапов развития срывов у больных зависимостью и рекомендуемых АА/АН способов их предотвращения;
- Знание особенностей и специфики различных методов (прежде всего психотерапевтических и социальнотерапевтических) лечения алкоголизма и наркомании;
- Обязательное владение несколькими развивающими личность классическими индивидуальными и групповыми психотерапевтическими методиками;

- Знание самой психотерапевтической программы отделения;
- Знание особенностей и нюансов работы всех сотрудников отделения;
- Знание программы Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов, включая «12 шагов», «12 традиций», терминологию сообщества и ее практическое значение, литературу сообщества и т.д.;
- Способность применять все имеющиеся знания для работы с конкретным пациентом в его специфической ситуации.

Личностно-психологические характеристики психологов и врачей психотерапевтов (наркологов) должны отвечать так же определенным критериям, наличие которых необходимо для работы в психотерапевтических и реабилитационных наркологических отделениях (подразделениях, программах):

- Максимальная проработанность личных психологических и социальных проблем и наличие навыков по их конструктивному решению в случае их возникновения;
- Способность осознавать и эффективно корректировать, возникающие у себя во время работы с пациентами, механизмы психологической защиты, созависимые отношения, манипулятивные формы взаимодействия, неприятные эмоциональные состояния и т.д.;

Если подготовка и личностно-психологические характеристики психологов и врачей психотерапевтов (наркологов) не отвечают вышеприведенным критериям, то в процессе работы такого специалиста в команде других сотрудников психотерапевтической или реабилитационной программы могут возникнуть следующие проблемы, способные достаточно серьезно нарушить весь лечебный процесс:

- Противопоставление таким сотрудником себя самого, своих знаний и умений (излюбленных психотерапевтических школ, техник) непосредственно программе отделения (подразделения), программе «12 шагов» или же другим специалистам, занятым в лечебной работе;
- Неконструктивная критика практически любых действий других специалистов отделения, самой психотерапевтической программы отделения, методологии сообщества Анонимных Алкоголиков\Анонимных Наркоманов и т.д.;
- Попытки формирования такими сотрудниками внутри отделения противостоящих друг другу группировок, как среди работников программы, так и среди пациентов;
- Попытки внесения неоправданных (необоснованных) изменений в расписание или методологию психотерапевтического и реабилитационного процессов подразделения;
- Попытки манипулирования окружающими, навязывание психоло-

гических игр сотрудникам отделения или пациентам программы;

– Прямое или скрытое уклонение от выполнения своих непосредственных рабочих обязанностей;

– Нежелание слушать и использовать в работе рекомендации более опытных специалистов и т.д.

Если тот или иной сотрудник психотерапевтической программы начинает привносить в лечебный коллектив вышеназванные проблемы, тем более, не осознавая этого, то такого работника желательно как можно быстрее удалить из лечебного подразделения, занимающегося психотерапией или реабилитацией, поскольку наибольший вред своими деструктивными и непрофессиональными действиями он нанесет, в первую очередь, пациентам.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В ОТДЕЛЕНИИ

Индивидуальная психотерапия и психокоррекция в рамках данной психотерапевтической программы осуществляется только по просьбе самого пациента или его родственников, но по согласованию с самим пациентом. Такое положение обусловлено тем, что сама программа отделения достаточно интенсивна и часто вызывает высокое эмоциональное напряжение у больного, проходящего в ней лечение. Любые дополнительные психотерапевтические занятия могут чрезмерно увеличить напряженность и, тем самым, ухудшить состояние пациента, и естественно снизить и результат лечения. Соответственно, присоединяющиеся психотерапевтические занятия в первую очередь направлены на реализацию следующих целей:

- Детальный разбор истории болезни пациента;
- Разбор подаваемого на лекциях материала;
- Решение проблем адаптации пациента в социальной системе отделения и на групповой психотерапии;
- Более успешное освоение основных положений программы «12 шагов» АА\АН.

Для достижения вышеназванных целей в работе используются специальным образом составленные опросники: опросник по первому Шагу программы АА\АН, опросники «Описание истории болезни самим пациентом» и «Карта психосоциального обследования пациента». Возможно присоединение к разбору и других опросников (см. Приложения).

Работа по программе АА\АН направлена на разбор первого шага программы и главных его положений: «бессилия» перед алкоголем\наркотиком и неспособности управлять («неуправляемости») процессом собственной жизни, имеющих у больного алкоголизмом\наркоманией. Более детальное исследование пациентом совместно со специалистами программы своей истории заболевания с различных точек зрения - медицинской, психологической и социальной с учетом представлений о заболевании АА\АН - может помочь ему наиболее адекватно сформулировать для себя понимание своей болезни, преодолеть личную анозогнозию и выработать установку на становление трезвого образа жизни, в том числе и с помощью программы «12 шагов» АА\АН.

Индивидуальное консультирование (психотерапия) имеет свои особенности, задачи и правила, стоящие в прямой зависимости от этапа лечебного взаимодействия психотерапевта (психолога, консультанта) и пациента. Соблюдение этапности и правил индивидуальной психотерапии (консультирования) позволяют специалисту избежать грубых ошибок при подобной работе.

Самым первым этапом считается - **выявление предмета и цели** индивидуальной консультационной работы. Если пациент высказывается о наличии у себя проблемы в той или иной мере связанной со злоупотреблением привычным психоактивным веществом, можно говорить о наличии предмета индивидуальной работы. В этот же период согласовываются с пациентом цели консультирования. Сначала выясняется цель, которую преследует пациент, претендуя на индивидуальное консультирование. Этот процесс может иметь несколько вариантов направлений:

1. Если цели пациента реальны и соответствуют возможностям консультанта, то можно начинать консультирование.

2. Достаточно часто пациенты могут вообще не ставить перед собой ни каких целей, предполагая, что все проблемы за него будут решать специалисты. При развитии такого варианта консультант предоставляет пациенту информацию о реальных возможностях и целях индивидуальной работы. Обычно такая информация содержит в себе уже описанные выше цели консультирования. Однако их можно сформулировать и более кратко: «Помощь в решении проблем, мешающих прекратить потребление и поддерживать трезвый образ жизни». Если же при развитии второго варианта выяснения цели лечения пациент продолжает настаивать на не реальных целях, то в консультировании следует отказать.

3. Пациент считает, что у него нет проблем, связанных с алкоголизацией или потреблением психоактивных веществ.

При развитии третьего варианта можно попробовать совместно с па-

циентом разобраться в том, действительно ли у него нет проблем с потреблением ПАВ, применяя для этого различные психотехники. Однако если это не приносит результата и пациент продолжает отрицать наличие признаков заболевания, следует прекратить дальнейшие попытки проводить с ним индивидуальные консультации и\или рекомендовать ему прохождение общей психотерапевтической программы отделения.

Если цели и предмет консультирования удастся согласовать, то можно начинать процесс индивидуальной работы.

Следующий этап консультирования - **предоставление информации** о процессе консультирования. Пациенту предоставляются следующие основные сведения:

— Приблизительные сроки и частота консультирования. Консультации идут в течение всего срока нахождения пациента в стационаре. Частота их зависит от скорости выполнения пациентом предлагаемых ему заданий или заполнения опросников: обычно занятия бывают 2-3 раза в неделю и по продолжительности они 30-50 минут.

— Возможные положительные или отрицательные изменения в эмоциональном состоянии пациента в период лечения в отделении и индивидуального консультирования. Чаще всего они соответствуют тем же этапам личностно-эмоциональных изменений у больных зависимостью от ПАВ, описанным в соответствующей главе.

— Границы конфиденциальности. Так как в лечении пациента занята вся команда специалистов по психосоциальной реабилитации отделения, имеется потребность обмена информацией между ними о психологическом состоянии того или иного пациента. Соответственно, предоставляется для ознакомления сотрудников программы информация только о психологическом состоянии больного, его отношении к лечению, выполнению заданий и о понимании того или иного аспекта лечебной программы. Ни в коем случае не предоставляются сведения, полученные в процессе консультирования и имеющие личностную ценность для пациента.

Обязательным условием является предоставление той же, что и пациенту, информации его родным и близким. Кроме этого желательно достаточно настойчиво предлагать им посещать специальные консультации для родственников пациентов с зависимостью от ПАВ, проводящиеся сотрудниками отделения.

Следующий этап консультирования - заключение **договора-контракта**, в котором оговариваются права и обязанности как специалиста (психотерапевта, психолога, социального работника), так и пациента. Договор-контракт может оговариваться устно, но может оформляться и письменно, особенно, если есть предположение, что пациент начнет ма-

нипулировать, ссылаясь на плохую память или напрямую отказываться от условий соглашения.

— Консультант обязан выполнять условия, которые были им же самим предоставлены в виде информации о консультировании. Консультант имеет право отказаться (временно или постоянно) от консультирования пациента, если тот уклоняется прямо или косвенно от терапевтического сотрудничества без веских на то оснований.

— Пациент обязан выполнять рекомендации и задания консультанта, отвечать на вопросы, возникающие в процессе консультирования и т.д. Пациент имеет право не исполнять те или иные свои обязанности, если считает, что их исполнение угрожает ему, как личности. Однако в данном случае он обязан сформулировать и объяснить, **чем или каким образом** тот или иной вопрос или задание, предложенные ему консультантом, могут негативно воздействовать на его личность.

На этом же этапе пациенту предлагаются для ознакомления и заполнения специальные опросники, применяемые в программе.

Следующий этап - собственно **консультационная индивидуальная работа**. В этот период консультант должен применять все доступные ему техники консультирования для наиболее эффективного решения задач и целей консультирования пациента, а так же следить за неукоснительным выполнением условий договора-контракта. Если пациенту с зависимостью от ПАВ разрешить невыполнять те или иные обязанности, ранее уже оговоренные в договоре, то, скорее всего, консультирование будет неэффективным.

К главным техническим фазам консультационной работы на этом этапе можно отнести:

Установление терапевтического альянса.

Установление терапевтического альянса осуществляется с помощью различных технических приемов «присоединения» к пациенту: присоединение позой, движениями, жестами, дыханием, мимикой, манерой речи, использованием специфических выражений и т.д. Иными словами поведение психотерапевта должно соответствовать состоянию пациента и его запросам к консультанту, если эти запросы, конечно, не противоречат здравому смыслу. Однако следует подчеркнуть обязательную естественность позиции психотерапевта в рамках присоединения: если для консультанта, как личности, неприемлемо что-либо в поведении пациента, то не следует пытаться осуществить присоединение по такому параметру. Кроме того, возникают случаи, когда пациент может занять демонстративную, конфронтационную позицию по отношению к консультанту: он нацелен на поиск оплошности консультанта для развития мани-

пуляций. В данной ситуации следует принять позицию конфронтации пациента и, либо вступить в конструктивную конфронтацию с ним, если есть предположение об эффективности такого развития событий, либо отказаться от продолжения консультирования и совместно с клиентом обсудить сложившуюся ситуацию.

Если присоединение психотерапевта (консультанта) к пациенту достигнуто, то в процессе консультирования терапевт может менять патологические проявления, демонстрируемые в поведении пациентом, изменяя самостоятельно конгруэнтное с пациентом поведение на более адекватное: при полноценном присоединении пациент будет следовать за конструктивными поведенческими тенденциями консультанта.

В установлении контакта так же важно определить физическую дистанцию, на которой должны находиться пациент и консультант друг от друга. Во время первых встреч, когда оговариваются условия консультирования, с целью уменьшения у пациента напряженности допустимо вести разговор через стол. Однако в период непосредственной работы дистанция между пациентом и консультантом, хотя и может выбираться индивидуально, но между ними уже не должно быть физических препятствий. Поза консультанта должна быть «открытой». Кроме того, консультант так же должен видеть всего пациента целиком с целью определения не только его вербальных, но и невербальных знаков, возникающих в виде реакции на стимулы ситуации консультирования.

Отношение консультанта к клиенту так же влияет на установление между ними продуктивного терапевтического альянса. Основным в позиции терапевта считается, что консультант должен безусловно принимать пациента, как личность: со всеми его установками, ценностями, мыслями и желаниями. Однако безусловное принятие не означает, что консультант должен принимать и разделять патологические проявления, характерные для больных зависимостью, проявляющиеся в их словах, мыслях и поступках, т.к. именно выявление и терапевтическое изменение подобной патологии - цель психотерапии таких пациентов. Разделение личности пациента и демонстрируемых ей (личностью) патологических проявлений болезни достаточно сложная задача для консультанта, но если он с ней в состоянии справиться, то можно ожидать достаточно высокой результативности психотерапевтической работы. Однако когда консультант не может, по каким-то причинам, безусловно воспринять какого-либо пациента и, соответственно, разделить между собой его личность и проявления в ней болезни, он должен передать такого пациента для индивидуальной работы другому специалисту.

Отношение консультанта к пациенту обычно реализуется через уме-

ние специалиста слушать и задавать вопросы.

— Умение слушать заключается, прежде всего, в адекватной эмоциональной реакции консультанта на различные этапы рассказа больного, корректном поведении и внимательном слушании, которое, обычно, проявляется определенными мимическими реакциями и визуальным контактом консультанта с пациентом. Несомненно, не нужно постоянно смотреть на пациента - это часто может вызвать у него только излишнюю напряженность и тем самым усилить сопротивление консультированию с его стороны. Вполне достаточно периодически визуально контактировать с пациентом, давая ему понять, что консультант его внимательно слушает и поддерживает его. Однако специалисту следует боковым зрением отмечать невербальные коммуникативные проявления у пациента с целью выяснения их соответствия его вербальной продукции.

— Задавание большого количества вопросов не всегда приводит к прояснению проблемы, а наоборот может запутать и консультанта и пациента. Количество и качество вопросов к клиенту определяет степень подготовленности и опыт консультанта. Чем меньше вопросов задает специалист, тем больше сведений может предоставить ему пациент во время беседы. Соответственно, вопросы, если они задаются, должны формулироваться таким образом, чтобы в них не было ни малейшей подсказки на какой-либо ответ. Они должны давать полную свободу выбора пациенту относительно направления консультативной беседы. Можно выделить три основных вида вопросов, которые наиболее целесообразно использовать в консультировании, в том числе и химически зависимых пациентов:

1. Открытые вопросы: «Я Вас слушаю», «Начнем?» и т.п. Обычно эти вопросы задаются в начале беседы, когда до конца не определена тема совместной терапевтической работы.

2. Полузакрытые вопросы: «Что Вы можете сказать по этому поводу?», «Как Вы себе это представляете?» и т.д. Обычно эти вопросы очерчивают тему беседы. Вопросы, которые начинаются со слова «Почему?» задаются пациенту только в том случае, когда есть смысл или необходимость пойти на конфронтацию с ним, если он (пациент), конечно, готов к ней.

3. Закрытые вопросы - это вопросы, на которые есть только альтернативные ответы, например: «Да» или «Нет». Обычно такие вопросы задаются консультантом, если ему необходимо завершить обсуждаемую тему или всю беседу.

Если консультант неправильно и не вовремя использует технику задавания вопросов, то это может привести к разрушению терапевтичес-

кого, альянса с пациентом.

Идентификация этапных проблем.

Идентификация, определение этапной проблемы для консультирования должна осуществляться в результате совместной работы, как консультанта, так и самого пациента. В процессе консультирования необходимо выявить и решить совместно с пациентом главную проблему - понимание им наличия у себя проблем, связанных с потреблением привычного психоактивного вещества. Достаточно часто добиться этого получается, лишь определив и решив ряд этапных проблем. Именно для этого и используются различные опросники (см. приложение). Работа с опросником должна начинаться с разбора самых первых вопросов и постепенно продвигаться к пунктам, вызвавшим затруднения в понимании их пациентом. Следует отметить необходимость проверки понимания пациентом всех вопросов опросника, несмотря даже на то, что внешне ответ может быть вполне адекватным. Это необходимо в связи с тем, что пациент может пользоваться чужими рекомендациями или какой-либо специальной литературой при заполнении анкеты, не осознавая, что стоит за написанным им ответом. Не совершив соответствующей проверки тех или иных утверждений пациента, консультант может пропустить проблему, без решения которой дальнейшее лечение пациента не даст позитивного результата. Нередко, по мере последовательного разбора всех вопросов опросника, не требуется дополнительной работы по прояснению ранее неадекватно воспринятых пациентом положений анкеты. Однако, если, несмотря на повторное рассмотрение истории болезни пациента он не замечает противоречий в своем понимании проблем, возникших из-за болезненного употребления алкоголя или ПАВ, то следует зафиксировать и идентифицировать проблему и начать работу с ней.

Фиксация и идентификация проблемы обычно начинается с фразы: «Правильно ли я Вас понял, что...», - далее формулируется проблема со слов пациента. Для дальнейшей работы следует обязательно согласовывать понимание проблемы консультанта с пониманием проблемы пациентом. Иначе можно зря потратить время на решение той или иной проблемы именно из-за того, что пациент может не принять интерпретацию проблемы, данную консультантом, заявив, что он (пациент) имел в виду совершенно другую проблемную ситуацию и что понимает он ее по-другому, нежели консультант.

Правильно идентифицированная проблема может значительно облегчить собственно саму работу с ней.

Работа с этапной проблемой.

Можно применять различные способы работы с выявленной пробле-

мой. Наиболее часто применяемые методики это:

– Свести проблему к внутриличностной, если пациент приписывает возникновение и развитие проблемы каким-то внешним причинам.

– Отделить проблему от личности больного, если проблема является следствием заболевания, а не личной ущербности человека.

– Упростить проблему, если пациент придает слишком большое, глобальное значение самой проблеме, а так же последствиям ее нерешения или невозможности ее решения (из-за ее «глобальности»).

– Довести проблему до завершения, прежде всего в воображении пациента. Наиболее часто помогают провести эту технологию следующие методики:

1. Предложить множество вариантов решения проблемы. Такой вариант возможен, если пациент драматизирует ситуацию с разрешением проблемы и считает, что если проблема им не будет решена сразу и радикально, то последствия этого будут трагическими.

2. Довести проблему до абсурда. Наиболее применима данная техника тогда, когда пациент предлагает собственные неадекватные, не основанные на реальности способы решения проблемы.

3. Техника парадоксальных интенций Франкла используется в том случае, если пациент отказывается от всех предложенных ему консультантом выходов из сложившейся проблемной ситуации. В таком случае ему предлагается продолжить свое саморазрушающее поведение, и при этом консультант отвергает любые возможные, альтернативные варианты решения проблемы больного, которые обычно сам же пациент начинает в таком случае предлагать.

Для проведения данных способов решения проблемы пригодны те же разговорные психотехники, что и при групповой психотерапии, описанные выше: опрос, спецификация, интерпретация, конфронтация, иллюстрация, кристаллизация и обратная связь от терапевта.

Последний этап - **заключительный**. На этом этапе идет завершение работы, подведение ее итогов и предоставление рекомендаций для дальнейшего лечения и восстановления пациента. На этом этапе можно использовать следующие технические приемы: совет, директива и резюме.

– Совет обычно выглядит, как пожелание, общие рекомендации консультанта пациенту о том, что он должен делать после выписки из стационара. Желательно очертить перспективу последствий, которые могут возникнуть в жизни больного зависимостью, если он не будет дальше заниматься своим восстановлением и не придерживаться, полученных в процессе лечения рекомендаций. Совет должен даваться только в том случае, если пациент настаивает на нем или же не против его выслушать.

Ни в коем случае совет не следует навязывать пациенту.

– Директива мало чем отличается от совета, особенно в плане технологии ее подачи и ограничений в использовании. Однако директива доносится до пациента более жестко и прямолинейно.

– Резюме подводит итог проведенной работы. В нем оговариваются результаты, которых удалось добиться пациенту за период лечения, предлагаются возможные способы использования достигнутых результатов для использования их в послелечебный период, в том числе и для продолжения восстановления в сообществе АА\АН. Кроме того, при подведении резюме лечения консультант должен обязательно сказать пациенту о тех проблемах, которые не удалось решить за время прохождения лечения в программе стационара и как их можно решить в дальнейшем.

Хорошо проведенная индивидуальная работа может значительно улучшить процесс восстановления пациента, как во время лечения пациента в стационаре, так и после выписки из него.

СЕМЕЙНАЯ РАБОТА В ОТДЕЛЕНИИ

Учитывая достаточно существенное влияние близких родственников больного на создание определенной системы социальных взаимоотношений внутри семьи, в которой живет пациент, следует уделять большое внимание разбору внутрисемейных проблем, как с самими пациентами, так и с их родными. Разбор семейной структуры во время стационарного лечения осуществляется на лекциях: «Игра: «Алкоголик (Наркоман)»» и «Семейные аспекты химической зависимости». Основная задача информации, подаваемой на этих лекциях, помочь пациентам определить приоритеты в дальнейшем восстановлении. Соответственно, если пациент направляет усилия на становление трезвого образа жизни, не учитывая возможную заинтересованность в этом членов своей семьи, он, скорее всего, не будет испытывать эмоциональное потрясение в период становления ремиссии, осознав, что его личная трезвость и нормализация жизни родственникам обычно мало интересны. Проработка подобных ситуаций часто осуществляется и на сеансах групповой психотерапии с пациентами отделения, особенно по понедельникам, когда больные возвращаются в отделение после реабилитационных отпусков, необходимых им для адаптации в семье. Разбор на группах проблем, возникших в результате взаимодействия пациентов с родными и близкими в новых для них всех условиях, помогает больным зависимостью в дальнейшем более

адекватно строить отношения с родными и реагировать на, возникающие в связи с таким внутрисемейным общением, стрессы.

Кроме работы с пациентами по осознанию влияния на их дальнейшее восстановление сформировавшейся зависимой семейной системы, специалисты отделения пытаются привлечь к консультативной работе и родственников тех больных зависимостью, которые проходят стационарное лечение в отделении. Порой задача привлечения родственников пациентов отделения к вышеназванной работе является достаточно сложной. Несмотря на все объяснения и договоренности со специалистами программы большинство родных пациентов отделения все же избегают ходить на консультации и не пытаются получить информацию о том, какова их роль в процессе восстановления от зависимости их близкого. К сожалению, в рамках государственной системы здравоохранения невозможно использовать какие-либо методы воздействия на родственников пациентов для их привлечения к указанным мероприятиям.

Однако, несмотря на названные выше проблемы, все же следует четко доносить до родственников больного зависимостью мысль, что результат лечения пациента во многом зависит так же и от соблюдения ими - его родными - определенных правил поведения, как в период лечения больного, так и после его выписки из стационара. Если же родные пациента не будут посещать консультации и, соответственно, не соблюдать определенные правила общения с больными зависимостью, то, скорее всего, все успехи, достигнутые пациентами во время лечения в программе, в послелечебный период будут сведены на нет, в основном из-за неправильного поведения именно близких больного.

Основная работа с родственниками больных зависимостью ведется сотрудниками отделения по двум направлениям:

1. Подача информационного материала. Цикл лекций состоит из двух информационных двухчасовых блоков, объединенных общей тематикой. Один из двухчасовых информационных блоков посвящен теме био-психо-социальных нарушений, которые происходят у больных зависимостью в процессе развития их заболевания. Второй блок направлен на донесение до родных и близких больных зависимостью от ПАВ основ знаний о нарушениях в социальной системе, в которой существуют как сами больные, так и их родственники и друзья. Огромное внимание уделяется тем аспектам, которые могут помочь близким больных алкоголизмом или наркоманией конструктивно изменить сложившуюся патологическую социальную систему. Кроме этого во втором часе данного блока рассказывается о системе поддержки близких больных зависимостью, осуществляемой в рамках групп самопомощи АлАнон и НарАнон.

2. Индивидуальная и групповая консультативная или психотерапевтическая работа с родственниками пациентов отделения. Индивидуальная и групповая работа ведется по тем же принципам, что и подобная работа с пациентами отделения (описано выше). Цель данной работы: помочь членам семьи алкоголика или наркомана получить навык адекватно ограждать себя от патологического воздействия на их личность проявлений болезни зависимого от ПАВ человека, а так же наработать способы конструктивного изменения патологической семейной системы взаимоотношений, особенно в плане личного участия в ней.

Если члены семьи пациента отделения участвуют в вышеназванных программах для родственников больных зависимостью от психоактивных веществ, прогноз эффективности лечения более благоприятный.

АНАЛИЗ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ (ЗАВИСИМОСТЬЮ) НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 19 КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

За 1996 - 1998 г.г. в отделении пролечено 1056 больных с зависимостью от ПАВ. Соответственно в 1996 году - 338, в 1997 г. - 373, в 1998 г. - 345 чел. Больные по числу госпитализаций составили:

В 1996 году

Один раз - 181 - **53,5%**, Два раза - 71 - **21%**, Три раза - 36 - **10,7%**, Четыре - 13 - **3,9%**, Больше четырех - 37 - **10,9%**

В 1997 году

Один раз - 260 - **69,6%**, Два раза - 60 - **16,1%**, Три раза - 22 - **6%**, Четыре - 5 - **1,3%**, Больше четырех - 26 - **7%**.

В 1998 году

Один раз - 181 - **49,8%**, Два раза - 71 - **19,6%**, Три раза - 24 - **6,6%**, Четыре - 18 - **5%**, Больше четырех - 69 - **19%**.

Всего за период исследования (1996-1998 г.г.):

Один раз - 622 - **58,9%**, Два раза - 202 - **19,1%**, Три раза - 82 - **7,8%**, Четыре - 36 - **3,4%**, Больше четырех - 132 - **12,5%**.

По возрастному показателю больные распределялись следующим образом:

Год	До 18	18	19	20	21-25	26-30	31-40	41-50	51-59	60 и более
всего	7 0,7%	10 0,95%		189 17,9%			368 34,8%	325 30,7%	132 12,5%	27 2,5%
1996	2 0,6%	2 0,6%	1 0,3%	3 0,9%	26 7,7%	31 9,2%	112 33,2%	109 32,2%	47 13,3%	7 2%
1997	3 0,8%	Нет	3 0,8%	2 0,5%	23 6,2%	32 8,6%	153 41%	103 27,8%	44 11,8%	10 2,7%
1998	2 0,6%	4 1,2%		72 20,9%			103 29,8%	113 32,7%	41 11,9%	10 2,9%

1996 г. - 338 - 100%

1997 г. - 373 - 100%

1998 г. - 345 — 100%

Из таблицы видно, что в средний возрастной показатель составляет 31-50 лет, однако достаточно высок показатель заболеваемости и в группах 21-30 и 51-59 лет.

Чаще встречаются больные, имеющие среднее образование 582 чел. - 55,1%, что достаточно характерно для популяции больных с зависимостью от алкоголя. Достаточно высок показатель больных с высшим образованием - 235 чел. - 22,3% и средним специальным - 178 чел. - 16,9%, что характерно для участия такого круга пациентов в психотерапевтических методах лечения, направленных на реорганизацию личности. Остальные уровни образования составили у пациентов отделения соответственно: незаконченное высшее - 23 чел. - 2,2%, неполное среднее - 48 чел. - 4,5%, начальное - 3 чел. - 0,3%.

По источникам средств существования распределение больных произошло следующим образом:

	1996	1997	1998	всего
Физический труд	107	114	135	356
Пенсия по возрасту	8	6	10	24
Пенсия по инвалидности	2	4	2	8
Стипендия	3	2	3	8
Прочее	3	66	116	185
Другие источники средств существования (не работает)	177	142	42	361
Умственный труд	46	44	36	126

Из таблицы видно, что достаточно высоко количество лиц, занятых физическим трудом и неработающих, что характерно для больных алкоголизмом, но стабильно высокий показатель лиц, занятых умственным трудом и повышение количества лиц, занятых в основном в коммерческой сфере («прочее»), характеризует специфику отделения.

Длительность заболевания у больных составила от 3-х до 25 лет. Распределение по нозологическим формам заболеваний видно в следующей таблице:

Диагноз	Всего	1996г.	1997г.	1998 г.
1ст. алкоголизма	4 0,4%	1 0,3%	3 0,8%	Нет
2ст. алкоголизма	1037 98%	330 97,6%	365 97,8%	342 99,1%
3ст. алкоголизма	2 0,2%	1 0,3%	1 0,3%	Нет
Бытовое пьянство	5 0,5%	4 1,2%	1 0,3%	Нет
Токсикомания	Нет	Нет	Нет	Нет
Наркомания	5 0,5%	нет	2 0,5%	3 0,9%
Делирий	2 0,2%	1 0,3%	1 0,3%	Нет
Невроз	1 0,1%	1 0,3%	Нет	Нет

Преобладание больных со 2-й (средней) стадией алкоголизма объясняется тем, что за стационарным лечением обращаются, как правило, лица, имеющие из-за злоупотребления ПАВ достаточно серьезные проблемы на физическом, психологическом и социальных уровнях функционирования. Этим же, кстати, объясняется и наличие на стационарном лечении в основном средних возрастных групп пациентов. Обращение таких пациентов к системным психотерапевтическим программам следует, как правило, из невозможности достигнуть у них стойкого терапевтического эффекта (ремиссии) иными распространенными в наркологической службе РФ (Москвы) методиками. Больные, имеющие 3 стадию заболевания, как правило, плохо поддаются психотерапии из-за выраженной энцефалопатии, очевидно, им нужны иные реабилитационные методики, чем в программе отделения.

Эффективность лечения

Методология наблюдения за результатами лечения (ремиссии) в отделении.

Наблюдение и получение достоверных результатов длительности ремиссии в подобных отделениях достаточно сложная задача. Наблюдение за течением ремиссии пациентов, которое предлагает диспансерная служба, как правило, недостоверно из-за методологических погрешностей. В отделении удается отследить длительность ремиссии у пациентов, прошедших полный курс лечения, по ряду методик (направлений), дающих более достоверные результаты. К ним относятся:

- Отслеживание пациентов на группах АА/АН;
- Опрос пациентов по предварительной договоренности с ними;
- Связь для получения информации с теми, кто направлял пациента (консультационные центры в МО, врачи наркологи на предприятиях, бывшие успешные пациенты программы и т.д.);
- Наблюдение пациентов на встречах выпускников программы;
- Отзывы родственников лечившихся в отделении больных;
- Повторные поступления;
- Информация из других (косвенных) источников.

Фактически все виды отслеживания ремиссии у пациентов осуществляются консультантами (социальными работниками) отделения. Достоверность таких наблюдений достаточно высока, хотя можно предполагать и определенные погрешности в данных. Обычно такие неточности связаны с отражением личностного фактора в, идущих от бывших пациентов лечебной программы, сообщениях о сроках их собственной ремиссии.

Показатели ремиссии у больных прошедших курс лечения в отделении.

Ремиссия отслеживалась, в основном, у пациентов полностью прошедших курс лечения, т.к. с этой категорией пациентов был налажен полноценный терапевтический контакт.

1996 год - 219 человек - 64,7% (пролечено - 338 - 100%);

1997 год - 249 человек - 66,7% (пролечено - 373 - 100%);

1998 год - 239 человек - 69,2% (пролечено - 345 - 100%).

Пациенты, выписанные за различные нарушения режима и переведенные или выписанные по соматическим показаниям, к отслеживанию ремиссии в основном не привлекались в связи с тем, что не полностью прошли курс лечения и после выписки плохо шли на контакт со специалистами отделения.

Показатели ремиссии у исследуемой группы отслеживались по следу-

ющим срокам:

- Свыше 6 месяцев;
- Свыше 9 месяцев;
- Свыше 12 месяцев;
- Свыше 24 месяцев.

Данные этих наблюдений приведены в следующей таблице:

Согласно таблице наибольшее количество срывов происходит в первые 6 месяцев и в последний квартал первого года после лечения.

Снижение количества больных, на которых нет данных, в 1998 году обусловлено прекращением госпитализации пациентов, не имеющих регистрации (не проживающих) в г. Москве.

Косвенные показатели эффективности работы отделения.

Для наиболее полного представления о причинах срывов в послелечебный период у различных категорий пациентов, проходивших лечение по программе, следует рассмотреть ряд позиций, косвенно так же демонстрирующих и эффективность подобного лечения.

Корреляция сроков ремиссии с посещением групп АА.

После окончания лечения в программе начало посещать группы Анонимных Алкоголиков следующее количество пациентов:

1996 год		1997 год		1998 год	
Начали посещать АА	Не посещали	Начали посещать АА	Не посещали	Начали посещать АА	Не посещали
131 чел. 59,8%	88 чел. 40,2%	153 чел. 61,4%	96 чел. 38,6%	142 чел. 59,4%	97 чел. 40,6%
Всего:					
Начали посещать АА			Не посещали		
426			281		
60,3% от исследуемых			39,7% от исследуемых		
40,3% от пролеченных			26,6% от пролеченных		

Можно наблюдать корреляцию длительных сроков ремиссии у больных, прошедших полный курс лечения в отделении (группа исследуемых), с посещением групп и использованием методологии АА/АН в следующей таблице:

год	1996	1997	1998	всего
Ремиссия	Свыше 24 мес	Свыше 24 мес	Свыше 24 мес	
Всего чел.	59 чел.	63 чел.	71 чел.	193 чел.
Посещ. АА/АН	55 чел.	57 чел.	63 чел.	175 чел. 24,8%
Не посещ. Группы	4 чел.	6 чел.	8 чел.	18 чел. 2,5%

Из таблицы очевидна корреляция длительных сроков ремиссии у пациентов с посещением ими групп АА/АН и использованием для своей дальнейшей послелечебной реабилитации методологии восстановления данного сообщества.

Зависимость частоты развития срывов у пациентов, полностью прошедших курс лечения, от использования ими методологии сообщества АА в период послелечебной реабилитации можно увидеть в следующей таблице:

Год	1996 год			1997 год			1998 год			За весь период		
	Все-го	Посе-щали	Не посе-щали	Все-го	Посе-щали	Не посе-щали	Все-го	Посе-щали	Не посе-щали	Посе-щали	Не посе-щали	Все-го
Посещение групп АА/АН после выписки												
Срыв до 6 мес.	42	10	32	49	15	34	45	15	30	40	96	136
Срыв от 6 до 9 мес.	22	6	16	23	4	19	21	4	17	14	52	66
Срыв от 9 до 12 мес.	54	20	34	68	24	44	62	25	37	69	115	184
Срыв от 12 до 24 мес.	19	6	13	19	5	14	21	5	16	16	43	59

Итого:

Всего срывов	137	42	95	159	48	111	149	49	100	139	306	445
% от ок. лечение	62,6 %	19,2 %	43,4 %	63,9 %	19,3 %	44,6 %	62,3 %	20,5 %	41,8 %	19,6 %	43,3 %	62,9 %
% от кол-ва срывов	100 %	30,7 %	69,3 %	100 %	30,2 %	60,8 %	100 %	32,9 %	67,1 %	31,3 %	68,7 %	100 %

В таблице четко прослеживается снижение количества срывов у лиц, использующих методологию АА. Отмечается высокий уровень срывов в первые полгода после лечения у пациентов, отказавшихся от посещения групп самопомощи и не имеющих установки на трезвый образ жизни. Последний квартал первого года после лечения дает так же высокий уровень срывов среди больных. Этот уровень складывается из лиц имеющих установку на трезвость, но не посещающих группы АА/АН, и лиц посещающих группы АА, но не в должной мере использующих методологические рекомендации сообщества. Такое положение вещей наиболее показательно наблюдается в следующем разделе.

Соотношение сроков ремиссии с соблюдением пациентами методологии работы по программе Анонимных Алкоголиков «12 шагов», правил существования в сообществе «12 Традиций», использованием в период восстановления девизов, помощи наставника («спонсора»), социальной поддержки сообщества и пр.

В результате обследования всех сорвавшихся в послелечебный период пациентов, посещавших группы АА/АН, выявилось несоблюдение ими, в той или иной мере, методологии восстановления по программе сообщества.

На настоящий момент можно констатировать корреляцию ремиссии пациентов, прошедших лечение в отделении, от соблюдения ими методологии сообщества АА/АН:

Ремиссия свыше 2-х лет (за 1996-1998 года) - 194 человека посещающих группы.

Из них 37 человек не полностью соблюдают методологию восстановления по программе, т.е., в основном, ограничиваются только регулярным посещением групп сообщества, что составляет - 19% от общего числа пациентов, использующих в своей реабилитации систему АА.

Отдельные пациенты из категории досрочно выписанных из отделения за те или иные нарушения режима стали после выписки посещать группы АА, что выявилось при обследовании групп сообщества:

1996 год - 6 человек - 1,8% от поступивших;

1997 год - 9 человек - 2,4% от поступивших;

1998 год - 8 человек - 2,3% от поступивших.

Ряд пациентов, из категории полностью закончивших курс лечения, после срыва в послелечебный период продолжили процесс реабилитации, что отразилось в следующих их действиях:

1. Повторное обращение к прохождению программы после срыва в течение первого года после первичного лечения в отделение:

Год	1996 год		1997 год		1998 год	
	Посещ. АА/АН	Не Посещ.	Посещ. АА/АН	Не Посещ.	Посещ. АА/АН	Не Посещ.
Кол-во	10 чел.	12	16 чел.	13 чел.	18 чел.	17 чел.
% от сорв. в категории	23,8%	12,6%	33,3%	11,7%	36,7%	17%
Всего	Посещали АА			На посещали АА		
	44 чел. – 31,6% от сорв. в катег.			42 чел. – 13,7% от сорв. в катег.		

По данным таблицы видно, что большую заинтересованность в повторном сотрудничестве с лечебной программой после срыва для своего дальнейшего выздоровления демонстрируют пациенты, посещающие группы самопомощи.

2. Продолжение посещения групп АА/АН без обращения за профессиональной помощью в категории пациентов «Посещающие группы АА/АН после лечения»:

Год	1996 год	1997 год	1998 год	Всего
Кол-во	6 чел.	9 чел.	8 чел.	23 чел.
% от сорвавшихся в категории.	14,2%	18,8%	16,3%	16,6%

3. Начали посещать группы АА/АН без дополнительного обращения за профессиональной помощью в категории пациентов «Не посещающие группы АА/АН после лечения»:

Год	1996 год	1997 год	1998 год	Всего
Кол-во	1 чел.	3 чел.	3 чел.	7 чел.
% от кол-ва сорвавшихся в категории	1,1%	2,7%	3%	2,3%

Последние две таблицы демонстрируют возможность различных категорий пациентов на восстановление по методологии АА/АН и использование ими ресурсов данной программы для восстановления после произошедшего у них срыва. Наибольшую способность к продолжению восстановления без обращения за профессиональной помощью показывают пациенты, посещающие группы АА/АН. Однако имеются и единичные случаи прихода после срыва в программу сообщества и среди тех пациентов, которые данное сообщество не посещали и не собирались восстанавливаться по его методологии.

Снижение злокачественности течения алкоголизма у больных, прошедших лечение в отделении, но продолжающих алкоголизацию.

Полноценно провести опрос родственников пациентов, прошедших лечение в отделении за 1996-1998 года, но продолжающих алкоголизироваться, удалось у 108 человек. Опрос проводился по следующим позициям:

1. Улучшение показателей социальной сохранности (наличие работы, семьи и т.д.) по сравнению с долечебным периодом;

2. Увеличение перерывов между запоями по сравнению с долечебным периодом;

3. Снижение тяжести и длительности периодов алкоголизации по сравнению с долечebным периодом;

4. Снижение анти- и асоциальности в поведении в периоды потребления и трезвости по сравнению с долечebным периодом.

Удалось выявить наличие улучшения минимум по 3-м позициям опроса у 58 человек, что составило 53,7% от продолжающих потребление ПАВ. Этот показатель демонстрирует косвенную эффективность программы, в том числе и для лиц не прекращающих потребление алкоголя (ПАВ) после лечения в отделении.

Анализ нарушений режима, совершаемыми пациентами в период лечения в программе отделения.

Структура нарушений режима в отделении по годам:

Год	1996			1997			1998			Всего
	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	Кол-во чел.	% от поступивших	% от нарушений	
Всего	112	33,1%	-	118	31,6%	-	106	30,2%	-	336 чел. 31,6%
Самов. Уход	23	6,8%	20,5%	23	6,2%	19,5%	6	1,2%	5,7%	49 чел. 4,7%
Рецидив	24	7,1%	21,4%	42	11,3%	35,5%	27	7,8%	25,5%	93 чел. 8,7%
Другое	-	-	-	-	-	-	12	3,5%	11,3%	12 чел. 3,5%
Отказ от лечения	65	19,2%	58,1%	53	14,2%	45%	61	17,7%	57,5%	179 чел. 17%

Из таблицы видно, что наибольшие показатели имеет «отказ от лечения» и что в каждом последующем году происходило уменьшение общего показателя нарушений режима пациентами в период их лечения в отделении. Значительно сократилась выписка за самовольный уход из отделения. Это связано с совершенствованием лечебного процесса и улучшением профессиональной подготовки сотрудников программы. Некоторое увеличение показателя отказа от лечения за 1998 год, связано с неправильной организацией распределения каналов госпитализации по больнице администрацией НБ № 19: в отделение направлялись пациенты не имеющие установку на лечение вообще и на психотерапевтическое лечение в частности.

Наиболее показательно последнее утверждение прослеживается в статистических исследованиях, посвященных динамике нарушений режима в зависимости от сроков лечения пациентов:

1. Самовольный уход - наибольшее количество этих нарушений происходит в период между 1-й и 3-й неделей лечения. Это связано, в первую очередь, с нежеланием пациентов продолжать лечение по программе.

2. Рецидив - такая же динамика процесса.

3. Другое - это отказ от сотрудничества с консультантами и психологами. Динамически процесс мало чем отличается от двух предыдущих.

Можно предположить, что все три вида перечисленных выше нарушений являются модификациями сопротивления лечению, проявляемыми пациентами.

4. Отказ от лечения - наибольшее количество отказов от лечения (89 % от всех отказов) происходит на первой и второй неделе лечения, т.е. в период, когда пациенты еще не приступают к программе или же в первые дни их подключения к лечебно-реабилитационному процессу. Высокая степень отказов от лечения в эти временные периоды лечения обуславливается отрицанием болезни и отсутствием мотивации к лечению, которые имеются у таких пациентов.

Часто жесткий подход к формированию социальной структуры внутри отделения, достаточно высокие требования к пациентам по поводу участия их в лечебном процессе и пр. вызывает сомнение многих специалистов в том, что пациенты смогут достаточно хорошо удерживаться в данной лечебной программе. Особенно возрастают сомнения, если при этом учитывается фактор достаточно формального отбора больных для лечения по программе. Однако необоснованность таких опасений подтверждают следующие ниже данные.

Сравнение категорий нарушений режима среди пациентов поступивших на лечение в отделение со средними данными по больнице:

	1996 год	1997 год	1998 год
По отделению	33,1%	31,6%	30,2%
По больнице	39,4%	46,9%	49%

Категория выбывших пациентов за нарушения режима в процессе лечения в других отделениях - 40-50% от всех поступивших. Однако в других отделениях не практикуется немедленная выписка больного нарушившего режим отделения: отдельные пациенты имеют 2-3 опьянения в период лечения, а так же и множество других нарушений режима не связанных с опьянением.

Снижение общего количества нарушений режима больными, проходившими лечение в отделении в 1997 - 1998 годах, связано в первую очередь с модернизацией лечебной программы, растущей год от года про-

фессиональной подготовкой сотрудников, как медицинских, так и занятых непосредственно в психотерапевтической работе отделения, и приобретением ими опыта работы в специфических условиях психотерапевтической программы.

Опыт работы программы «Решение», сформированной по Миннесотской модели в Московской Наркологической больнице № 19, показывает достаточно высокую эффективность такого лечения больных зависимостью от психоактивных веществ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа психотерапевтического отделения Наркологической больницы № 19, а так же полученные на основании этой работы данные, показали определенную практическую значимость подобной организации психотерапевтической помощи и возможность внедрения ее в систему наркологической службы с целью лечения и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Более широкое внедрение адаптированной программы, использующей в своей структуре методологию «12 шагов», и ее модификации в стационарную наркологическую помощь Российской Федерации позволит обеспечить население страны, адекватной по объёму и качеству специализированной помощью. Кроме того, последующее направление пациентов для дальнейшей реабилитации, либо в амбулаторные послелечебные программы, либо в группы самопомощи наркологических больных (АА, АН) значительно улучшит прогноз становления у них ремиссии. Таким образом, можно создать возможность привлечения к получению необходимой помощи более широкого круга лиц с наркологическими проблемами, повысить эффективность стационарной наркологической помощи и обеспечить преемственность дальнейшей психологической и социальной реабилитации лиц страдающих химической зависимостью. Критерии оценки эффективности работы и документальной отчётности специалистов, участвующих в лечебно - реабилитационном стационарном процессе, позволяют оптимизировать их работу, повысить качество их взаимодействия между собой, качество обработки информации и её обмена.

Предложения и новации, возникшие в процессе организации психотерапевтической, психокоррекционной и реабилитационной работы в больнице:

1. Научное исследование возможных мишеней психотерапевтического воздействия и разработка более результативных и конструктивных

методик психотерапевтического воздействия.

2. Выявлена необходимость увеличения через нормативные документы штаты психологов в стационарных наркологических подразделениях, где применяется интенсивная психотерапевтическая или реабилитационная программа, структурированная по принципам Миннесотской модели лечения зависимости, из расчета 1 ставка на 8 человек пациентов, учитывая наибольшую эффективность ежедневной психокоррекционной работы в малых группах с этим количеством пациентов.

3. Нововведения, реализованные в психотерапевтическом отделении НБ № 19:

- Внедрение и адаптация Миннесотской программы в условиях РФ;
- Использование структурного, трансактного и сценарийного анализа для лечения больных зависимостью;
- Использование мультисистемных групповых и индивидуальных психотерапевтических методик в лечении больных зависимостью;
- Внедрение в стационарный лечебный процесс программы «12 шагов» АА\АН;
- Использование для социальной работы специалистов, находящихся в процессе восстановления по программе «12 шагов» АА\АН;
- Направление пациентов на послелечебную реабилитацию на группы сообщества АА\АН.

Таким образом, можно выделить ряд направлений, по которым необходимо осуществлять реорганизацию наркологической службы:

1. Переориентация наркологической службы на более широкое создание психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных программ и технологий, направленных на реорганизацию и развитие личности больных зависимостью, с целью наиболее эффективного поддержания ими трезвого образа жизни.

2. Пересмотр и принятие под вышеназванные лечебные структуры соответствующих положений об их различных организационных формах, и закрепление этого необходимыми для работы штатными расписаниями.

3. Активное внедрение в наркологические структуры вышеназванных форм работы.

4. Подготовка и переподготовка врачей, психологов и социальных работников для работы в условиях психотерапевтических, психокоррекционных и социореабилитационных наркологических подразделений.

5. Разработка положений о социальной службе в наркологических учреждениях, позволяющих привлекать к социальной работе в наркологической психотерапевтической помощи лиц из групп самопомощи - АА/АН.

6. Разработка и внедрение документации и форм отчетности для психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, а так же для психотерапевтических и социореабилитационных программ.

7. Разработка и внедрение различных социальных, психокоррекционных и психотерапевтических методологий (технологий), необходимых для применения их в психотерапевтических и реабилитационных программах различного типа интенсивности и в соответствии с имеющимися кадрами.

Фактически по всем вышеперечисленным положениям сотрудниками отделения разработаны и подготовлены к принятию (реализации) нормативные акты.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Диагностический опросник

БЛАНК ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ

(заполняется психологом, специалистом по социальной работе, социальным работником)

ФИО пациента _____

Дата рождения _____ 19__ г.

Адрес _____

Место работы _____ должность _____

специальность _____

История болезни (амбулаторная карта) № _____

Предварительное знакомство.

Участковый нарколог _____

Адрес _____ Тел. _____

Наблюдаетесь ли вы сейчас у нарколога? _____

Дата последнего лечения? _____

Какое лечение вы получали? _____

Как долго? _____

Какие болезни у вас были? (включая хронические) _____

Госпитализировали ли вас в последнее время? _____

По какому поводу _____

Несчастные случаи в течение жизни _____

Изменение веса в течение жизни? _____

Модель питания? _____

Как вы спите? _____ Аппетит? _____

Сколько курите? _____

Сколько кофе вы потребляете? _____

Были ли серьёзные болезни в вашей семье? (включая физические и душевные) _____

Находились ли вы на амбулаторном наблюдении/лечении у психолога, психиатра, нарколога, социального работника, консультанта и т.д. в связи с наркологическими, психологическими или психиатрическими проблемами? _____

Госпитализировали ли вас когда-либо в психиатрическую, наркологическую больницу? (Где, когда, причина, как часто, какое лечение получали).

Находитесь ли вы сейчас в депрессии? Как это выглядит? _____

Были ли у вас попытки самоубийства? Когда, при каких обстоятельствах?

Мысли о самоубийстве? Когда, при каких обстоятельствах? _____

Что вы делаете, когда чувствуете злость? _____

Причиняли ли вы кому-нибудь вред _____

С какими серьёзными потерями в жизни вы сталкивались? _____

Внешний вид: _____

Одежда: _____

История отношений с окружением и семьей. Самоидентификация.

Есть ли проблемы с алкоголем/наркотиками в семье _____

Где и с кем вы живете сейчас _____

Дата заключения брака _____

Причина расхождения/развода _____

Родители (Ф.И.О., возраст, если умерли, то в каком возрасте, причина, в браке ли на настоящий момент, если разведены, то, как давно):

Опишите ваши взаимоотношения с родителями _____

Близкие родственники _____

Опишите ваши взаимоотношения с близкими родственниками _____

Супруг _____

Опишите ваши отношения с супругом _____

Дети и приемные дети _____

Опишите ваши отношения с детьми _____

Другие значимые в вашей жизни люди _____

Что производило особое впечатление на Вас в семье, когда вы в ней росли? _____

Кто из вашей семьи сталкивался с проблемами зависимости? (Алкоголь, наркотики, покупки, переедание, секс, работа, спорт, азартные игры, усиленные тренировки) _____

Были ли у кого-либо из вашей семьи душевные болезни или состояние депрессии? _____

Ваши национальные/этнические корни _____

С кем из семьи вы находитесь в близких отношениях? _____

Почему? _____

От кого из семьи вы больше всего отдалены? _____

Почему? _____

Изменились ли значительно отношения с кем-либо из вашей семьи за последние несколько лет? _____

Почему? _____

Можно ли сказать, что семейные отношения у вас в семье близкие/отдаленные, радостные/печальные, любящие/холодные, здоровые/нездоровые? _____

Какая область вашей жизни вызывает конфликты в семье сегодня?
(Финансы, секс, взаимоотношения, дети, азартные игры, здоровье, нарушение закона, школа, питание, работа и пр.) _____

Есть ли у вас прозвище, кличка (в семье, среди друзей)? _____

Сколько вам было лет, когда вы впервые покинули дом? _____

При каких обстоятельствах? _____

Опишите сеть ваших социальных связей и отношений в настоящее время _____

Как часто вы встречаетесь с друзьями _____

Как бы друзья описали вас _____

Как бы вы сами описали себя _____

Образование

Сколько закончено классов _____ Какой школы _____

В каком году закончили _____ Спец. классы _____

В каком учебном заведении вы учились _____

Закончено курсов _____

Год _____

Степень (Специальность) _____

Проблемы, связанные с учебой _____

Неспособность к обучению (по каким предметам?) _____

Служба в армии

Года службы с _____ по _____

Войска _____

Как демобилизовались? _____

Должность (звание) _____

Участие в военных действиях _____

Если да, то есть ли видения/кошмары во сне, связанные со службой?

Какие? _____

Где служили? _____

Работа

Сколько времени вы работаете (работали) на последнем месте работы

Опыт работы (по разным специальностям, по своей специальности):

Наркологическая/психиатрическая история (пьянство/потребление наркотиков).

Когда вы впервые выпили/приняли наркотик? _____

Первые ощущения от приема алкоголя/наркотиков (интоксикация и т.д.) _____

Самый долгий период без наркотиков/алкоголя? _____

Почему? _____

Когда у вас впервые возникли какие-либо проблемы, связанные с алкоголем/наркотиками? (напр., несчастный случай, арест, потеря работы, развод и пр.) _____

Когда у вас впервые был провал в памяти (палимпсест, амнезия)? Как часто провалы были потом? _____

Как давно появились:

Потребность в опохмелении? _____

Дрожь? _____

Дискомфорт физический и психический после выпивок? _____

Судороги? _____

Проблемы с печенью/желудком? _____

Потребление утром? _____

Потребление на ходу (по пути куда-либо)? _____

Кровотечение из носа? _____

Покраснение глаз по утрам? _____

Сердцебиение? _____

Насколько и за какой период увеличилась толерантность? _____

Когда вы впервые что-либо скрыли о вашем пьянстве/потреблении наркотиков? _____

Поясните _____

Критиковали ли вас члены семьи, друзья, начальник, учитель и т.д. за пьянство/потребление наркотиков? _____

Поясните _____

Чувствовали ли вы себя плохо или виноватым из-за пьянства/потребления наркотиков? _____

Что включило вас в последний эпизод пьянства/потребления наркотиков? _____

Опишите период из вашей жизни, когда пьянство/потребление наркотиков было наиболее сильным, тяжелым? _____

Есть ли у вас история проблем алкоголизма, пьянства или потребления наркотиков в семье? _____

Сколько вы выпиваете/потребляете в день? _____

неделю? _____

месяц? _____

Любимый алкогольный напиток/наркотик выбора? _____

Вы алкоголик или наркоман? _____

Опыт восстановления-выздоровления по программе 12 шагов? _____

Какие группы посещали? _____

Когда и как давно? _____

Сколько собраний посетили? За какой период времени? _____

Что нравится или не нравится на группах? _____

Был ли у вас наставник? _____

Имеются ли друзья в программе? _____

Сколько времени вы были трезвый? _____

Что вы думаете о программе 12 шагов? _____

Принимали ли вы когда-нибудь тетурам, делали ли «Торпедо», подшивали «Эспераль», производили «Кодирование» и др. _____

Посещали ли вы когда-нибудь АлАнон, АА, АН? _____

Были ли вы когда-нибудь на лечении в связи с проблемами, связанными с алкоголем или наркотиками? (Где, когда, как долго, результат) _____

Были ли вы когда-нибудь на амбулаторных консультациях или на обучении по проблемам, связанным с алкоголем или наркотиками? (Где, когда, как долго, результат). _____

Отношения с законом/Финансовое положение

Арестовывали ли вас? (Где, когда, обвинение, приговор, сколько находились в заключении, не находитесь ли под следствием сейчас, не осуждены ли условно? Не лишали ли вас водительских прав в связи с вождением в нетрезвом виде?) _____

Опишите ваше финансовое положение _____

Отдых/досуг

Опишите, как вы отдыхаете _____

Что вы делаете, чтобы расслабиться _____

**Оценка психического состояния.
(по Батищеву В.В.)**

1. Состояние сознания.

Ориентированность:

В месте _____

Времени _____

Собственной личности _____

Узнает ли окружающих _____

Прочее _____

2. Контакт с реальностью.

С окружающими: контакту доступен/ плохо доступен/ малодоступен/
недоступен/ внезапные остановки в речи/ затруднен/ прочее _____

Манера поведения: адекватная ситуации/ дружественная/ недоброже-
лательная/ пассивная/ негативная/ гневливая/ аффективная/ подо-
зрительная/ прочее _____

Отвечает на вопросы: по существу/ уклоняется/ лжив/ изворотлив/
философствует/ односложно/ многоречив/ прочее _____

3. Познавательная сфера:

Внимание: устойчивое/ рассеянное/ повышенная отвлекаемость/ труд-
ность переключения внимания/ склонность к застреванию/ прочее _____

Память:

Объем памяти на момент осмотра: снижен/ нормальный/ увеличен/
прочее _____

Нарушения памяти:

Краткосрочной (анамнестически - палимпсесты опьянения) да/нет про-
чее _____

_____ как часто _____

Долгосрочной (анамнестически - амнезии опьянения) да/нет прочее _____

_____ как часто _____
после травм/припадков (анамнестически) да/нет _____
сколько раз _____
длительность по времени _____
Прочее _____
Интеллект:
Запас знаний _____
Умение ими пользоваться _____
Состояние интеллекта: высокий/ низкий/ прочее _____
Слабоумие: нет/ врожденное/ приобретенное/ прочее _____
Критика пациента к заболеванию и к поведению: не критичен/ критика на
вербальном уровне/ частично критичен/ прочее _____
Установка на лечение: отсутствует/ формальная/ на вербальном уровне/ про-
чее _____

Мышление:

Нарушение причинно-следственной связи в отношении проблем, связанных с
заболеванием: нет/ слабо выражено/ выраженное/ прочее _____

Темп течения ассоциаций: замедленный/ нормальный/ ускоренный/ «скачка
идей»/ прочее _____

Адекватность возникновения ассоциаций причинам их вызвавшим: соответст-
вует/ не соответствует/ не соответствует при обсуждении тем, связанных с
заболеванием/ прочее _____

Нарушения мышления: обстоятельность/ разорванность/ обманчивый образ
мыслей/ прочее _____

Использование психологических защит: отрицание/ минимизация/ интеллек-
туализация/ рационализация/ обвинения/ отождествление/ соглашательст-
во/ уклонение от обсуждения/ агрессивность/ прочее _____

4. Эмоциональная сфера.

Настроение: адекватное ситуации/ сниженное/ повышенное/ неустойчивое/
прочее _____

Измененное эмоциональное состояние: депрессия (тоска/ ажитация/ бесчув-
ственность/ суицидальные мысли, тенденции)/ эйфория/ апатия/ склонность
к аффектам/ эмоциональная лабильность/ прочее _____

5. Двигательно-волевая сфера.
Состояние активности: спокоен/ расслаблен/ напряжен/ возбужден/
заторможен/ прочее _____

6. Типичные фразы, примеры, выражения, используемые пациентом
в беседе (в первую очередь, для защиты своей позиции)

Психосоциальное заключение.
(по Батищеву В.В.)

1. Ф.И.О. пациента _____

2. Дата обращения _____

3. Причина обращения _____

4. Длительность заболевания _____

5. Привычная модель употребления _____

6. Наркологический диагноз: _____

_____ шифр _____

7. Раннее развитие: без особенностей/ неполная семья/ сиротство/ на-
личие больных зависимостью/ психические заболевания в семье/ ин-
цест/ насилие/ прочее _____

В школу пошел: вовремя/ с задержкой/ прочее _____

Образование _____

Обучение в спец. учебных заведениях _____

Обучение в интернате _____

Участие в асоциальных подростковых группах _____

Первое употребление алкоголя/наркотика _____

Совместное потребление в семье: поощрялось/ не поощрялось/ было/
не было/ прочее _____

8. Биографические данные.

Судимости (правонарушения) _____

Увольнения по 33 статье _____

Миграция _____

9. Факторы, затрудняющие лечение.

Психологические: отсутствие мотивации/ плохая приспособляемость/
конфликтность/ патологические паттерны поведения/ сопротивление/
сниженный интеллект/ отсутствие критики к заболеванию/ прочее _____

компульсивные формы поведения _____

Социальные:

Негативное влияние родственников _____

Обстановка на работе/ отсутствие работы _____

Проблемы с жильем _____

Конфликты с законом _____

Прочее _____

Физические/ психиатрические.

Соматические заболевания _____

Психиатрические заболевания _____

Увечья _____

Инвалидность _____

10. Социально-психологический ресурс.

Поддержка

семьи: есть/нет, слабая/выраженная, прочее _____

кто именно _____

друзей: есть/нет, слабая/выраженная, прочее _____

кто именно _____

на работе: есть/нет, слабая/выраженная, прочее _____

кто именно _____

прочее _____

Посещение групп самопомощи: есть/нет, использует/не использует,

прочее _____

Чья помощь желательна _____

Прочее _____

Список проблем.

1.

и т.д.

Число _____

Подпись _____

ОПРОСНИК ДЛЯ ПАЦИЕНТА

(Описание истории жизни и заболевания самим пациентом)

ФИО _____
№ отделения _____ Палата _____

Заполняет пациент.

Пожалуйста, укажите Д для ДА и Н для НЕТ, зачеркните ненужное там, где это требуется.

1. В каком возрасте вы впервые выпили/употребили наркотик? _____

2. Что вы пили/потребляли, когда начали пить/потреблять? _____

3. Сколько вы пили/принимали, когда начали пить/потреблять? _____

4. Изменились ли ваши привычки в питье/в приеме наркотиков? Д Н
Как? _____

5. Думаете ли вы, что у вас есть проблемы с алкоголем/
наркотиками? Д Н

6. В каком возрасте у вас появились проблемы с алкоголем/наркотиками? _____

7. Случилось ли что-либо в вашей жизни, что способствовало
пьянству или потреблению наркотиков? Д Н
Что? _____

8. Какой вид алкоголя/наркотика вы предпочитаете сейчас и сколько? _____

9. По какому поводу (в связи с чем) вы пьёте/ потребляете наркотик? _____

10. Предпочитаете ли вы пить/потреблять наркотики в одиночку? Д Н

11. Вы пьёте/потребляете в забегаловках/притонах? Д Н

12. Как часто вы пьёте запоями? _____

13. Как долго вы в последний раз пили _____

14. Как давно вы в «системе»? _____

15. Сколько времени потребляете после последнего прекращения? _____

16. Вдыхали ли вы что-либо, чтобы получить эйфорию (кайф)? ... Д Н
Что? _____
Когда? _____
17. Получали ли вы когда-либо рецепт для употребления «по необходимости», но теперь используете это лекарство регулярно? Д Н
18. Получали ли вы рецепт более чем у одного врача, или покупали лекарство более чем в одной аптеке Д Н
19. Принимали ли вы лекарства других людей? Д Н
20. Просматривали ли вы аптечки у других? Д Н
21. Обнаруживали ли вы себя пьющим/потребляющим, когда отходили от предписаний врача Д Н
22. Расстраивались ли вы, когда ваши запасы спиртного/наркотиков кончались? Д Н
23. Были ли периоды, когда вы не пили или не принимали наркотиков? Д Н
Если да, почему остановились? _____

- На сколько вы останавливались? _____
Почему вы начинали снова? _____
24. Посещали ли вы АА, НА? Д Н
25. Есть ли у вас наставник? Д Н
Его имя? _____
26. Опишите пищевые продукты, которые вы используете при пьянстве/потреблении _____

27. Опишите пищевые продукты, который вы используете в трезвый период _____

28. Вы:
Пьете скрытно? Д Н
Скрываете потребление наркотиков? Д Н
Лжете о своем пьянстве? Д Н
Лжете о потреблении наркотиков? Д Н
Минимизируете свое пьянство/потребление перед вашей семьей, друзьями, доктором Д Н
29. Повлияло ли пьянство/потребление наркотиков на вашу социальную жизнь? Д Н
30. Были ли у вас проблемы с законом? Д Н
31. Повлияло ли пьянство/наркотики на вашу работу? Д Н

Как? _____

32. Вам нужно пить? Чтобы:
- снять физическую дрожь? Д Н
 - снять внутреннюю дрожь? Д Н

33. Вы обосновываете выпивку/потребление тем, что у вас есть:
- тяга Д Н
 - депрессия Д Н
 - скука Д Н

Другое (объясните) _____

34. Вы пьете/употребляете наркотики, чтобы:
- забыть разочарование Д Н
 - чувствовать себя лучше с другими людьми? Д Н
 - преодолеть стыд? Д Н
 - снять нервозность/раздражение? Д Н

Другое _____

35. После выпивки/потребления вы чувствуете себя как другой человек? Д Н
- Трудно жить трезвым? Д Н
 - Теряете ли после выпивки самоконтроль? Д Н
 - Влияет ли пьянство на вашу память? Д Н

Есть ли у вас провалы в памяти (во время опьянения, в трезвом состоянии)? Д Н

Есть ли у Вас чувство вины за пьянство/потребление? Д Н

Говорите ли в опьянении вещи, которые в других случаях вы бы не сказали? Д Н

Тратите ли в опьянении много денег или теряете вещи? Д Н

Плачете ли вы или ищите сострадания у других? Д Н

Ищете кого-либо, чтобы рассказать о трудностях? Д Н

Любите быть в центре внимания? Д Н

Возникают ли у вас депрессии? Д Н

Появляются мысли (склонность) к самоубийству? Д Н

Становитесь злым? Д Н

Становитесь склонным к физическому насилию? Д Н

Другое _____

36. Пытались ли вы прекратить или сократить потребление самостоятельно и обнаружили, что это невозможно?Д Н
37. Были ли у вас или у кого-либо мысли о том, что вы недоедаете или переедаете?Д Н
38. Чувствовали ли вы когда-либо, что не можете контролировать питаниеД Н
39. Пытались ли вы использовать следующие методы для потери веса:
- вызывание рвотыД Н
 - с помощью таблетокД Н
 - по программе потере весаД Н
 - слабительноеД Н
 - мочегонноеД Н
 - рвотноеД Н
 - сколько по времени _____
 - как часто? _____
40. Посещали ли вы диетолога?Д Н
41. Полагаете ли вы, что секс или нудизм - это плохо и грязно? ...Д Н
42. Полагаете ли вы, что секс делает жизнь сносной?.....Д Н
43. Вступали ли вы в сексуальные отношения, не глядя на последствияД Н
(напр., опасность быть пойманным, риск подхватить гонорею, СПИД, забеременеть, риск сексуального насилия)
44. Ощущаете ли вы, что жизнь не имеет смысла без любовных отношений или без сексаД Н
45. Чувствуете ли вы, вы свою ненужность, если не являетесь чьим-либо любовником?Д Н
46. Были ли у вас ситуации, когда КТО-ЛИБО предлагал вам секс так, или в таком месте, что вы бы не хотели бы этого?Д Н
47. Подвергались ли вы когда-либо или в настоящее время насилию или физическому истязанию в своем доме?Д Н
48. Были ли у вас когда-либо любовные отношения с персоной того же пола?Д Н
49. Теряли ли вы когда-либо рабочее или иное время из-за азартных игр?Д Н
50. Портили ли когда-либо азартные игры вашу домашнюю жизнь?Д Н
51. Чувствовали ли вы когда-либо угрызения совести из-за азартных игр?Д Н

52. Играли ли вы когда-либо в азартные игры до последнего рубля? Д Н
53. Проигрывали ли вы в азартные игры когда-либо больше, чем могли себе позволить? Д Н
54. Было ли, что вы не заботились о благосостоянии семьи во время азартных игр? Д Н
55. Создавали ли в вас разочарование, раздражение (и т.д.) стремление к азартным играм? Д Н
56. Часто ли вы цитируете религиозные высказывания? Д Н
Вы злитесь, когда делаете это? Д Н
57. Ваши религиозные убеждения вызывают:
 семейные споры Д Н
 финансовые напряжения Д Н
 потерю работы или отсутствие на ней из-за выполнения религиозных обязательств Д Н
58. Часто ли вы тратили деньги спонтанно или импульсивно Д Н
59. Часто ли вы дарите подарки членам семьи или друзьям, даже если не можете позволить себе этого или ваше финансовое состояние неблагоприятно? Д Н
60. Часто ли вы тратите деньги на вещи, которых вам недостает в жизни? Д Н
61. Сохраняете ли вы отношения с людьми, даже если полагаете, что это не совсем благоприятно для вас? Д Н
62. Часто ли вы делаете то, что значащие для вас люди хотят, чтобы вы сделали, даже если это противоречит вашим интересам или желаниям? Д Н
63. Часто ли вы ощущаете дискомфорт, когда вы не контролируете ситуацию или отношения? Д Н
64. Вы много курите? Д Н
65. Заинтересованы ли вы в том, чтобы бросить курить? Д Н
66. Хотели ли бы использовать жвачку NICIRETT или наклейки, чтобы бросить курить? Д Н
67. Довольны ли вы теперешней жизнью? Д Н
68. Желаете ли вы прекратить пить или потреблять наркотики? Д Н
69. Полагаете ли вы, что можете бросить употреблять алкоголь/наркотики самостоятельно? Д Н
70. Желаете ли вы посещать группы 12 шагов как часть своего выздоровления? Д Н
- Если нет, почему _____

95. Опишите нормальную деятельность в течение дня (расписание) _____

96. Что вы ожидаете от себя, пока находитесь здесь? _____

97. Что вы ожидаете от комплекса лечения химической зависимости? _____

98. Какие комментарии вы можете дать? _____

Подпись _____

Ваша подпись

Дата _____

Просмотрел _____

Подпись терапевта

Дата _____

Опросники для проработки 1-го шага и буклеты для привлечения к знакомству с программой АА\НА

РУКОВОДСТВО ПО НАПИСАНИЮ ПЕРВОГО ШАГА

1-Й ШАГ: МЫ ПРИНЯЛИ СВОЕ БЕССИЛИЕ ПЕРЕД АЛКОГОЛЕМ (НАРКОТИКОМ), ПРИЗНАЛИ, ЧТО ПОТЕРЯЛИ КОНТРОЛЬ НАД НАШЕЙ ЖИЗНЬЮ (НАШИ ЖИЗНИ СТАЛИ НЕУПРАВЛЯЕМЫМИ).

Разработка по Первому Шагу предназначена для того, чтобы помочь вам детально определить, как повлияла химическая зависимость на все важнейшие сферы вашей жизни. Первый Шаг предлагает вам принять бессилие перед алкоголем или наркотиком и выяснить, каким образом ваша жизнь стала неуправляемой. Это трудное задание, но оно является основой вашего выздоровления, и именно этот процесс избавления от бесполезных, бесплодных попыток контролировать потребление, необходим для успешного восстановления (выздоровления) от зависимости.

Напишите не менее пяти примеров на каждый из разделов, раскрывающих термины «Бессилие» и «Неуправляемость».

Для лучшего понимания Первого Шага, мы просим Вас почитать книгу «Анонимные Алкоголики»/»Анонимные Наркоманы» и книгу «12 Шагов и 12 Традиций».

1. БЕССИЛИЕ.

Бессилие перед психоактивными химическими веществами (алкоголем, наркотиками и т.д.) определяется, как неспособность больного зависимостью постоянно контролировать употребление веществ, изменяющих состояние сознания. Бессилие перед психоактивным веществом (ПАВ) проявляет себя различными способами, например, такими, как:

1. Прогрессирующее употребление химических веществ.
2. Безуспешные попытки контролировать употребление.
3. Озабоченность, связанная с употреблением химических веществ.
4. Потеря сознания, памяти или ориентировки во время опьянения.

Для лучшего понимания, насколько вы бессильны перед химическими веществами, напишите по каждому разделу не менее 5-ти конкретных примеров того, как вышеперечисленные симптомы проявляются в вашей жизни. Опишите примеры честно и подробно.

1. Прогрессирующее употребление химических веществ: вы стали употреблять чаще, в больших количествах, более длительные периоды времени или ваша толерантность (восприимчивость) увеличилась.

2. Безуспешные попытки контролировать употребление: вы старались прекратить употребление химических веществ, пытались употреблять только по определенным дням, употреблять в определенное время суток, переходили с одного вещества на другое, давали обещание себе и другим бросить потребление и т.п.

3. Озабоченность употреблением: ожидание употребления, создание ситуаций, в которых можно употреблять, озабоченность привычным психоактивным веществом в мыслях, даже когда вы трезвы. Расскажите обо всех скрытых, запланированных или захватывающих мыслях об употреблении, как вы манипулировали людьми ради того, чтобы гарантировать свое употребление. Напишите, на что еще вы шли ради того, чтобы получить алкоголь или наркотики.

4. Потеря сознания, памяти или ориентировки во время опьянения: потеря памяти на события в период опьянения, искаженное восприятие окружающего, восприятие вашего поведения в период таких состояний другими людьми.

2. НЕУПРАВЛЯЕМОСТЬ.

Неуправляемость означает полный беспорядок в вашей жизни из-за неспособности контролировать ее процесс. Неуправляемость возникает в связи с подчинением личности и, соответственно, всей ее жизни болезненному употреблению психоактивных веществ. Неуправляемость проявляется в следующих областях:

1. Разрушительное поведение под влиянием химических веществ.
2. Ухудшение физического состояния.
3. Эмоциональные проблемы.
4. Семейные проблемы.
5. Социальные проблемы.
6. Духовные проблемы.
7. Сексуальные проблемы.
8. Проблемы на работе, снижение профессионального уровня.
9. Финансовые проблемы.
10. Проблемы с законом.

1. Разрушительное, опасное или безрассудное поведение под влиянием химических веществ: оскорбление окружающих словами или действиями; порча имущества; разрушение отношений; причинение другим физической или эмоциональной боли; саморазрушающее поведение (на-

пример, попытки самоубийства или мысли об этом, умышленное или неумышленное нанесение себе травм, провоцирование других на нанесение вам физического или морального ущерба; происшествия на дорогах (вождение и нетрезвом виде, прямо или косвенно вызвавшее проблемы); продолжение употребления, несмотря на выраженные нарушения в функционировании организма); попадание в неловкие или опасные ситуации; употребление, когда вы этого делать не собирались; передозировки. Приведите примеры того, что вы не стали бы делать на трезвую голову.

2. Ухудшение физического состояния может проявляться в следующих областях: медицинские проблемы, физические недомогания, нарушения сна, питания, лечение у психиатров, в центрах детоксикации. Напишите примеры ухудшения физического состояния.

3. Эмоциональные проблемы. Как отразилось употребление химических веществ на вашем эмоциональном состоянии? Были ли у вас эмоциональные состояния, с которыми вы не могли справиться? Употребляли ли вы для того, чтобы заглушить чувства, с которыми не могли справиться (например, такие чувства, как страх, любовь, злость, гнев, чувство вины, обиды, одиночество, боль, депрессия)? Приведите примеры эмоциональных проблем.

4. Семейные проблемы обычно проявляются как: семейные скандалы, неспособность к нормальному общению с родителями, членами семьи, физическое насилие по отношению к членам семьи, невыполнение своих обязанностей по дому. Расскажите о случаях, когда вы хотели или обязаны были что-то сделать для членов семьи, но так и не сделали; случаи, когда вы нарушали данные своим близким обещания или врали им; когда вы их обманывали, например, в отношении денег, пользовались ими для решения своих проблем; вспомните случаи, когда вы срывались на них; как ваше употребление повлияло на их физическое, эмоциональное и духовное состояние.

5. Социальные проблемы: изменение круга друзей, отстранение от социальной активности, отказ от спорта, хобби, других интересов, изменение социальной жизни семьи, изолированность от мира. Приведите примеры социальных проблем в вашей жизни.

6. Духовные проблемы развиваются по мере прогрессирования вашей болезни, и вы начинаете отходить от тех духовных и личностных ценностей, которых вы придерживались раньше. Расскажите, как вы отходили от того, что было для вас важным, ценным; стали ли вы такими, какими хотели стать, или вы изменились как-то по-другому. Проверьте ваши духовные принципы и сравните их с теми, что приняты в обществе.

7. Сексуальные проблемы проявляются в следующем: импотенция, отсутствие интереса, безразличность в отношении к противоположному полу, измены, использование других для собственного удовлетворения, чувство вины в связи с прошлым сексуальным поведением. Приведите примеры сексуальных проблем в вашей жизни.

8. Профессиональные, рабочие проблемы: потеря работы (учебы) в связи с употреблением, неспособность найти работу из-за плохих рекомендаций с предыдущего места работы, прогулы работы, опоздания, низкое качество работы, неспособность выполнять работу. Приведите примеры.

9. Финансовые проблемы: финансовые затруднения, финансовые потери или плохое вложение денег, плохое распоряжение семейным бюджетом, неоправданные и необдуманные траты денег, траты денег на устранение последствий от употребления (штрафы, юристы, лечение), трата денег на психоактивные вещества. Приведите примеры финансовых проблем, подсчитайте, во что вам обошлась ваша зависимость.

10. Проблемы с законом: задержание за поведение в нетрезвом виде или во время потребления; скрытые и зафиксированные правонарушения; судимости.

Упражнение:

Периоды трезвости и случаи срывов.

(Составление таблицы-календаря периодов трезвости и срывов)

Указания: Цель настоящего задания - помочь вам более детально обдумать последние 3-5 периодов трезвости и рецидивов - срывов.

Периоды трезвости.

1. Подумайте о последнем периоде вашей трезвости и дайте ему общий заголовок-название, который бы описывал то, что этот период означает для вас.

Пример1: Если вы прекратили зависимо потреблять, чтобы удержать жену от развода, соответствующий заголовок будет: «Сохранить брак».

Пример2: Если вы прекратили потреблять, чтобы вас не выгнали с работы, то заголовок звучит: «Сохранить работу».

Пример 3: Если вы прекратили потреблять, потому что почувствовали физическое нездоровье от продолжения потребления, заголовок бу-

дет звучать: «Слишком нездоров, чтобы продолжать употреблять».

2. Поставьте дату начала вашего первого периода трезвости в ячейку «Начальная дата».

3. Поставьте дату возврата к зависимому потреблению в ячейку «дата прекращения».

4. Проставьте продолжительность трезвости в ячейку «Продолжительность».

5. Коротко опишите этот период трезвости.

Пример 1: «Все стало лучше, но мне было скучно и хотелось какого-то возбуждения».

Пример 2: «Все было в порядке, но стало много работы, появились проблемы дома, которые мне не нравятся».

6. Напишите, что, по вашему мнению, было первой установкой на срыв. Другими словами, что вы сделали, чтобы вернуться к зависимому потреблению?

Эпизоды рецидивов:

1. Подумайте о последнем эпизоде рецидива и дайте ему общий заголовок-название, который бы описывал то, что этот рецидив означает для вас.

Пример 1: Если вы сорвались, потому что жена развелась с вами, хотя вы и думали, что вы прекратили пить, соответствующий заголовок будет: «Рецидив развода»

Пример 2: Если вы сорвались, потому что вас уволили, хотя вы были в абстиненции, хороший заголовок звучит: «Рецидив потери работы».

2. Поставьте дату начала вашего последнего срыва в ячейку «Начальная дата».

3. Поставьте дату прекращения зависимого потребления в ячейку «дата прекращения».

4. Проставьте продолжительность зависимого потребления в ячейку «Продолжительность».

5. Коротко опишите этот эпизод рецидива.

Пример 1: «Я начал пить, считая, что я могу контролировать выпивку. Так продолжалось некоторое время, затем я потерял контроль, и стало все хуже, чем было».

Пример 2: «Я знал, что я не могу контролировать потребление, и не пытался. Я только хотел убрать страдания. Пьянство закончилось тем, что я почувствовал себя еще хуже».

6. Напишите, чего вы хотели достичь зависимым употреблением.

Пример 1: «Я хотел соединиться с теми друзьями, которые еще про-

должали пить или потреблять наркотики».

Пример 2: «Я хотел прекратить злость и раздражение и быть способным

расслабляться и радоваться жизни».

Пример 3: «Я хотел, чтобы секс был лучше».

7. Достигли ли вы того, чего хотели, возвратившись к зависимому употреблению?

8. Напишите, какова суровость последствий списка ваших рецидивов и спросите себя, стоило ли то, что вы получили от зависимого потребления столько, сколько вы заплатили за это.

9. Подумайте, сколько вреда принес эпизод рецидива.

а. Если срыв вызвал малые личные проблемы, которые не повлияли на других, и не создали серьезных последствий, отметьте в ячейке «Слабые»;

б. Если срыв создал проблемы для других, но не повредил сильно вашему здоровью и вашему образу жизни, отметьте ячейку «Умеренно»;

в. Если в результате срыва возникли серьезные проблемы у других, для вашего здоровья, или образа жизни, отметьте клетку «Сильно». Отметьте «сильно», если...:

1) Вам пришлось пойти в больницу для детоксикации;

2) Если вы были наказаны, предупреждены, отстранены от работы в результате срыва;

3) вы расстались с семьей или развелись из-за срыва;

4) в результате срыва вас арестовали.

10. Повторите перечисленные выше шаги для каждого эпизода срыва и трезвости из вашего Календаря срывов.

Опасные признаки развития срыва

(еще одно напоминание о них)

1. Начинаете пропускать собрания групп АА (НА) по разным причинам - действительным и надуманным.

2. Становитесь критичными к методам восстановления или способам жизненного функционирования, применяемым другими членами АА\НА, которые, возможно, не во всем с Вами соглашаются. Чувствуете себя умнее или выше других алкоголиков\наркоманов.

3. Лелеете мысль о том, что однажды, каким-то образом Вы снова сможете выпивать\потреблять и стать «нормально пьющим\потребляющим» человеком.

4. Перепоручаете товарищу работу по 12-ому Шагу в группе, т.к. Вы сами слишком заняты.

5. Становитесь уверованным в свое старшинство в АА\АН и на каждого новичка смотрите со скептицизмом и предвзятостью.

6. Становитесь столь довольны своими собственными воззрениями на Программу, что считаете себя «почетным деятелем АА (НА)».

7. Создаете (или входите) в своей группе маленькую обособленную группку, состоящую всего из нескольких членов, которые сходятся с вами во взглядах.

8. Сообщаете новичку по секрету, что Вы сами не принимаете всерьез некоторые из 12-ти шагов.

9. Допускаете все больше и больше мыслей о том, как много Вы помогаете другим, а не о том, как много Программа АА\АН помогает Вам.

10. Если у какого-нибудь несчастного товарища срыв, Вы сразу его бросаете.

11. Развиваете в себе привычку занимать деньги у товарищей по АА\НА, а потом избегаете собрания, чтобы не испытывать затруднений и смущения.

12. Считаете план на 24 часа жизненно важным для новичков, но не для себя. Вы давно уже преодолели необходимость в этом.

Это Я - твоя болезнь, зависимость.

(письмо от болезни)

Ненавижу собрания. Ненавижу Высшую Силу. Ненавижу всех, кто «в программе». Пусть разразит гром каждого, кто стал у меня на пути. Всем желаю смерти и мучений.

Разрешите представиться: Я - Болезнь, именно я убила миллионы людей и довольна этим. Люблю действовать неожиданно. Люблю делать вид, что я подруга, любовница. Разве я не приносила тебе облегчения? Не доставляла удовольствия? Признайся, что я спасала тебя от одиночества и всегда приходила на помощь, когда не хотелось жить. Люблю, когда ты мучаешься. Мне нравится делать так, чтобы ты уже совсем ничего не чувствовал, даже мучений. Тогда наступает мой триумф.

Я предоставляю тебе сиюминутное облегчение, чтобы потом ты мучился до бесконечности. Я, твоя болезнь, всегда буду рядом с тобой. И даже тогда, когда все в порядке, все хорошо. Вместе мы можем уничтожить все хорошее, что есть в твоей жизни. Главное - сохранить наши отношения в тайне, чтобы никто не смог встать между нами.

Хотя я и являюсь болезнью, которую все ненавидят, я никогда не прихожу без приглашения. Каждый должен сам меня выбрать. Но таких, которые желают меня, несмотря на доводы разума, смысла, не смотря на потерю спокойствия - миллионы. Я никогда не останусь в одиночестве.

Еще больше чем вы ненавидите меня, я ненавижу всех вас, тех которые придумали программу 12 шагов. Я не терплю эту программу, ваши собрания, эту вашу Высшую Силу. Они до такой степени ослабляют меня, что я не могу быть тем, чем могу быть в расцвете сил.

Теперь я должна затаившись сидеть тихо. Ты не видишь меня, но я бдительна, я жду соответствующего момента. Я никогда не исчезну. Я такая же как всегда, а порой могу стать еще хуже. Если только ты существуешь, я живу. Если ты живешь, то я существую. Я всегда рядом с тобой. И пока мы снова не встретились, если вообще нам удастся когда-нибудь встретиться, я от всего сердца желаю тебе самого худшего.

Твоя Болезнь.

Отчетная документация отделения.

ТЕТРАДЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ) РАБОТЫ

Число, месяц, год, день недели.

Количество пациентов:

Из них - ПДН - , соматическое наблюдение - , надзор - , прочие - .

ДНЕВНЫЕ ЛЕКЦИИ (СЕССИИ, ТРЕНИНГИ И ПР.)

№	ВРЕМЯ	ТЕМА	ВЕДУЩИЙ	ПОДПИСЬ

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ) ГРУППЫ

Время проведения: с _____ по _____

Всего занято пациентов: _____

Не распределены на группы (Ф.И.О.): _____

№	Ф.И.О.	кол-во в группе	ПДН	Не было	Соматика	Отпуск	отказ	подпись терапевта

ВЕЧЕРНИЕ ЗАНЯТИЯ:

№	время	Тема занятия	ведущий	подпись

Присутствовало пациентов:

Отсутствовали (Ф.И.О. пациентов): _____

из них: соматическое наблюдение - ____, отпуск - _____, направлены на группы АА/НА - _____, без уважительной причины (Ф.И.О.) _____

НАПРАВЛЕННЫ НА ГРУППЫ АА

НАЗВАНИЕ ГРУППЫ АА		НАЗВАНИЕ ГРУППЫ АА	
№	Ф.И.О.	№	Ф.И.О.

Сопровождающий _____ Сопровождающий _____

Подпись _____ Подпись _____

СОЦИАЛЬНЫЕ РАБОТНИКИ:

1. Ф.И.О. - направлен на обследование социальных условий жизни пациента (Ф.И.О.), дата направления. И т.д.

СПЕЦИАЛИСТ ПО СОЦ. РАБОТЕ: Ф.И.О. ПОДПИСЬ.

Пациент Ф.И.О. - направлен на беседу к соц. работнику по теме: _____

Ведущий группы, врач, психолог: _____ подпись _____

ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА ВЫПОЛНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ:

Подпись _____

ЗАВЕДУЮЩИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ:

Подпись _____.

Тетрадь консультативной работы

(врача психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе)

Дата: _____

Чтение лекций: _____

Время: _____

Тема: _____

Групповые занятия (малые группы).

Время: _____

Количество пациентов: _____

№	Ф.И.О. пациентов	Прочие дополнения

Комментарий по работе группы _____

Индивидуальная работа: _____

Ф.И.О. пациента - вид работы, комментарии.

Подпись ведущего:

Подпись зав. отд.:

НЕДЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА В МАЛЫХ ГРУППАХ

ДАТЫ с _____ по _____

КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ ГРУППЫ В ПРОЦЕССЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
(ФОРМИРОВАНИЕ ГРУППЫ).

Вклеивается в индивидуальную тетрадь группового терапевта.

	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1
0						

Дата	_____	_____	_____	_____	_____	_____
кол-во						
пациентов	_____	_____	_____	_____	_____	_____

ШКАЛА ОЦЕНКИ:

1. АКТИВНЫЙ УХОД ОТ РАСКРЫТИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ТЕМ. НЕИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АКТИВНОГО (ПРОДУКТИВНОГО) ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.
2. НЕСТАБИЛЬНАЯ НЕНАПРАВЛЕННАЯ АКТИВНОСТЬ.
3. АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕНЕЕ ПОЛОВИНЫ ГРУППЫ.
4. АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ГРУППЫ.
5. ПРОДУКТИВНАЯ, АКТИВНАЯ РАБОТА ВСЕЙ ГРУППЫ.

КОММЕНТАРИИ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ:

ПОДПИСЬ ТЕРАПЕВТА:

ПОДПИСЬ ЗАВ. ОТД.:

НЕДЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТА В ГРУППОВОМ ПРОЦЕССЕ (МАЛЫЕ ГРУППЫ).

(для подклеивания в историю болезни)

Ф.И.О. _____ № и/б _____

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ: с _____ по _____

2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0
-1	-1	-1	-1	-1	-1
-2	-2	-2	-2	-2	-2

ДАТА

ШКАЛА ОЦЕНКИ:

- 2 - АКТИВНОЕ УКЛОНЕНИЕ (СОПРОТИВЛЕНИЕ)
- 1 - ПАССИВНОЕ УКЛОНЕНИЕ (ЗАЩИТА)
- 0 - НЕЙТРАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ
- 1 - ПАССИВНЫЙ ЧЛЕН ГРУППЫ (С ПРИНЯТИЕМ ГРУППОВОГО ПРОЦЕССА)
- 2 - АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ

КОММЕНТАРИИ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ДИНАМИКИ:

ПОДПИСЬ ТЕРАПЕВТА _____

ПОДПИСЬ ЗАВ. ОТД. _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ГРУППОВАЯ ДИНАМИКА ПАЦИЕНТА.

Ф.И.О. пациента _____

Дата поступления _____

История болезни № _____

Дата	№	Описание проблемы	Прогноз решения проблемы	Подпись терапевта

Карта социального обследования на дому.

(по Батищеву В.В.)

Ф.И.О. пациента _____ № и/б (карты) _____

Адрес: _____ дата поступления _____

Дата обследования: _____

1. Родительская семья:

1.0. - отсутствует.

1.2. - неблагополучная

1.1. - неблагополучная

1.3. - прочее

Пояснения _____

2. Нуклеарная семья:

2.0. - отсутствует.

2.3. - неблагополучная

2.1. - благополучная

2.4. - развод

2.2. - фактический брак

2.5. - вдовство

2.6. - прочее

Пояснения _____

3. Материальные проблемы:

3.1. - отсутствуют

3.3. - резко выраженные

3.2. - нерезко выраженные

3.4. - прочее

Пояснения _____

4. Количество иждивенцев: _____

5. Основной вклад в бюджет семьи: _____

6. Жилищные проблемы:

6.1. - отсутствуют

6.3. - резко выраженные

6.2. - нерезко выраженные

6.4. - пребывание в спец. учреждениях

6.5. - прочее

Пояснения _____

7. Отношения с соседями:

7.0. - отсутствуют

7.2. - неблагополучные

7.1. - благополучные

7.3. - конфликтные

7.4. - прочее

Пояснения _____

8. Наличие злоупотребляющих алкоголем/наркотиками лиц в ближнем окружении:

8.0. - семья: _____

8.1. - соседи (знакомые): по квартире/ этажу/ подъезду/ в доме/ на улице/ _____

8.2. - прочее _____

9. Отношения с членами семьи:

9.1. С родителями:

9.1.0. - отсутствуют 9.1.2. - неблагополучные

9.1.1. - благополучные 9.1.3. - конфликтные

9.1.4. - прочее

Пояснения _____

9.2. С братьями/сестрами:

9.2.0. - отсутствуют 9.2.2. - неблагополучные

9.2.1. - благополучные 9.2.3. - конфликтные

9.2.4. - прочее

Пояснения _____

9.3. С супругом(ой):

9.3.0. - отсутствуют 9.3.2. - неблагополучные

9.3.1. - благополучные 9.3.3. - конфликтные

9.3.4. - прочее

Пояснения _____

9.4. С детьми:

9.4.0. - отсутствуют 9.4.2. - неблагополучные

9.4.1. - благополучные 9.4.3. - конфликтные

9.4.4. - прочее

Пояснения _____

10. Нарушения общественного порядка: ЕСТЬ/НЕТ

Пояснения _____

Подпись обследующего _____

Путеводитель для работы в малой группе.

Путеводитель для работы в малой группе.

Следующие путеводящие направления предлагаются вам как участнику малой психотерапевтической группы, чтобы достичь наибольшего для вас результата. Научение тому, как функционировать в группе не происходит автоматически. Здесь представлены некоторые из основных методов общения, овладев которыми вы сможете получить полезный и приносящий удовлетворение опыт.

1. Слушайте.

Слушайте, что человек в действительности пытается вам сказать. Учитесь слушать так, чтобы вы могли повторить сказанное, - это поможет вам реально понимать то, что говорится.

2. Делитесь.

Будьте готовы сказать о себе более глубоко. Это - когда вы говорите о своих чувствах: и приятных вам и неприятных. Позвольте себе испытывать неприятные чувства.

3. Будьте открытыми.

Практикуйте открытую позицию в отношении того, кто с вами в группе. Будьте реальным «Я», будьте естественным и расслабленным.

4. Доверяйте.

Поверьте, что людям можно доверять так же, как и вам. Доверяйте им, и они будут доверять вам. Построение доверия в группе - действительно, трудная задача, потому что каждый из нас боится говорить о чем-то личном, стать преданным или критикуемым кем-то. Но рискните и попробуйте.

5. Спрашивайте.

Вы можете помочь каждому человеку, сознавая, что он говорит и, задавая ему вопросы, которые показывают, что вы его понимаете.

6. Не критикуйте.

Конструктивные и позитивные установки имеют большое значение для того, чтобы иметь возможность получения опыта в группе. Не критикуйте ошибки и недостатки других. Помните о том, что критика - это один из способов защиты от своих собственных чувств.

7. Не давайте советов.

Это не наше право предлагать каждый раз совет кому-либо в группе. Сделать так - значит лишить человека возможности самостоятельно принять решение. Дайте человеку право и возможность найти свои собственные ответы на свои вопросы и проблемы.

8. Осознавайте свое собственное поведение.

Наблюдайте за тем, как вы функционируете в группе и с группой. Отметьте, например, как много времени вы говорите в группе: слишком много, недостаточно много или как раз нормально. Вы можете получить обратную связь о своем поведении от других участников группы.

9. Будьте честными с собой и другими.

Говорите о чем-либо так, как это есть на самом деле. Это даст вам ощущение внутренней свободы. В этом случае отношения доверия будут построены быстрее. Рискните поделиться своими чувствами.

10. Принимайте результат.

Даже если вы получили от работы в группе меньше того, что хотели бы, знайте, что другие тоже что-то приобретают из этого опыта. Примите тот результат, который вы получили на данный момент, может быть в следующий раз вам удастся извлечь нечто большее.

ПРАВИЛА ГРУППЫ.

1. Используйте в разговоре только «Я» для заявления. Можно говорить: «Я думаю...», «Я чувствую...» и т.п. Нельзя говорить «Он думает...», «Он чувствует...» и т.п.

2. Слушайте. Когда кто-то из членов группы говорит, его нужно слушать не перебивая. Нельзя комментировать слова других участников во время их речи. Если вы хотите что-то сказать говорившему или прокомментировать его слова, то спросите у него разрешение и только потом говорите.

3. Соблюдайте конфиденциальность. То, что происходит в группе, должно там и оставаться. Нельзя рассказывать кому - либо о жизни, мыслях, чувствах других участников. В случае, если вы делаете это, то должны позаботиться о том, чтобы никто не мог опознать по вашим словам конкретного человека.

4. Оставайтесь «здесь и сейчас». Говорите о ваших переживаниях в настоящий момент, о ваших сегодняшних проблемах. Старайтесь свести до минимума воспоминания о прошлом и мечты о будущем.

5. Давайте конструктивную обратную связь. Говорите не о человеке в целом, а о его поведении в конкретной ситуации. Говорите о своих чувствах по поводу его поведения. Не давайте советов.

Тренинговые письменные задания для подготовки их пациентами к обсуждению на групповой терапии.

1. «Кто такой - алкоголик/наркоман?» Пять признаков наличия алкоголизма/наркомании у человека. Задание дается в том случае, если пациенты отрицают наличие у себя болезни или ее отдельных проявлений. В процессе разбора задания желательно просить пациентов сравнивать те проблемы, которые уже есть в их жизни, с названными признаками.

2. «Мои признаки алкоголизма/наркомании». Пять примеров. Рекомендовано применять тогда, когда есть подозрение, что у большинства пациентов группы имеется декларативность в признании наличия у себя болезни.

3. Ответ на письмо болезни (см. приложения). Дается пациентом после чтения и проработки на группе письма от болезни. Рекомендуется применять в случаях саботирования пациентами групповой работы или признаков саботажа лечения внутри отделения.

4. «Что плохого и что хорошего в трезвости и пьянстве/потреблении?» Привести по пять-семь примеров. Задание рекомендовано давать в том случае, если пациенты занимаются декларативным восхвалением лечения и трезвости.

5. «Что должен делать психолог на группе?» Написать не менее пяти рекомендаций. Рекомендовано давать пациентам это задание в период развития у них агрессии к психотерапевту.

6. «Чем вам помогают различные методики лечения, применяемые в отделении: групповая психотерапия, лекции, вечерние занятия, индивидуальная работа?» Привести по пять конкретных примеров на каждую методику. Рекомендовано давать пациентам в том случае, когда они уклоняются от групповой работы (скрывают агрессию) с помощью декларативного восхваления лечебной программы.

7. «Каким образом вам будут помогать группы АА/АН?» Привести пять конкретных примеров. Рекомендуется при подозрении на декларативность в хвалебных заявлениях пациентов относительно программы АА и обещаниях посещать группы сообщества после окончания лечения.

Можно применять и по-другому сформулированные письменные задания для пациентов. Можно давать индивидуальные задания, например, в том случае если пациент пытается уклониться от обсуждения той или иной темы на группе, ссылаясь на неподготовленность.

Правила распорядка отделения.

ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

I. Запрещается:

1. Хранить, употреблять и проносить в отделение алкоголь, наркотики и другие химические вещества, изменяющие настроение;
2. Выходить за территорию отделения без специального письменного разрешения;
3. Нарушать анонимность других пациентов;
4. Курить в местах не предназначенных для этого;
5. Пищевые продукты разрешается хранить только в холодильниках в подписанных целлофановых пакетах;
6. После отбоя ходить по отделению, мешать отдыху других пациентов;
7. Играть в карты, хранить и использовать видео- и аудиоаппаратуру;
8. Звонить по телефону разрешается только в строго отведенное для этого время в присутствии медицинского персонала отделения;
9. Нецензурно выражаться, угрожать медицинскому и иному персоналу отделения;
10. Неуважительно относиться к другим пациентам или персоналу отделения или оскорблять их;
11. Употреблять пищу и кипятить воду для чая в местах не приспособленных для этого;
12. Держать скоропортящиеся продукты свыше срока годности.

II. Обязательно к соблюдению:

1. Посещение всех видов лечебных занятий и мероприятий, проводимых в отделении;
2. Соблюдение распорядка дня;
3. Прогулки за территорию отделения разрешаются только после 10 дня с момента поступления, отпуска после 14 дня, и только по разрешению заведующего отделением на письменном заявлении;
4. Выполнение требования медицинского и иного персонала, связанные с организацией работы отделения (выполнение распорядка дня, хоз. работы, дежурство по отделению и кухне и пр.).

Посещение пациентов родственниками разрешается только с 16.00. по 18.00, по выходным дополнительно с 10.00. по 11.00.;

III. Рекомендуются:

Деньги, ценные вещи или одежду сдавать на хранение старшей медицинской сестре, т.к. АДМИНИСТРАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОХРАННОСТЬ ВЕЩЕЙ НЕ НЕСЕТ;

Поступающим пациентам иметь при себе одежду для выхода на улицу, соответствующую сезону;

Иметь при себе небольшое количество денег для проезда на городском транспорте, т.к. по лечебной программе пациенты могут быть отправлены в город для посещения групп АА.

В случае несоблюдения правил распорядка отделения пациент **ПОДЛЕЖИТ НЕМЕДЛЕННОЙ ВЫПИСКЕ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ.**

ОЗНАКОМЛЕН:

Пациент _____
Родственник _____
Деж. Сестра _____
Число _____

Признаки «САБОТАЖА» лечения.

Саботаж - это разновидность отрицания болезни, проявляющаяся активным, сознательным сопротивлением лечебному процессу.

1. Пациенты на занятиях говорят о чем угодно, только не о злоупотреблении ПАВ и не о своем заболевании. Может обсуждаться: плохой обед, плохая лекция, плохая группа, особенности личностей сотрудников программы и т.д.

2. Пациенты выбирают из программы только то, что им нравится: «Мне нравятся лекции (групповая терапия вечерние занятия, группы АА/АН и т.д.), а групповая терапия (вечерние занятия, группы АА/АН и т.д.) - полная ерунда».

3. Соглашательство со специалистами и программой.

4. Игра в наивного ребенка, «дурачка», отказ от какой-либо ответственности, т.е. пациенты ведут себя так, как будто не понимают, что от них требуется (о чем идет речь).

5. Пациент утверждает: «Зависимый - это не я. Зависимые люди - это отбросы общества». Противопоставляет себя другим пациентам.

6. Пациент испытывает жалость к себе: «Я - больной человек, а Вы

от меня что-то хотите».

7. Пациент («профессиональный») утверждает, что он несколько раз лечился, и что он знает ответы на все вопросы относительно лечения и восстановления. (Но почему-то трезвым не остался).

8. Пациент настраивает свою семью против специалистов программы. Семья начинает защищать и оправдывать больного, выяснять отношения со специалистами отделения.

9. Пациент пытается создать вокруг себя атмосферу загадочности, нагоняет «туман», пытается говорить о каких-то «секретах»: «Это не относится к потреблению...», «Мне стыдно говорить об этом...», «Есть вещи, о которых я не могу вам говорить...» и т.д.

10. Пациенты с проявлениями саботажа пытаются организоваться в неформальные группы, противостоящие сотрудникам отделения и другим пациентам.

11. Пациенты активно мешают вести занятия, пытаются «сбить» с темы, либо ведущего занятия специалиста, либо других пациентов, например, на психотерапевтической группе.

12. Пациент пытается завязать «дружеские» отношения с сотрудниками программы (желательно с руководителем), обещая всяческую помощь в решении проблем личного или хозяйственного характера.

13. Пациенты пытаются «сравнить» между собой различных сотрудников программы, например, с помощью лесты выделяют кого-либо из общего числа специалистов или в жалобах искажают реальные действия и слова какого-либо «обидевшего» их работника программы.

14. Пациенты оправдывают деструктивные действия других пациентов.

15. Пациенты злобно-иронически выказывают свое негативное мнение о тех или иных занятиях (специалистах).

Если кто-либо из сотрудников программы поощряет или допускает такое поведение пациентов, то возникает ситуация, когда саботаж может охватить всех проходящих лечение больных.

СПИСОК ЛЕКЦИЙ.

1. Что должен знать пациент.
2. Биохимия (видео).
3. Кривая Джеллиника 1.
4. Биохимия зависимости.
5. Кривая Джеллиника 2.
6. Этапы выздоровления от зависимости.

7. Лечение алкоголизма (зависимости).
8. Методы лечения алкоголизма (зависимости) и программа «12 шагов».
9. Групповая динамика.
10. Обратная связь.
11. Механизм принятия решения.
12. Негативное и зависимое мышление.
13. Чувства.
14. Введение в транзактный анализ.
15. Механизмы психологической защиты.
16. Нечестность.
17. Игра «Алкоголик».
18. Комппульсивное поведение.
19. Честность.
20. Своеволие и отказ от упрямства.
21. Игры. Часть 1.
22. Полное согласие в отличие от уступчивости (соглашательства).
23. Напряжение.
24. Игры. Часть 2.
25. Семейные аспекты химической зависимости.
26. Манипуляции.
27. Дефекты характера, мешающие восстановлению.
28. Типы жизненных сценариев. Тип сценария жизни у больных зависимостью.
29. 10-й шаг АА.
30. Чувство обиды.
31. Сказки.
32. Чувство вины.
33. Формирование сценария у больного зависимостью.
34. Одиночество.
35. Гнев.
36. Ложные представления о срыве.
37. Симптомы срыва.
38. Депрессия (депрессивный синдром).
39. Физические симптомы, возникающие в период выздоровления.

СПИСОК ЛЕКЦИЙ для вечерних занятий.

1. Путь «12 шагов».
2. АА и лечебная программа.
3. 1-й шаг (аудиолекция + беседа).

4. Бессилие (1-й шаг).
5. Неуправляемость (1-й шаг).
6. 2 и 3-й шаги (аудиолекция + беседа).
7. Здравомыслие.
8. Лозунги (девизы) АА.
9. «Живи одним днем». Программа «одного дня» (аудиолекция+ беседа).
10. «Живи и давай жить другим».
11. Срыв.
12. 15 пунктов трезвой жизни.
13. Молитва о душевном покое.
14. 4 и 5-й шаги (аудиолекция + беседа).
15. Благодарность - способ изменения негативного и зависимого мышления.

ЛЕКЦИИ ВЫХОДНЫХ ДНЕЙ.

1. Взгляд сообщества АА/АН на зависимость.
 2. Методология восстановления от зависимости сообщества АА/АН.
 3. Принципы помощи программы.
 4. Истории выздоравливающих по программе людей.
- На лекциях по выходным дням используются материалы, содержащиеся в литературе сообщества АА: книгах «Анонимные Алкоголики» и «Жить трезвым».

ВИДЕОФИЛЬМЫ.

1. Отец Мартин 1. «Беседа с мелом у доски».
2. Отец Мартин 2. «12 шагов АА».
3. «Меня зовут Bill W». Художественный (телевизионный) фильм. США.
4. «Когда мужчина любит женщину». Художественный фильм. США.
5. «Чистый и трезвый». Художественный фильм. США.
6. «Путешествие к заокеанским алкоголикам». Телевизионный фильм. Россия.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айзенбах-Штангль И. Движение Анонимные Алкоголики. // Политика в отношении алкоголя и наркотиков: материалы ВОЗ и ООН. - М.: Ж. Вопросы наркологии. - 1996 г. - Внеочередной номер.
2. Алкоголизм - семейная болезнь. М: Двенадцать. - 1994г.
3. Анонимные алкоголики. Нью - Йорк: Alcoholics anopimous word services, inc. - 1989г.
4. Барцалкина В.В. Программа духовного развития «12 шагов» в практике лечения алкоголизма. - М: Ж. Мир психологии и психология в мире. - 1994. - N 0.
5. Барцалкина В.В. Ад благих намерений. - М: Ж. Путь к себе. - 1993. - № 8/9.
6. Батищев В.В. 12-шаговые групповые программы в клинике алкоголизма. - М.: Ж. Вопросы наркологии. - 1998. № 2.
7. Батищев В.В., Негериш Н.В. Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ. - М.: Ж. Вопросы наркологии. - 1999. № 3.
8. Батищев В.В., Негериш Н.В. Основные принципы построения программы терапии зависимостей. - М: Ж. Алкогольная болезнь. - 1999. - № 2.
9. Батищев В.В., Негериш Н.В., Смирнова Е.В. Аддиктивное поведение. - Ставрополь: Учиздат. - 2000.
10. Берн Э. Введения а психиатрию и психоанализ для непосвященных. СПб: Братство. 1991г.
11. Берн Э. Трансактный анализ и психотерапия. СПб: Братство. - 1992г.
12. Берн Э. Трансактный анализ в группе. М: Лабиринт. - 1994.
13. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум и поведение. М: Мир. - 1988.
14. Браун Д., Педдер Д. Введение в психотерапию: принципы и практика психодинамики. М: Класс. 1998 г.
15. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. М: РБФ «НАН». - 1997.
16. Валентик Ю.В. Мишени психотерапии при алкоголизме. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. М: РБФ «НАН». - 1995.
17. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. М: РБФ «НАН». - 1995.

18. Воронович Б. Терапевтическая программа отделения отвыкания от алкогольной зависимости и роль в ней бывших больных алкоголизмом. // Кустанай: Ж. Вопросы психиатрии и наркологии. - 1991.
19. Воронович Б. Алкоголизм: природа, лечение, выздоровление. М: «ООО ИИЦ «Информ - 12»». - 1999.
20. Двенадцать шагов и двенадцать традиций. Нью-Йорк: Alcoholics anopimous word services, ins. - 1989г.
21. Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. М: Прогресс, Универс. - 1993.
22. Жить трезвым. Нью-Йорк: Alcoholics anopimous word services, ins. - 1990г.
23. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. М: РБФ НАН. - 1995.
24. Иванец Н.Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. // Лекции по клинической наркологии. / Под редакцией Н.Н. Иванца. М: РБФ НАН. - 1995.
25. Иванец Н.Н., Валентик Ю.В. Алкоголизм. М: Наука. - 1988.
26. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. М:Российский благотворительный фонд «НАН». - 1996.
27. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия. Минск: Высшая школа. - 1997.
28. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М: Академический Проект. - 1999.
29. Лосева В.К., Луньков А.И. Психосоциальное развитие ребенка. М: ТОО ЭСИ. - 1995 г.
30. Лосева В.К., Луньков А.И. Рассмотрим проблему. М: ТОО ЭСИ. - 1995 г.
31. Макаров В.В. Психотерапия и психологическое консультирование. М: Российская медицинская академия последипломного образования. - 1998 г.
32. Мартин Д. Беседы с мелом на доске. Санкт-Петербург: Фонд им. С. Батория. - 1993г.
33. Москаленко В.Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. М: Наука. - 1992г.
34. Нарахно К. Гештальттерапия. Воронеж: НПО МОДЭК. - 1995г.
35. Негериш Н.В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных зависимостью от психоактивных веществ. - М.: Ж. Вопросы наркологии. - 1999. - № 2.

36. Некоторые принципы взаимоотношений членов сообщества АА. //Почему митинги АА помогают алкоголикам? Варшава - Санкт-Петербург: Фонд им. С. Батория. Ж. Арка. - 1997.

37. Осятинский В. Алкогольная зависимость: болезнь или порок. Санкт-Петербург: Институт Открытое Общество. - 1997.

38. Отчет Совета по групповой и индивидуальной психотерапии и психокоррекции в наркологии за 1997 г. М.: Комитет здравоохранения г. Москвы. 1998 г.

39. Роджерс К. О групповой психотерапии. М: Прогресс. - 1993г.

40. Рудестам К. Групповая психотерапия. М: Прогресс. - 1993г.

41. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. М: СПб: «издательство БИНОМ» - «Невский диалект». - 1998.

42. Шабанов П.Д., Калишевич С.Ю. Биология алкоголизма. СПб: «Лань». - 1998.

43. Ширман А. Депрессия. Путь к исцелению. М: Деконт +. - 1998.

44. Alford G.S., Koehler R.A., Leonard J. Alcoholics Anonymus-Narcotics Anonimus model inpatient treatment of Chemically dependent adolescents: A II-year outcome study. New York. - 1991.

45. Annis H.M. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. Toronto: Addiction Research Foundation. - 1986.

46. Atkinson S.J., Fischer J.L. Factor affecting codependent's support group attendance. Texas: Tech University. J.Alcohol. Treat. Quart. N 1. - 1996.

1. Bassin A. Proverbs, slogans, and folk sayings in the therapeutic community: Aneglected therapeutic tool. Journal of Psychoactive Drugs 16 (1): 19-24. - 1984.

48. Barton R. Institutional Neurosis. Bristol: John Wright. - 1959.

49. Bean M. Alcoholics Anonymous I.//Psychiatric Annals. New York. - 1975.

50. Bean M. Alcoholics Anonymous II.//Psychiatric Annals. New York. - 1975.

51. Bean M. Clinical Implication of Models for Recovery from Alcoholism. The Haworth Press, Inc. - 1984.

52. Berzins J.I. Therapist - patient matching. New York. - 1977.

53. Bill B. Compulsive Overeater. The Basic Text for Compulsive Overeaters. Minnesota: RCDI. - 1981.

54. Blane H.T. Psychotherapeutic Approach. New York: Plenum. - 1977.

55. Borkman. T. A Social-Experiential Model in Programs for Alcoholism Recovery. National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. DHHS Publication No.83-1259. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. - 1983.

56. Borkman T. Third Generation Self-Help Organizations: Social Model Alcoholism Recovery Programs. Paper presented at the Southern Sociological Society annual meeting. Memphis, Tennessee. - 1982. April 15.

57. Borkman. T., Shaw. S. Social Model Alcohol Recovery. Burbank. California: Bridge Focus. Inc. - 1990.

58. Bowers T.G., Al-Redha M.R. A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. - 1990.

59. Brown S. Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery. New York: John Wiley and Sons. - 1985.

60. Cahalan D., Cisin. I.H., Crossley H.M. American Drinking Practices: A National Survey of Behavior and Attitudes. Monograph 6. New Brunswick. New Jersey: Rutgers Center for Alcohol Studies. - 1969.

61. California Association of Alcoholic Recovery Homes (CAARH). Alcoholic Recovery Homes: Principles, Guidelines, Recommendations. Sacramento: California Association of Alcoholic Recovery Homes. - 1973.

62. Capra F. The turning point: A new vision of reality. J. The Futurist. December: 19-24. Institute of Medicine (IOM). - 1990.

63. Capra F. Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems. Washington, D.C.: National Academy Press. - 1982.

64. Chem J. Spirituality and chemical dependency. J. Dependency Treat. N 2. - 1995.

65. Clark D.H. Administrative Therapy. London: Tavistock Publications. - 1964.

66. Clark D.H. The therapeutic community. British Journal of Psychiatry 131: 553-64. N 6. - 1977.

67. Cook C.C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth? Part II: Evidence and conclusions.//Congress on Alcohol and Health. Rockville, Maryland. - 1994.

68. Cooney N.I., Kadden R.M., Litt M.D. et al. Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. - 1991.

69. Crewe Ch.W. A Look at Relapse. Minnesota: Center City. - 1980.

70. Cross G.M. et al. Alcoholism treatment: A ten-year follow-up study. Alcohol Clin Exp Res N 2. - 1990.

71. Davis J. Endorphins, New Waves in Brain Chemistry. - 1984.

72. Davis V.E., M.J.Walsh. Alcohol, Amines, Alkaloids: A Possible Biochemical Basis for Alcohol Addiction.//Congress on Alcohol and Health. Rockville, Maryland. - 1994.

73. Dodd M.H. Social model of recovery: origin, early features, changes and future. Journal of psychoactive drugs. April - June N2. - 1997.

74. Drews T.R. Getting them sober: a guide for those who live with an alcoholic. New Jersey: GFR. - 1984.

75. Edelson, M. Sociotherapy and Psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press. - 1970.

76. Emrick C.D. A review of psychologically-oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus nontreatment. - 1975.

77. Feragne M.A., Longabaugh R., Stevenson Y.F. The psychosocial functioning inventory. - 1983.

78. Finnegan D.G., McNally E.B. Defining god or a higher power.//The spiritual center of recovery. J. Chem. Dependency Treat. N 2. - 1995.

79. Frances A., Clarkin J.F. No treatment as the prescription of choice.//Archives of General Psychiatry 38: 542-5. - 1981.

80. Frances A., Clarkin J.F., Marachi J. Selection criteria for out-patient group psychotherapy.//Hospital and Community Psychiatry 31: 245-50. - 1980.

81. Foudraine, J. Not Made of Wood. London: Quartet Books. - 1974.

82. Forrest G. G. Intensive Psychotherapy of Alcoholism. - 1984.

83. Gilbert F.S. The effect of type of aftercare follow-up on treatment outcome among alcoholics. - 1988.

84. Gilbert F.S. Development of a «steps questionnaire». - 1991.

85. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Harmondsworth: Penguin Books. - 1961.

86. Goodwin D. Is Alcoholism Hereditary? New York: Clinical Science Review. - 1989.

87. Goodwin D. Genetics of Alcoholism, Substance and Alcohol Actions/Misuse. New York: Clinical Science Review. - 1989.

88. Gorski T. The Staying Sober Workbook. Illinois: The CENAPS Corp. - 1989.

89. Gorski T. The Relapse Dynamic (The Original Thirty-seven Warning Signs). Illinois: The CENAPS Corp. - 1989.

90. Gorski T. Addictive Relationships Why Love Goes Wrong in Recovery. Illinois: The CENAPS Corp. - 1990.

91. Gorski T. Understanding the Twelve Steps A Guide for Counselors, Therapists, and Recovering People. Illinois: The CENAPS Corp. - 1991.

92. Gorski T., Miller M., Miller D.K. Learning to Live Again - A Guide to Recovery from Alcoholism. Illinois: The CENAPS Corp. - 1982.
93. Gorski T.T. The Developmental Model of Recovery - A Workshop Manual. Illinois: The CENAPS Corp. - 1985.
94. Gorski T., Miller M. Counseling for Relapse Prevention. Illinois: The CENAPS Corp. - 1990.
95. Gorski T., Miller M. The Phases and Warning Signs of Relapse. Illinois: The CENAPS Corp. - 1991.
96. Gorski T., Miller M. Family Recovery: Growing Beyond Addiction. Illinois: The CENAPS Corp. - 1987.
97. Hall S.M., Havassy B.E., Wasserman D.A. Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. - 1990.
98. Hayashida M. Et al. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. English Journal of Medicine, N 8. London: Medical Press. - 1989.
99. Henly G.A., Winters K.S. Development of psychosocial scales for the assessment of adolescents involved with alcohol and drugs. - 1989.
100. Hinshelwood, R.D. What Happens in Groups: Psychoanalysis, the Individual and the Community. London: Free Association Books. - 1987.
101. Identification.//The Caring Community Series. Hazelden Foundation, Inc. Minnesota: Center City. - 1975.
102. Implementation.//The Caring Community Series. Hazelden Foundation, Inc. Minnesota: Center City. - 1975.
103. Jellinek. E.M. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven, Connecticut: College and University Press. - 1960.
104. Kingree J.B. Measuring affiliation with 12-step groups // Substance Use and Misuse. Georgia: Comprehensive Addiction Rehabilitation Programs of Georgia, Inc., N 2. - 1997.
105. Keso L., Salaspuro M. Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment.//Congress on Alcohol and Health. Rockville, Maryland. - 1994.
106. Knott D.H. Alcohol Problems Diagnosis and Treatment. - 1986.
107. Lafferty P., Beutler L.E., Grago M. Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. - 1989.
108. Litman G.K., Stapleton J., Oppenheim A.N. et al. The relationship between coping behaviors, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. - 1984.

109. Longabaugh R., Beattie M., Noel N. Et al. The effect of social investment on treatment outcome.//Congress on Alcohol and Health. Rockville, Maryland. - 1994.
110. Main T.F. The hospital as a therapeutic institution. Bulletin of the Menninger Clinic 10: 66-70. - 1946.
111. Main T.F. The concept of the therapeutic community: variations and vicissitudes.//Group Analysis. Bulletin of the Menninger Clinic. - 1977.
112. May G.G. Addiction and Grace. San Francisco: Harper A Row. - 1988.
113. Martin J. The Twelve Steps of Alcoholics Anonymous. Maryland. - 1990.
114. Martin K.M., Giannandrea P., Rogers B., Johnson K. Beginning steps to recovery: A Challenge to the «Come back when you're ready» approach. J. Alcohol. Treat. Quart. N 2. - 1996.
115. Martin K., et al. Group intervention with pre-recovery patients. J. Subst. Abuse Treat. - 1996. N 1.
116. Maxwell R. The booze battle. New York: McGraw-Hill Book Co. - 1989.
117. Maxwell M. A. The AA Experience. New York: McGraw-Hill Book Co. - 1984.
118. McElrath D. The Minnesota Model. Journal of psychoactive drugs. April - June N2. - 1997.
119. McLatchie B.H., Lomp K.G. An experimental investigation of the influence of aftercare on alcoholic relapse. Br. J. Addict N 9. - 1988.
120. Menzies L. The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital.//Tavistock Pamphlet no. 3. London: Tavistock Publications. - 1961.
121. Morgan O.J. Recovery-sensitive counseling in the treatment of alcoholism. J. Alcohol. Treat. Quart. - 1995. N 4.
122. Mulford H. A. Stages in the Alcoholic Process. Journal of Studies on Alcohol. - 1977.
123. Mulford H.A. Treating alcoholism versus accelerating the natural recovery process: A cost-benefit comparison. Journal of Studies on Alcohol 40 (5): 505-13. - 1979.
124. Nowinski J., Baker S., Carrol K. Twelve step facilitation therapy manual.//U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Maryland. - 1992.

125. O'Briant R.G., Lennard H.L., Alien S.D. & Ransom D.C. Recovery from Alcoholism: A Social Treatment Model. Springfield. Illinois: Charles C. Thomas. - 1973.

126. Personal Inventory Et Planned Re-Entry.//The Caring Community Series. Hazelden Foundation, Inc. Minnesota: Center City. - 1975.

127. Pines M. The Large Group. London: Constable. - 1975.

128. Pritchard H.E., Wolfe B.L., Waldron D.J., Miller W.R. Waht services are being offered by whom? A survey of substance abuse programs in New Mexico. Alcohol. Treat. Quart. - 1997. N 3.

129. Prochaska, J., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: applications to addictions. J.American Psychologist. № 9. - 1992.

130. Reissman F. How docs self-help work? Social Policy. September/October. -1976.

131. Rapoport, R.N. Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community. London: Tavistock Publications. - 1960.

132. Robe L. B., Maxwell N. Weisman, Slips, Sobriety and the AA Program. New York: Johnson Institute. - 1983.

133. Royce J. E. Alcohol Problems and Alcoholism - A Comprehensive Survey. - 1989.

134. Rush B. Alcohol and other drug problems and treatment systems: A framework for research and development. J. Addiction. N 5. - 1996.

135. Sanchez-Craig M., et all. Superior outcome for females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: Replication and report of therapist effects. - 1991.

136. Schact A.W. When Society Becomes an Addict. San Francisco: Harper & Row. - 1987.

137. Schmidt G. Sucht-»Krankheit« und/oder Such(t)-Kompetenzen: Lösungsorientierte systemische Therapiekonzepte für eine gleichrengig-partnerschaftliche Umgestaltung von «Sucht» in Beziehungs- und Lebensressourcen. Wildeck-Richeldorf: Fachklinik Richeldorf. - N 1. - 1998.

138. Spalding A.D., Metz G. Spirituality and quality of life in alcoholics anonymous. J. Alcohol. Treat. Quart. N 1. - 1997.

139. Springmann, R.R. The application of interpretations in a large group. International Journal of Group Psychotherapy 20: 333-41. London: Tavistock Publications. - 1970.

140. Stanton A.H., Schwartz M.S. The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. New York: Basic Books. - 1954.

141. The Crisis.//The Caring Communiti Series. Hazelden Foundation, Inc. Minnesota: Center City. - 1975.
142. Tiebout H. M. Therapeutic Mechanisms of Alcoholics Anonymous. - 1947.
143. Treatment protocol effectiveness study//J. Subst. Abuse Treat., N 4. - 1996.
144. Walsh D.C., et all. A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. New English Journal of Medicine, N 11. - 1991.
145. Washton A., Stonc-Washton N. Step zero: gelling into recover. Minnesota: Hazelden Foundation. - 1991.
146. Watson C.G., Hancock M., Gearhart L.P. et all. A comparative outcome study of frequent, moderate, occasional, and nonattenders of alcoholics anonymous. J. Clin. Psychol. N 3. - 1997.
147. Wiseman J.P. Stations of the Lost. Chicago: University of Chicago Press. - 1970.
148. Zimberg N.E. Psychotherapy in the Treatment of Alcoholism. - 1982.

Батищев В.В., Негериш Н.В.

Методология
организации программы психотерапии
и реабилитации больных зависимостью
от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень
мотивации на лечение.

Программа «РЕШЕНИЕ»: теория и практика.

Подписано в печать 14.05.2001.
Формат 60x84 1/16. Печать офсетная. Бумага офсетная.
5,75 усл.печ.л. Тираж 500. Заказ №14.

Отпечатано в типографии «П-Центр»

Современные модели организации наркологической помощи с реабилитационной направленностью

Виды реабилитации больных зависимостями

В. В. Батищев

Для полноценного воздействия на всю совокупность патологических личностных и поведенческих проявлений зависимости от ПАВ во многих странах сегодня используются комплексные лечебные стационарные и\или амбулаторные программы, включающие в себя обучающий (информационно-познавательный) и психотерапевтический компоненты, а также элементы программы «12 Шагов» сообществ Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (НА).

Основным решением проблемы улучшения наркологической помощи в России так же является применение психотерапевтических и реабилитационных программ, использующих принципы системного подхода к психотерапии больных зависимостью. В связи с этим, наиболее эффективной формой работы является уже названный выше комплекс мероприятий, в который входят: информирование пациентов о проявлениях болезни, психотерапия малых групп, обучение методам послелечебного восстановления (реабилитации) и формирование терапевтического сообщества в условиях стационарного лечения. Для формирования психотерапевтической программы в стационаре необходимо использование сочетания различных форм групповой работы под руководством психотерапевтов (психологов) и с ориентацией пациентов на последующую реабилитацию в группах само- и взаимопомощи - Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, работающих по программе "12 шагов".

Для наиболее успешного внедрения в наркологические учреждения комплексных программных психотерапевтических и реабилитационных технологий следует понять организацию и методологию психотерапевтической работы с больными зависимостью, в том числе и в рамках Миннесотской модели. К сожалению, в рамках государственной наркологической службы организовать отделение, полностью отвечающее тем критериям, которые необходимо соблюдать при организации лечения больных зависимостью в рамках Миннесотской модели, на сегодняшний момент достаточно сложно. Следует так же разобрать ситуацию с историей создания Миннесотской модели лечения зависимости и получаемой от нее эффективности. Последнее время в России существует не вполне достоверная информация о данной методике: искажается степень участия в создании модели специалистов по психиатрии и наркологии – врачей, психологов и других медицинских работников, в основном, в сторону занижения их участия, и преувеличиваются заслуги членов АА – консультантов, а так же чрезмерно завышается эффективность лечения по этой модели.

Формы организации психотерапевтических и реабилитационных программ, осуществляющих синтез различных психотерапевтических и реабилитационных методик

Основные формы современной организации комплексных психотерапевтических и реабилитационных стационарных программ, которые наиболее распространены в мире, таковы:

- **Стационарная так наз. «финская» модель лечения алкоголизма** (L. Keso, M. Salaspuro, 1994) – включает в себя сочетание методик, основанных на традиционных психиатрических и социальных способах работы с больными зависимостью.

- **Терапевтические общины длительного пребывания религиозной и одновременно социо-реабилитационной направленности.**

Терапевтические общины, создаваемые различными конфессиями, обеспечивают пациентам возможность длительного пребывания в щадящей социальной структуре с целью опробования новых форм социального поведения и принятия новых ценностных ориентиров для духовного развития личности (М.Н. Dodd, 1997).

- **Терапевтические сообщества длительного пребывания с использованием программы «12 Шагов».**

Терапевтические сообщества обеспечивают условия для лечения и реабилитации пациентов с зависимостью от психоактивных веществ в естественных условиях, предлагают им курс специальной психотерапии на основе программы «12 Шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики»/«Анонимные Наркоманы» без применения медикаментозных средств в обстановке, обеспечивающей вовлечение больного в социальное обучение (Ю.В. Валентик, О.В. Зыков, М.Г. Цетлин, 1997).

- **Миннесотская модель лечения зависимости от психоактивных веществ** – стационарная, средней продолжительности социальная модель организации личностного восстановления, основанная на методологии сообщества АА/АН «12 Шагов» в сочетании с информационным, психотерапевтическим и психокоррекционным воздействием в условиях малых групп (С.С.Н. Cook, 1975; М.Н. Dodd, 1997; D. McElrath, 1997).

- **Сочетание различных социальных и психотерапевтических моделей лечения с программой «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов** (M. Edelson, 1974; C.D. Emrick, 1975; M. Bean, 1984; S. Brown, 1985; G.M. Cross et al., 1994; J.B. Kingree, 1997; Ю.В. Валентик, О.В. Зыков, М.Г. Цетлин, 1997):

- стационарное лечение, сочетающее «12 Шагов» и какой-либо другой способ психотерапии (обычный срок лечения – 28 дней);
- терапевтические общины с длительным сроком пребывания (от 30 дней);
- общины с интенсивным лечением по программе, идентичной с Миннесотской, и с длительным сроком пребывания в программе (90 дней и более);
- интенсивное лечение в амбулаторных условиях (по типу дневного стационара) – 28 дней;

- амбулаторное лечение с менее интенсивной программой (2-3 раза в неделю) – 28 дней;
- семейные программы, как амбулаторные, так и стационарные;
- программы помощи на рабочих местах служащим, страдающим алкоголизмом;
- профилактические программы для водителей, задержанных за управление автомобилем в нетрезвом виде;
- программы помощи детям из семей алкоголиков;
- дома восстановления (общежития) – так называемые «дома на полпути»;
- организационные структуры по оказанию длительной социальной и реабилитационной помощи больным с зависимостью – СинАнон, наиболее распространенная в Европе, и многие другие структуры.

Среди структурных форм организации лечебных программ по лечению больных с зависимостью от психоактивных веществ можно выделить программы лечения больных алкоголизмом с использованием в них методологии «12 Шагов» сообщества АА/АН. Как показывают исследования способов формирования лечебных программ в США и Европе, сочетание различных психотерапевтических методик и программы «12 Шагов» позволяет сделать неповторимыми терапевтические программы и, тем самым, увеличить спектр возможного выбора формы лечения пациентами в соответствии с их личностными особенностями. Такое разнообразие, соответственно, обеспечивает охват лечебной помощью большего числа лиц, страдающих алкоголизмом и другими видами зависимости, тем самым, увеличивая возможность достижения положительного результата от проведенного лечебного воздействия у различных групп пациентов.

12-Шаговые программы реабилитации больных алкоголизмом

Программа «12 Шагов» сообщества «Анонимные Алкоголики».

Сообщество «Анонимные Алкоголики» (АА) было основано в мае 1935 г., когда в городе Акрон (штат Огайо, США) встретились его основатели – маклер Нью-Йоркской биржи Билл (Уильям) Виллсон и известный врач-хирург Боб (Роберт) Смит. Эта встреча положила начало созданию метода само- и взаимопомощи при алкоголизме, разработанного сообществом АА. В дальнейшем АА стало развиваться, постоянно увеличивалось количество групп, были разработаны теоретические постулаты процесса преодоления зависимости от ПАВ, выразившиеся в программе «12 Шагов», и принципы существования сообщества в виде «12 Традиций». В 1939 г., подводя итог своей деятельности, У. Виллсон издал книгу «Анонимные Алкоголики», в которой он изложил философию АА и методологию работы. По наименованию этой книги движение и получило свое нынешнее название. Программа Анонимных Алкоголиков сформулирована в виде методологии, по которой происходит личностное и социальное восстановление больных алкоголизмом – «12 Шагов», и принципов существования самого сообщества – «12 Традиций».

Точка зрения программы Анонимных Алкоголиков на алкоголизм как на болезнь определяется несколькими положениями:

- Алкоголизм – хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом;
- Больные алкоголизмом навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя;
- Алкоголизм воздействует на тело больного, его мышление, психологические особенности, и истинное восстановление от этого заболевания требует восстановления каждой из этих областей;
- Единственная возможность жить полноценной жизнью для больного с зависимостью от алкоголя – в течение всей жизни не употреблять спиртное;
- Даже единственная рюмка спиртного может вызывать у человека, страдающего алкоголизмом, тягу к алкоголю и вновь привести к возобновлению цикла компульсивного потребления спиртного.

Главным в идеологии этого сообщества является признание алкоголизма как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной сферах жизни человека. Условием личностного восстановления по программе АА в первую очередь считается признание факта потери контроля над потреблением алкоголя и невозможности его возврата. Лишь признав у себя отсутствие контроля, больной может рассчитывать на выздоровление: «Мы – алкоголики, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик никогда не сможет контролировать потребление спиртного».

В связи с этим наилучшие шансы оставаться трезвыми, согласно программе АА, имеют те люди, страдающими алкоголизмом, которые:

- признают потерю возможности контролировать свое потребление алкоголя;
- будут регулярно посещать собрания АА.

У сообщества Анонимных Алкоголиков есть несколько основных инструментов для помощи в личностном и социальном восстановлении больным алкоголизмом:

в первую очередь, это посещение собраний АА в течение всего периода восстановления;

во-вторых, изучение и проработка «12 Шагов», «12 Традиций» и так называемых Лозунгов (Девизов) сообщества;

в-третьих, работа со «спонсором» или наставником – человеком, более продолжительно и успешно работающим в программе восстановления «12 Шагов»;

и, наконец, это ряд социальных мероприятий, осуществляемых сообществом для поддержания членов АА в наиболее сложные для них периоды преодоления зависимости от алкоголя.

Программа «12 Шагов» предполагает непрерывное и длительное участие больного в реабилитационном процессе. Это требование является совершенно необходимым условием выздоровления, если исходить из того положения, что такого состояния, как «окончательное излечение от алкоголизма», не существует.

Цель программы «12 Шагов» – эмоциональная и социальная зрелость, достигаемая путем проработки Шагов при помощи других членов сообщества. Работа по программе «12 Шагов» позволяет больным алкоголизмом не только познавать себя, но и изменять себя – как в поведенческом, так и в эмоциональном и мыслительном аспекте. Ежедневно работая над преодолением болезни в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и всю систему своих взглядов и убеждений.

Эффективность программы Анонимных Алкоголиков

Группы АА сегодня широко распространены во всем мире – в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность программы Анонимных Алкоголиков была исследована Американской Ассоциацией психиатров и выглядит так (для регулярно посещающих собрания АА):

30-40% – не имеют срывов в процессе восстановления с момента прихода в программу АА;
30-40% – имеют в процессе восстановления 2-4 срыва, после чего приходят к абсолютной трезвости (как правило, срывы бывают в первые 3 года с начала восстановления по программе);
20-30% – продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний АА.

Сами Анонимные Алкоголики считают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5% остаются в программе восстановления «12 Шагов» и обретают в ней стабильную трезвость. Однако все же полноценных исследований эффективности восстановления больных с зависимостью от психоактивных веществ по программе «12 Шагов» длительное время не проводилось из-за недостаточной закрытости в контактах с различными организациями самого сообщества Анонимных Алкоголиков. Подобная закрытость в общении с иными структурами закреплена в «Традициях» этого сообщества.

Данные, предоставляемые сообществом АА, как правило, касаются тех больных, которые не проходили лечение в специальных лечебных программах, позволяющих своим пациентам после выписки из них более адекватно воспринимать саму программу Анонимных Алкоголиков и более полноценно использовать ресурсы, предоставляемые сообществом для поддержания трезвого образа жизни и восстановления.

Две работы (F.S. Gilbert, 1988; B.N. McLatchie, K.G. Lomp, 1988) о роли послелечебной групповой поддержки больных с зависимостью от психоактивных веществ показали ее относительно большую важность для становления трезвого образа жизни и восстановления у пациентов, чем собственно эффективность примененного к ним лечения. F.S. Gilbert (1991), наблюдая в течение одного года больных, после лечения посещающих собрания АА, нашел корреляцию показателя сохранения трезвости участниками группы соотносительно не с частотой посещения собраний, а соотносительно с соблюдением ими рекомендаций АА по использованию ресурсов сообщества для поддержания трезвости и применения философии АА в повседневной жизни. Напротив, G.M. Cross et al. (1990) установили, что посещение групп АА было единственным существенным показателем длительности трезвого образа жизни для лиц, посещавших АА в течение 10 лет и более. Кроме того, эти авторы показали, что «спонсорство» над другим членом АА высоко коррелирует с воздержанием от потребления алкоголя: 91% обследуемых, осуществлявших «спонсорство», сообщили о стабильной и устойчивой ремиссии. Эти результаты говорят о том, что вера в излечение и принятие философии программы «12 Шагов» могут иметь большое значение для процесса преодоления алкоголизма и что эта программа гарантирует достаточно хорошие результаты.

Реабилитационные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН «12 шагов»

Миннесотская модель

Первый опыт использования методологии АА в медицинских лечебных заведениях для пациентов с алкоголизмом был получен в конце 40-х годов XX столетия в США. Идея использования программы АА для лечения больных алкоголизмом в стационарных условиях возникла у сотрудников одной из государственных психиатрических больниц (клиника Willmar) в сельском районе западной части штата Миннесота, ныне более известной под названием Hazelden. Зародителями этой идеи считаются члены АА: Остин Риплей – известный газетный автор и Линн Каноил – адвокат, ставший в последующем первым директором Hazelden. Первоначально методика работы с пациентами в Hazelden, названная позже «Миннесотской моделью», состояла из нескольких положений:

- 1) в больнице действует принцип уважительного отношения, понимания и принятия достоинства каждого пациента;
- 2) лечение основывается на программе Анонимных Алкоголиков и происходит в рамках процесса восстановления по этой программе;
- 3) отождествление пациентом самого себя с другими алкоголиками является важным компонентом в преодолении зависимости;
- 4) простой и важнейший принцип программы (на тот период) – посещение ежедневных лекций по разбору «12 Шагов» и беседы пациентов друг с другом о принципах и тематике групп АА.

В дальнейшем, по мере развития знаний об алкоголизме и методах его лечения, к этой парадигме стали добавляться и другие принципы организации лечебной программы:

- 5) общеобразовательные лекции по тем или иным проявлениям заболевания во всех затронутых алкоголизмом сферах жизни человека;
- 6) посещение групп АА и встречи с представителями сообщества Анонимных Алкоголиков;
- 7) разработка совместно с каждым пациентом особых индивидуальных планов его дальнейшего восстановления и преодоления возможных рецидивов болезни;
- 8) психокоррекционное воздействие в малых группах.

Последние четыре положения программы приписываются врачам-психиатрам Дэну Андерсону и Нельсону Брэдли, который стал следующим директором Hazelden. Брэдли и Андерсон с помощью законодательных органов штата Миннесота создали в 1954 г. для членов групп АА оплачиваемые должности специалистов для работы с больными в наркологических учреждениях. Эти специалисты назывались «консультантами по алкоголизму». Вероятно, это был первый в мире опыт по привлечению к работе в профессиональной сфере лечения алкоголизма людей, имеющих собственный навык личностного восстановления по программе АА и не являющихся медицинскими работниками. Следующим наследием Hazelden, полученным от Брэдли и Андерсона, стало осознание определенных положений, позволяющих использовать совместный потенциал опыта персонала государственных наркологических стационаров и членов АА – консультантов по алкоголизму. Это отразилось в следующих принципах организации лечебной работы:

- использование методологического и творческого потенциала мультидисциплинарной команды специалистов для лечения больных алкоголизмом;
- создание более системного подхода к лечению болезни;
- вынесение на первое место в лечебном процессе идеологии программы восстановления «12 Шагов» АА;
- определение алкоголизма как первичной хронической болезни, но значительно отличающейся от других психиатрических заболеваний.

С момента основания программы в 1949 г. по 1997 г. в Хазелдене прошли лечение от зависимости от психоактивных веществ свыше 100000 мужчин и женщин. В дальнейшем усилиями Брэдли и Андерсона удалось привлечь для финансирования программ, подобных Миннесотской, средства медицинского страхования. Лечение зависимости по модели «Миннесота» было рассчитано на один месяц. Именно этот срок пребывания в лечебном центре и оплачивали страховые компании.

Впоследствии модель «Миннесота» стала развиваться и модернизироваться, и на настоящий момент она ассоциируется с целым континуумом разнообразных услуг, в который входят интенсивные и менее интенсивные программы амбулаторного лечения больных, семейные программы и промежуточные профилактические программы. Наличие такого континуума подчеркивает ценность специальных информационно-образовательных методик для профилактики развития заболевания у людей, входящих в группу риска по развитию алкоголизма (или наркомании).

Стационарная помощь больным зависимостью с использованием программы «12 Шагов» достаточно широко распространена в США. В Западной и Восточной Европе подобные программы, в том числе и стационарные, также представлены повсеместно. Особый интерес представляет терапевтическая программа Центра лечения зависимостей Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша), которую с 1989 г. развивает известный специалист-нарколог Богдан Воронович (1991, 1999). Центр располагает 15 койками, а также 12 местами для лиц, проходящих лечение в дневном режиме, и предлагает больным с зависимостью от алкоголя и/или наркотиков:

- 6-недельную основную программу;
- программу послебольничной помощи (дополнительное лечение сроком до 12 месяцев).

Идеология и главные цели терапии в Варшавском Центре могут быть представлены следующим образом. Терапевтический коллектив рассматривает зависимость от спиртных напитков как хроническую, возникшую не по вине больного, прогрессирующую и нередко смертельную болезнь, которая вызвана рядом физических, психических, духовных и социальных факторов. В связи с тем, что современная наука еще не знает способов, гарантирующих безопасное возвращение к контролируемому потреблению алкоголя, пациентам предлагается помощь, ведущая к изменению поведения, которая в результате помогла бы им как можно дольше воздерживаться от приема спиртного. Основные цели терапии сводятся к тому, чтобы больной поверил, что он в состоянии воздерживаться от приема спиртного и других психоактивных веществ и что у него достаточно сил, чтобы изменить свой прежний образ жизни и осуществить благоприятные для него самого перемены.

Наконец, следует остановиться на опыте внедрения программ, использующих принципы Миннесотской модели лечения зависимости от психоактивных веществ и программы «12 Шагов» в России.

Несмотря на достаточно большое количество групп АА/АН в стране: согласно отчету Российского Совета Обслуживания АА группы «12 Шагов» имеются более чем в 150 населенных пунктах Российской Федерации, – говорить об активном развитии лечебных программ с привлечением в психотерапевтический и психокоррекционный процесс идеологии и технологии Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов не приходится.

Ключевые организационные и методологические принципы формирования лечебно-реабилитационных программ на основе идеологии сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов.

Организация лечебного процесса:

- Задачи.

В связи с тем, что пациент находится на лечении достаточно ограниченное время (обычно 20 – 40 дней), а процесс реабилитации часто длится всю жизнь, в лечебной программе желательно акцентировать усилия на понимании и принятии пациентами первых Шагов программы АА/АН, помогающих больному зависимостью оставаться трезвым длительное время. Этого бывает вполне достаточно для осознания необходимости в дальнейшем поддерживать трезвость с помощью программы «12 Шагов». Сформировать у больного установку на полное воздержание от алкоголя/наркотика – сложная и основная задача лечения. Не менее важно не дать этой установке угаснуть. Основные задачи, которые должна ставить перед собой психотерапевтическая работа в рамках Миннесотской модели лечения зависимости от ПАВ, можно сформулировать следующим образом:

- Привлечение пациентов к сознательной и регулярной работе по программе «12 Шагов», в том числе в рамках сообщества АА/АН, для достижения стойкой ремиссии;
- Стимулирование пациентов к посещению нескольких различных собраний АА/АН в течение курса лечения, чтению «Большой Книги» («Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы»), а также других изданий АА/АН в течение курса лечения;
- Разъяснение основных понятий и принципов работы сообщества;
- Каждое занятие должно охватывать определенную тему, выбранную пациентами или персоналом. Но в пределах любой темы материал может быть рассмотрен в рамках специфичной ситуации каждого отдельного пациента так, чтобы представление пациентов о зависимости и о проблемах восстановления стало цельным, системным и соответствовало представлениям о болезни и реабилитации от нее, содержащимся в программе «12 Шагов».

- Цели.

Основной целью психотерапевта или лечебной программы, использующей принципы Миннесотской модели лечения больных с зависимостью, является необходимость помочь пациенту достигнуть следующих результатов:

- понять точку зрения АА/АН на алкоголизм/наркоманию как хроническое прогрессирующее, а иногда и смертельное заболевание, которое не может быть излечено, но которое может быть «остановлено», пока человек, им страдающий, следует рекомендациям, основанным на опыте других больных;
- понять принципы работы АА/АН: как найти группы, какие бывают группы, как работать со «спонсором» и т.д.;
- достигнуть понимания ключевых моментов концепции АА/АН, значение и смысл основных «Лозунгов» сообщества;

- научиться использовать АА/АН в качестве ресурса (источника) поддержания личной трезвости;
- понять, что преодоление зависимости заключается не только в отказе от потребления спиртного/наркотика, но и в восстановлении всех нарушенных длительным злоупотреблением алкоголя/наркотика сфер жизни человека, страдающего зависимостью.

Формирование психотерапевтического и реабилитационного процесса в программах, использующих методологию АА/АН.

Учитывая вышеназванные задачи и цели лечения по Миннесотской модели, можно определить наиболее важные аспекты реабилитационного процесса и необходимые направления психотерапевтической работы, при наличии которых личностное восстановление пациентов будет проходить наиболее успешно:

1. Познавательный аспект: пациенты должны получить информацию о нарушениях функционирования организма, психики и в системе социальных отношений, происходящих при злоупотреблении алкоголем/наркотиками и при развитии зависимости.
2. Эмоциональный аспект: пациентов следует информировать о точке зрения АА/АН на эмоции, в том числе и на определенные эмоциональные состояния (например, гнев, одиночество), которые могут привести к потреблению, а также о некоторых практических способах, используемых в АА/АН, для преодоления последствий болезненных эмоциональных состояний.
3. Поведенческий аспект: пациентам следует обратиться к сообществу АА/АН и использовать его ресурсы и практический опыт, чтобы изменить свое проалкогольное/пронаркотическое поведение и поддерживать трезвость.
4. Социальный аспект: пациенты должны переоценить свои отношения с «пособниками» их потребления, а также со своими товарищами, злоупотребляющими алкоголем/наркотиками.
5. Духовный аспект: пациенты должны разобрать особенности и дефекты своего характера, усилившиеся в результате их заболевания, в том числе и те их безнравственные или неэтичные поступки, которые наносят вред другим людям.

Эффективность стационарных лечебных программ с использованием методологии «12 Шагов» сообщества Анонимных Алкоголиков/Анонимных Наркоманов.

Психологические и поведенческие методы психокоррекционного вмешательства, включая стационарные и амбулаторные программы лечения и реабилитации больных с зависимостью от ПАВ, их отдельные компоненты как способы помощи пациентам, терапия с участием семьи и одноразовые консультации – это наиболее часто используемые способы лечения больных алкоголизмом/наркоманией, эффективность которых, по крайней мере, до недавнего времени, было труднее всего оценить.

Хотя «Модель штата Миннесота» была основной в спектре программ лечения зависимости от ПАВ в Соединенных Штатах практически с момента ее создания, первое научное клиническое изучение этой модели было предпринято сравнительно недавно (D.C. Walsh et al., 1991, 1997; C.C.H. Cook, 1975; G.S. Alford, R.A. Koehler, J. Leonard, 1991; L. Keso, M. Salaspuro, 1994; M.H. Dodd, 1997; D. McElrath, 1997). L. Keso, M. Salaspuro (1994) изучали сравнительную динамику состояния больных алкоголизмом, направленных в Миннесотскую программу лечения и в традиционную стационарную программу, называемую в США «Финской» и основанную на «классических» психиатрических и социальных методах работы. Традиционная модель включала индивидуальную, групповую и семейную психокоррекционную работу, но не содержала в себе ни одного из компонентов АА-терапии. Установлено, что пациенты, лечившиеся по Миннесотской модели, имели более низкие показатели числа случаев ранней выписки из стационара из-за нарушений режима, чем пациенты, занятые в традиционной программе. Кроме того, 14% пациентов, прошедших лечение по Миннесотской модели (по сравнению с 1,9% больных после применения традиционной методики), воздерживались от потребления алкоголя в течение года; 26,3% пациентов, лечившихся по Миннесотской модели (по сравнению с 9,8% пролеченных по традиционной методике), воздерживались от алкоголизации в течение заключительной трети (от 8 до 12 месяцев) последующего после лечения года. Указанные авторы допускают, что эти результаты могут интерпретироваться с некоторыми неточностями из-за методологических ограничений изучения. Работы D.C. Walsh et al. (1991, 1997) позволили оценить эффективность разных типов лечения больных алкоголизмом, реализовавшихся через программу помощи служащим в одной из крупных корпораций; для контроля была взята группа не лечившихся злоупотребляющих алкоголем рабочих. Участникам исследования был предложен для выбора один из трех способов лечения:

- госпитализация в стационар с Миннесотской моделью лечения, в котором осуществлялось принуждение к посещению групп АА;
- обязательное амбулаторное посещение групп АА;
- иные методы лечения, не использующие принципы работы АА.

Около 46% участников исследования избрали посещение групп АА; 41% выбрал стационарное лечение по Миннесотской модели и более 13% – иные методики лечения. Средняя планируемая длительность пребывания в больнице для группы пациентов, избравших стационарное лечение, составляла 28 дней. От этих пациентов требовалось также посещать группы АА, по крайней мере, 3 раза в неделю в период лечения и затем – в течение одного года после выписки их из стационара. Рабочие, избравшие посещение групп АА без стационарного лечения, тоже должны были посещать три групповые встречи каждую неделю, по крайней мере, в течение одного года. За всеми тремя группами, с целью контроля за соблюдением ими условий лечения, работниками программы помощи служащим проводилось соответствующее наблюдение в течение всего намеченного периода. За соблюдение этих условий каждый пациент нес персональную ответственность.

Исследователи обнаружили, что, хотя во всех трех группах в течение 2-х летнего периода наблюдения улучшились показатели по критериям качества выполняемой работы (например, выявилось отсутствие или снижение числа случаев плохого самочувствия в связи с абстинентным синдромом) и снизились показатели числа пропусков работы из-за пьянства, наиболее значительного улучшения по всем этим параметрам добилась группа исследуемых, прошедших стационарное лечение по Миннесотской модели. Две другие группы пациентов значительно отставали практически по всем показателям. Кроме того, меньшему количеству пациентов, прошедших лечение по стационарной Миннесотской модели, требовалась повторная противоалкогольная терапия (23%). Для тех, кто только посещал группы АА, такая терапия понадобилась в 63% случаев, а в группе пациентов, проходивших другое лечение, – более чем в 70% случаев. На основании данных этого исследования авторы сделали вывод, что, несмотря на первоначально кажущуюся финансовую выгоду направления больных в группы Анонимных Алкоголиков, по сравнению со стационарным лечением по Миннесотской программе, пациенты, прошедшие стационарное лечение, в гораздо большем количестве случаев смогли поддерживать долгосрочное воздержание от алкоголя.

G.S. Alford et al. (1991) исследовали результаты лечения подростков, злоупотреблявших алкоголем и другими ПАВ, в стационарной программе, структурированной по Модели штата Миннесота. В течение 2-х лет ими наблюдались подростки, закончившие и не закончившие такое лечение. Установлено, что, независимо от способа завершения терапии, посещение групп АА и АН было значимо связано у исследованных подростков с длительным воздержанием от алкоголя и наркотиков.

Особенности привлечения и организации работы социальных работников (консультантов) по программе «12 Шагов» в стационарном отделении по лечению больных зависимостью

Для работы по озакомлению пациентов с работой сообщества АА/АН и его программой в отделении используются специальные инструкторы-терапевты (консультанты, социальные работники) – это бывшие больные, «трезвые алкоголики/накоманы», прошедшие специальную подготовку, имеющие многолетнюю ремиссию и сами работающие по программе «12 Шагов». У таких консультантов есть определенные преимущества: они обладают, прежде всего, опытом преодоления собственного механизма отрицания, им легче преодолеть стену вроде бы логичных «объяснений» и оправданий, выдвигаемых пациентом с целью защиты своей алкоголизации/наркотизации. Присутствие консультанта совершенно целесообразно в первичных программах лечения и на первых стадиях становления трезвости пациентов: ведь консультант уже имеет опыт прохождения таких же этапов во время собственного восстановления, ему знакомы чувства больного человека, каждая его мысль. Он способен отождествлять себя с больным, а больной – себя с ним. Непотребляющий консультант может подсказать пациенту, что ему надо делать в той или иной ситуации, а что – нет.

Групповая психотерапия, во время которой пациент касается глубин своего подсознания, своих скрытых мотивов и чувств, требует точного определения и понимания специалистом своих собственных чувств и мотивов, убеждений и интересов, а затем – неустанного и очень пунктуального «удаления» негативных сторон этих сфер личности в динамике терапевтического процесса. Не подготовленный соответствующим образом консультант не обладает такими умениями, и в этот период его отождествление с пациентом может лишь помешать, так как собственные проблемы консультанта практически всегда накладываются на проблемы пациента, затрудняя тем самым процесс лечения.

Консультант (социальный работник), занимающийся лечением больных зависимостью не должен пытаться понять пациента с его точки зрения, а наоборот, должен отказаться принимать болезненную логику пациента. Ему необходимо быть всегда начеку, необходимо находить лазейки и несуразности в рассуждениях пациента, так как самообман больного, в конечном счете, не логичен, хотя порой несет в себе даже философскую глубину. Консультант должен хорошо знать суть алкоголизма/наркомании как болезни и понимать механизмы потери контроля над потреблением алкоголя/наркотика для того, чтобы обратить основное внимание больного на зависимость, а не на другие его проблемы.

Основные цели, которые преследует в своей работе консультант (социальный работник) в рамках этой терапевтической модели, и задачи, которые необходимо решить для реализации этих целей, можно сформулировать следующим образом:

- Основная цель предлагаемой практики лечения химической зависимости – привлечение пациента к сознательной и регулярной работе по программе «12 Шагов» в рамках группового сообщества для достижения стойкой ремиссии.
- Основной акцент делается на стимулировании пациентов к посещению нескольких собраний групп АА в период курса лечения, к чтению «Большой Книги» Анонимных Алкоголиков (книги «Анонимные Наркоманы») и других изданий АА/АН, а также на разъяснении основных понятий и принципов работы сообщества АА/АН;
- В рамках программы каждое занятие, проводимое консультантами, посвящается определенной теме, выбранной пациентами или персоналом. В пределах темы материал может быть рассмотрен в рамках специфичной ситуации конкретного пациента и так, чтобы представления пациента о зависимости и о проблемах восстановления стали цельными, системными и соответствовали «идеологии» АА/АН.

Давая пациентам рекомендации и задания для ориентации в программе АА/АН, консультанту следует предпочитать слово «предлагаю» слову «необходимо». Важно учитывать, что способов поддержания трезвости столько, сколько людей-членов АА/АН. Основное, что должен делать отдельный больной, – всеми силами поддерживать трезвость. Для создания среди больных отделения духа АА/АН консультант обязан избегать указывать пациентам, что именно они должны делать.

Предложения, которые делает консультант больному, должны соответствовать тем рекомендациям, которые содержатся в одобренной АА/АН литературе. В связи с тем, что пациент находится на стационарном лечении достаточно ограниченное время, а процесс его реабилитации длится всю жизнь, то в лечебной программе желательно сосредоточить терапевтические усилия на достижении понимания и принятия пациентом первых «Шагов» программы, помогающих ему остаться трезвым достаточно длительное время. Этого эффекта вполне хватает для осознания пациентом необходимости в дальнейшем поддерживать свою трезвость с помощью сообщества АА/АН и программы «12 Шагов».

Непонимание пациентом «идей» программы и нежелание работать по программе может быть следствием действия механизмов психологической защиты. Необходимо объяснить пациенту, что защитные механизмы – это термин, которым обычно объясняют наличие у людей трудностей в принятии определенных норм, условий, связанных с личным самоограничением. Принятие наличия у себя болезни - зависимости подобно принятию любого ограничения также вызывает ответную защитную реакцию. Используемые примеры стратегии преодоления «тяги» и борьбы со «срывами», предлагаемые в рамках лечебной программы консультантами или другими специалистами, должны быть адекватны рекомендациям АА/АН по этим проблемам.

Консультантам необходимо уметь объяснять пациентам важность соблюдения правил работы сообщества АА/АН и принципов взаимодействия с более опытными его членами в рамках «спонсорства» для наиболее эффективного и безболезненного для психики больного преодоления зависимости.

Консультантам часто приходится помогать решать пациентам проблемы, связанные с социальным функционированием больного в послелечебный период:

- восстановление взаимоотношений в семье;
- восстановление отношений с сотрудниками или руководством на работе;
- поиск нового рабочего места;
- построение новых отношений с лицами, провоцирующими или поощряющими потребление;
- решение проблем, связанных с социальным обустройством жизни пациента, и т.д.

Помощь консультантов в решении таких проблем пациента отделения не должна осуществляться напрямую, т.е. консультант не должен делать что-либо для нормализации жизни больного сам. Консультант должен оказывать только психологическую поддержку и консультативную помощь пациенту для осуществления им самостоятельных действий по улучшению своей жизни. Если консультант (социальный работник) решит какую-либо проблему пациента без его непосредственного участия, т.е. за него, то, скорее всего, он спровоцирует у больного изживенческие тенденции – и тем самым лишит пациента возможности преобрести свой собственный опыт решения подобных проблем.

Такая ситуация может значительно затруднить преодоление пациентом проявлений зависимости в будущем. Кроме того, консультанту желательно рассматривать специфические социальные проблемы пациента с точки зрения методологии сообщества АА/АН, используя Лозунги программы, а также литературу, рекомендованную к чтению.

Быстро меняющиеся социальные и экономические условия ставят сегодня перед наркологической службой серьезные проблемы, решение которых может обеспечиваться развитием и внедрением в повседневную врачебную практику новых форм оказания специализированной помощи населению, имеющих наиболее высокую эффективность и требующих наименьших экономических затрат на свое функционирование. При этом важно, как можно более широко используя принципы доступности, добровольности и анонимности лечения, реализовать весь спектр традиционных и нетрадиционных подходов к противоалкогольной и антинаркотической терапии, одновременно максимально учитывая потребности и возможности больного и его семьи при их привлечении к работе в социально-психологических лечебных и реабилитационных программах. Необходимо активно применять, помимо медикаментозной терапии, всевозможные техники и методики психотерапевтического воздействия на лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями. Вопросы организации подобного комплексного, системного лечебно-реабилитационного процесса для больных алкоголизмом и наркоманиями в учреждениях здравоохранения являются весьма актуальными. Конструктивным подходом к решению этой проблемы является широкое внедрение целевых психотерапевтических программ, ориентированных на активное преобразование и преодоление патологических процессов на психобиологическом, личностно-психологическом и социально-психологическом уровнях функционирования больного человека.