

Фомина Мария Игоревна

канд. психол. наук, медицинский психолог

консультант в методе ППТ

СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»

г. Санкт-Петербург

DOI 10.31483/r-150349

ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ РАБОТУ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

***Аннотация:** исследования и внедрение позитивной психотерапии (ППТ) в психотерапевтическую работу наркологической службы, с нашей точки зрения, имеют огромный потенциал. Транскультуральность, интегративность подхода, доступность профессионального языка метода позволяет гармонично включать технологии ППТ в уже утвержденные протоколы работы. Философия подхода и инструменты ППТ могут существенно обогатить ежедневную практику специалистов, работающих на всех этапах сопровождения наркологических пациентов. Цель статьи – попытка соотнести ППТ с имеющимися утверждёнными рекомендациями по работе с пациентами с пагубным употреблением психоактивных веществ (ПАВ).*

***Ключевые слова:** позитивная психотерапия в наркологии, пятиступенчатая модель, модель баланса, ресурс-ориентированность, пагубное употребление психоактивных веществ, ПАВ.*

Молодой возраст начала экспериментирования с ПАВ, выраженность значимых соматических, психических, социальных и духовных последствий определяет актуальность продолжения активных исследований и внедрения новых технологий в области профилактики, лечения и реабилитации в наркологической клинике. В ситуации достаточно быстрых общественно-социальных изменений, информационного поля, в том числе, касающегося пропаганды и распространения ПАВ, необходимы методы, которые будут чувствительны к этим

переменам и обладать необходимой гибкостью. ППТ в этом смысле обладает большим потенциалом в силу транскультуральности, универсальности психотерапевтического языка, возможности широко интегрировать технологии других направлений и школ.

В актуальных Клинических рекомендациях МЗ РФ (КР МЗ) особая роль отводится психотерапевтической помощи пациентам с пагубными (вредными) последствиями употребления ПАВ. В отличие от пациентов с синдромом зависимости от ПАВ, у этой категории прием ПАВ характеризуется: эпизодическим характером, нарастающей толерантностью к веществу, в большинстве случаев присутствием защитной реакции после приема ПАВ (тошнота, рвота, головные боли и т. д.), несформированностью синдрома отмены, отсутствием тотальной утраты количественного и ситуационного контроля, борьбой мотивов, сопровождающей мысли об употреблении. Несмотря на кажущиеся незначительные последствия и проявления, по сравнению с синдромом зависимости, по данным ВОЗ, пагубное употребление находится на 5-ом месте среди причин преждевременной смерти и инвалидности в мире. Смертность от пагубных последствий употребления ПАВ (около 2,5 миллионов смертей ежегодно) составляет 3,7% от общей смертности. Последствия пагубного употребления алкоголя составляют 4,4% от общей заболеваемости.

Пагубное (с вредными последствиями) употребление ПАВ (ПУ ПАВ) определяется как модель употребления ПАВ, вызывающая вред для здоровья. В число значимых критериев включается нанесение употреблением ПАВ вреда физическому состоянию и психике. В МКБ-10 при этом подчеркивается, что острая интоксикация не является самостоятельным критерием наличия установления вреда, а тот факт, что употребление ПАВ вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, ещё не является доказательством пагубного употребления.

Возникающая таким образом практическая сложность диагностики вредных последствий и определения пагубности употребления вызывает много дис-

куссий как среди теоретиков, так и практиков оказания наркологической помощи. В.Д. Менделевич ПУ ПАВ в принципе относит к ярким примерам «фейк-диагнозов в наркологии», отмечая, что данное расстройство диагностируется «не на основании специфических аддиктивных феноменов, а на базе сомато-неврологических симптомов и даже социальных последствий приема ПАВ». Специалисты отмечают также симптоматичность подхода к диагностике и лечению, игнорирование этиопатогенеза расстройства.

Таким образом, трудности возникают уже на этапе диагностики ПУ ПАВ. Также не теряют своей актуальности задачи (в терминах официальных документов): оптимизация мотивации пациентов на участие в профилактических и психокоррекционных программах, разработка технологий, повышающих приверженность лечению и усиливающих комплаенс, мер коррекции личностных особенностей, повышающих риск формирования синдрома зависимости, развития навыков совладания со стрессом, саморегуляции и формирования активного и ответственного отношения к выздоровлению. Однако в самих традиционных формулировках мы можем заметить стигматизацию, акцент на «исправлении», а не развитии, подчеркивание дефицитарности, но не ресурсов. Это отражает важную особенность работы с зависимыми пациентами – часто недостаточно развитую способность к надежде, как у наших пациентов, так и специалистов. ППТ дает возможность уже на этапе формулировки задач терапии, используя модель баланса, терминологию развития способностей и позитивную интерпретацию, сместить акцент от оценки – к исследованию, от фиксации симптома – к пониманию его функций и стимуляции самоисследования, творческого поиска.

Ниже, опираясь на пятиступенчатую модель ППТ, мы приведем некоторые соображения о возможностях интеграции инструментов ППТ на различных этапах работы с пациентами с ПУ ПАВ. Прежде всего, мы будем упоминать мотивационное интервью (МИ) и когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) в связи с тем, что эти методы включены в КР МЗ в качестве основных. ППТ официально отнесена к вспомогательным. Авторы КР МЗ, однако соглашаются с

тем, что, «в крупных мета-анализах продемонстрирована примерно одинаковая эффективность профессиональных методов психотерапии в лечении различных психических и поведенческих расстройств, в том числе вызванных употреблением ПАВ, в связи с чем специалист, проводящий психотерапию, обладает относительной свободой в выборе подходящих методов психотерапевтического воздействия». Неизменно ведущая роль при этом отводится неспецифическим факторам психотерапии: качеству терапевтического альянса, эмпатии, конгруэнтности, обратной связи и эффекту ожиданий.

Наблюдение, дистанцирование. Специалисты, оказывающие психологическую помощь, в каком бы подходе они ни работали, скорее всего, согласятся, что употребление ПАВ является симптомом, за которым кроется психологическое содержание, конфликтное напряжение. Употребление ПАВ имеет некую компенсаторную функцию, кроме «пагубности», несет в себе адаптационный смысл. В том числе, и этот фактор поддерживает амбивалентность мотивации к изменениям у пациентов с ПУ ПАВ, в особенности с учетом того, что, как мы упоминали выше, вредные последствия употребления еще не так выражены и не столь очевидны, как на стадии сформированного синдрома зависимости, и могут вызывать меньше беспокойства у самого пациента.

В настоящее время рекомендации формализованной диагностики выраженности вредных последствий употребления ПАВ ограничиваются тестами AUDIT (алкоголь) и DUDIT (наркотические вещества). Они фиксируют некоторые проявления последствий, но, безусловно, не дают полной картины, кроме того, вступают в некоторое противоречие с вышеописанными критериями МКБ-10. Исследования же специалистов НМИЦПин им. В.М. Бехтерева, результаты которого были представлены на Всероссийском конгрессе с международным участием «Нейропсихиатрия в трансдисциплинарном пространстве: от фундаментальных исследований к клинической практике» в 2023 г., показали низкую эффективность широко используемой методики «Мотивация к употреблению алкоголя» (автор В.Ю. Завьялов, 1986).

Наша практика показывает, что использование на этом этапе модели баланса позволяет гораздо более чувствительно исследовать и в дальнейшем конструктивно использовать в терапии информацию о функции ПУ ПАВ как симптома, а также оценить последствия употребления, как с точки зрения пагубности, так и вторичной выгоды, возможных препятствий к изменениям, имеющихся ресурсов и даже некоторых концепций расстройства и ожиданий от терапии. Хотелось бы отметить, что применение модели баланса может быть крайне разносторонним и, конечно, не ограничивается лишь описанием последствий в сферах тела, деятельности, отношений и целей/фантазий. В нашей практике мы используем этот инструмент для исследования каждой из четырех областей («баланс в системе баланс») с точки зрения сбалансированности: потребностей, способностей, между потребностями и способностями, готовности к изменениям и приверженности опыту, стремления к автономности и близости, рацио и чувств, традиций и тела, усилий в разных областях жизни, критичности и принятия учета своих и потребностей другого, ответственности и доверия, сомнения и уверенности, доверия и контроля, отдыха и работы, сбалансированность способности к ответственности, следования традициям и изобретение своих и т. д.

Опираясь на техники активного слушания, исследование актуального конфликта, способа решения ключевого конфликта, отражения ПУ в четырех сферах модели баланса, понимание общей стрессовой нагрузки в жизни пациента дает возможность много узнать о системных функциях ПУ и о факторах риска злокачественного течения. Структурированность, понятность языка и возможность наглядного отражения результатов, полученных на стадии наблюдения, способствует мотивации пациента на активное участие в исследовании мотивов и последствий употребления через призму понимания его компенсирующих функций и перспективы использования ресурсов. При этом философия, методология и техники ППТ гармонично сочетаются с МИ с точки зрения гуманистического взгляда на природу человека, идеями клиент-центрированного подхода, работой с амбивалентностью, ориентацией на автономность пациента. Не

противоречат и идеям функционального анализа употребления ПАВ в КПТ. Совместный же поиск позитивной интерпретации существенно снижает стигматизацию и сопротивление, способствует формированию рабочего запроса на помощь и эффективного терапевтического альянса. Применение ППТ позволяет на практике за диагнозом увидеть очень личную индивидуальную историю, при этом дает возможность применения понятных формулировок и фиксации результатов диагностики, избегая излишней запотоколированности и формализованности, с одной стороны, и дающих возможность применения их в планировании терапии и отслеживания динамики, с другой. Исследование функции употребления ПАВ вместе с пациентом дает возможность сформулировать действительно личный запрос на помощь, что особенно важно в работе с данной категорией пациентов, которые зачастую первоначально имеют лишь внешнюю мотивацию, попадая к специалистам под давлением родственников или социальных служб.

Инвентаризация. На стадии прояснения мы содействуем пониманию динамики, осознанию пациентом его симптома как стадии собственного развития и способа решения внутреннего конфликта, разъясняем разницу между содержанием конфликта и ресурсами (И. Кириллов). Арно Реммерс пишет о том, что именно на этом этапе мы делаем первые предположения о возникновении истории симптомов. В центре нашего внимания оказываются актуальные способности, концепции, паттерны отношений, базовый конфликт, семейная динамика, ресурсы и полезный опыт преодоления. Эти задачи вполне согласуются с тем, что в терминах КПТ звучит как выявление внутриличностных и межличностных факторов («триггеров»), способствующих возникновению рецидива, осознание эмоций и стоящих за ними дезадаптивных решений, патологических моделей мышления – дисфункциональных убеждений, автоматических мыслей, актуализирующихся в ситуациях риска употребления. Соответствуют стадии исследования прошлого опыта в МИ.

Использование модели баланса для анализа переработки конфликтов, исследование семейных концепций в четырех областях («Я», «Ты», «Мы», «Пра-

Мы») и в целом проявлений динамики, как нам кажется, дает возможность расширить представления терапевта и пациента об истории формирования ПУ, с одной стороны, а с другой испытывать достаточно много надежды в поиске альтернативных способов разрешения конфликтов.

Носсарат Пезешкиан пишет о том, что в сфере тела злоупотребляющий алкоголем, с одной стороны, ощущает уменьшение физических недугов, с другой переживает растущую потребность организма в алкоголе. В сфере деятельности дело доходит до потерь. В сфере отношений увеличивается дистанция между больным и окружающими его людьми вследствие страха и чувств неполноценности. И пациент научается бегству в фантазии (Пезешкиан Н, 2006). Результаты же исследования переработки конфликтов у женщин с алкогольной зависимостью Элины Абдрахмановой, проведенные с использованием шкал опросника WIPPF, свидетельствуют о преобладании у испытуемых реакций средней интенсивности во всех четырех сферах жизни по модели баланса. Автор исследования предлагает следующее объяснение: алкоголь выступает фактором адаптации. То есть жизнь человека становится сбалансированной как раз за счет употребления алкоголя. При этом баланс не является гарантией удовлетворенности жизнью, о чем свидетельствуют результаты глубинного интервью (Абдрахманова Э., 2024 г.). Наши собственные практические наблюдения позволяют согласиться с этим предположением. Так, например, рассматривая сферу отношений, мы будем часто видеть, что употребление (особенно, на стадии ПУ) тесно связано с поддержанием социальных контактов и отношений (зачастую с соупотребителями), однако, при этом сопровождается субъективным чувством одиночества и недостатка истинно интимных, близких контактов. Сфера фантазий, хотя и является областью «бегства в», в истинном смысле зачастую тоже недостаточно развита, с точки зрения видения перспектив, долгосрочного планирования исходя из понимания своих ценностей. Кажущаяся очевидность уязвимости пациентов с ПУ ПАВ в сфере профессиональной деятельности, неизбежность потерь и проблем, снижения профессиональной активности, фактически опровергается Арно Реммерсом, отмечающим возможности эффекта повы-

шения работоспособности при употреблении ПАВ, особенно при обсессивно-компульсивном или нарциссическом неврозе (Бёссманн А., Ремерс А., 2024). Таким образом, мы предполагаем, что во всяком случае с данной категорией пациентов, наиболее эффективным инструментом сбора информации и реакций на конфликты остается интервью.

Для прогноза терапии важно понимание глубины конфликта. При более-менее сходных поведенческих проявлениях, в зависимости и от того, имеем мы дело с конфликтным напряжением, невротическим уровнем конфликта или структурными нарушениями, прогноз и психотерапевтические интервенции будут разными. Кроме того, наличие значительных нарушений структуры личности можно отнести к критериям, указывающим на низкую вероятность быстрого достижения улучшения. При этом важно отметить, что «ранние психодинамические теории, согласно которым расстройства, связанные с употреблением ПАВ, вызваны структурными расстройствами психики, не получили эмпирического подтверждения... Расстройства, связанные с употреблением ПАВ... обнаруживаются при самых разных психодинамических комбинациях» (Бёссманн А., Ремерс А., 2024).

Существует большая потребность в исследованиях общих закономерностей формирования и проявлений ПУ ПАВ с точки зрения ППТ. Однако доступная вербальная составляющая языка подхода, использование метафор и притч, при этом логическая структурированность и наглядность, а также внимание телесным проявлением, уже сейчас очевидно существенно расширяет возможности работы с пациентами, в том числе, с разными ведущими каналами восприятия информации.

Ситуативное поощрение. Основная задача этапа – опираясь на понимание позитивных аспектов симптома, его функций, помочь увидеть пациенту в ПУ ПАВ не «дефектность», а способ разрешения конфликтов, и, содействуя осознанию и мобилизации ресурсов, укрепляя его «Я», стимулируя ответственность, поддерживать активное участие в лечении.

Носсрат Пезешкиан интерпретировал злоупотребление алкоголем как способность делать конфликты временно сносными, а также благодаря ощущению тепла внутри предаваться иллюзии защищенности и благодаря уменьшению тревог и страхов облегчать принятие самого себя (Н. Пезешкиан).

Необходимо, чтобы гипотеза была сформулирована на абсолютно понятном для пациента языке, отражала его потребности и мотивацию. Важными инструментами ППТ здесь могут быть поддержка творческого поиска, поощрение развития актуальных способностей, фиксация успехов, включение социальных ресурсов, развитие навыков благодарности и самопоощрения. Надо заметить, что последнее активно используется в программах «Анонимные алкоголики» (АА) и «Анонимные наркоманы» (АН). Гармоничным кажется включение в работу на данном этапе различных техник, в том числе из КПТ (например, тренинга навыков совладания, отказа от употребления ПАВ), релаксационных практик и др. Данная стадия перекликается с поддержкой и стадией закрепления в МИ.

Вербализация. Инвентаризация, конкретизация осознаваемых и неосознаваемых конфликтов с увеличением активности клиента в их диагностике и поиске альтернативных способов разрешения, позволяет сменить позицию «жертвы обстоятельств» на ответственность и признание авторства своей жизни. Теперь пациент сам учится отслеживать свои «рабочие» и «нерабочие» базовые концепции, а также осознанно их менять. В этой части ППТ дополняет КПТ и МИ, позволяя заглянуть в глубинные конфликты.

Особая роль на данном этапе уделяется анализу переноса и контрпереноса (в том числе, с точки зрения анализа терапевтических отношений как модели) и способам разрешения ключевого конфликта, развитию баланса между открытостью и вежливостью. В связи с тем, для пациентов, употребляющих ПАВ, характерны проявления алекситимии, в этом ключе кажется важным внимательное отношение к развитию такой структурной способности как контакт.

Расширения целей. Заключительный этап подразумевает видение будущего, нацеленность на дальнейшее развитие после завершения терапии. Важным

акцентом на данном этапе является «закрепление фокуса на сбалансированном последовательном развитии, позволяющем использовать любой, в том числе и конфликтный, опыт в целях развития своих навыков, поведенческих (вторичных) и психологических (первичных) способностей и, таким образом, расширения возможностей» (Кириллов, 2022). В контексте работы с пациентами с ПУ ПАВ последнее хочется подчеркнуть особо, отметив, что многие ныне действующие программы, в том числе, 12-шаговые программы АА и АН скорее ориентированы фиксировать пациента на мысли о расстройстве, а опыт злоупотребления рассматривается однозначно как являющийся проявлением дефектности. При всем уважении к сообществам самопомощи и признании эффективности их программ с точки зрения объективного показателя – ремиссии, у нас есть предположение, что они ориентированы, в терминах ППТ, прежде всего, на развитие, вторичных способностей, а также, первичной к вере и этим успешно способствует тому, что называют социализацией, однако недостаточно подкрепляет развитие таких первичных способностей как контакт, доверие и сбалансированности открытости/вежливости. Зачастую это в итоге проявляется в «застревании» пациента на симбиотической стадии с сообществом самопомощи.

Одним из центральных условий прозрачности, понятности и возможности оценить эффективность терапии является изначальная определенность условий окончания терапии в целом. В рамках отдельных сессий не менее важно систематическое использование подведения итогов каждой из них. Здесь также действенным инструментом остается модель баланса, которая позволяет отслеживать изменения в сферах телесности, продуктивности, отношений и смыслов, в том числе отследить динамическую стадию (слияние, дифференциация, самостоятельность).

Навыки использования пятиступенчатой системы, приобретенные в ходе терапии, пациенты теперь могут использовать и самостоятельно. Привлекательность этой системы также состоит в том, что возможность ее применения не привязана к какому-то определенному этапу жизни, проблеме, ситуации,

стадии формирования заболевания и т. д., но буквально неисчерпаема, так как динамична и универсальна.

Заключение

В данной статье мы осознанно избегали приводить конкретные клиентские примеры, обобщений в оценке, например, ведущих актуальных способностей, баланса, способов подработки конфликта, базовых концепций и т. д. Дело в том, что диагнозы, связанные с употреблением ПАВ, часто сильно стигматизируют представления о пациентах, их особенностях и трудностях. При этом наша практика показывает большое разнообразие, широчайшую палитру человеческих судеб, стоящих за диагнозом ПУ ПАВ. Этим мы выражаем большую надежду на эмпирические исследования, которые позволят делать действительно достоверные общие выводы, которые, в том числе, позволят создавать действенные профилактические и лечебные программы.

В целом, идеи и технологии ППТ для использования в наркологической практики являются, на наш взгляд, перспективными в силу: ресурс-ориентированности, транскультуральности, возможности разработать протоколы, позволяющие учитывать этиопатогенез с целью реализации на практике принципа «лечим человека, а не болезнь», без чрезмерной регламентированности, но позволяющие фиксировать индивидуальную историю (модель баланса, актуальные способности, конфликты и способы их разрешения, функцию симптомов, стадию развития и т. д.), планировать и оценивать эффективность терапии в терминах, понятных, в том числе для пациента, использовать доступные инструменты самопомощи.

Актуальной остается необходимость исследований, подтверждающих эффективность ППТ, с целью внесения метода в раздел основных. Не менее перспективной задачей является разработка применения ППТ в сфере профилактики употребления ПАВ.

Список литературы

1. Абдрахманова Э. Реакция на конфликты у женщин с алкогольной зависимостью / Э. Абдрахманова // The Global Psychotherapist. – 2024. – Т. 4. №4.

2. Бёссманн А. Позитивная психодинамическая психотерапия: учебное пособие / А. Бёссманн; под ред. А. Ремерс. – Висбаден: WAPP Press, 2024.
3. Кириллов И. Позитивная психотерапия: базовый курс / И. Кириллов. – М.: Академия транскультуральной психотерапии, 2022. – 340 с.
4. Менделевич В.Д. Психиатрические головоломки. Избранные научные эссе / В.Д. Менделевич. – М.: Городец, 2022. – 536 с.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Носсрат Пезешкиан; пер. с нем. – 2-е изд. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. – 448с.
6. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Пагубное (с вредными последствиями) употребление. – Клинические рекомендации МЗ РФ, 2024.