

Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых

КУЛАКОВ С.А.

врач-психотерапевт высшей категории, д.м.н., профессор кафедры клинической психологии
Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена,
супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, Санкт-Петербург.
E-mail: kulaksergey@yandex.ru

Представлены принципы клинико-психотерапевтической конференции в условиях стационарной реабилитации наркозависимых. Она рассматривается как высококоммуникативный процесс, позволяющий индивидуализировать программу для каждого реабилитанта. Подчеркивается, что принципы современной психотерапии и диагностики предусматривают использование ресурсных аспектов пациента. Все положения проиллюстрированы клиническим примером из практики автора.

Реабилитация наркозависимых по-прежнему является важной государственной задачей в области психического здоровья. Начиная с момента поступления пациент окружен множеством людей: пациентов со сходной проблемой, консультантов и различных сотрудников отделения. В течение лечения реабилитанту приходится вступать в плотную сеть взаимоотношений. Например, в других пациентах он находит партнеров, с которыми может обсудить различные проблемы и разделить общие интересы, особенно в тех группах, где он активно участвует. Пациент будет контактировать с различными психотерапевтами, равно как и с медсестрами, консультантами по зависимости и т.д. Можно сказать о том, что в этом поле есть пациенты с разной мотивацией к лечению. Одни мотивированы на работу с психической зависимостью, другие проходят дезинтоксикацию с целью снижения толерантности к героину и уменьшения затрат на покупку наркотиков. Тема отношений выздоравливающего пациента с наркозависимым, желающим продолжить употребление наркотиков, часто возникает в ходе психокоррекционной работы.

Члены реабилитационной команды определяют индивидуальную лечебную программу данного пациента. Лечебная программа составляется индивидуально с учетом способностей и потребностей и может быть изменена в процессе лечения, если это необходимо. Так, пациент активно вовлекается в различные виды групповой активности, появляется возможность наблюдать различные грани его личности. Более того, тяжело больные пациенты, зачастую неспособные вербализовать конфликты, получают шанс донести собственные бессознательные и невербальные аспекты до «терапевтического поля».

Психотерапевтический диагноз кроме диагностических структурных характеристик и оценки многомерности каждого пациента подчеркивает его здоровые и ресурсные части. Особый интерес представляют

способности пациента (например, владение иностранными языками, мануальные навыки, интеллектуальные возможности, творческие таланты, жизненный опыт).

В начале стационарного лечения пациент проходит ряд диагностических процедур. К ним относятся анамнестический опрос нарколога, клинико-психотерапевтическое интервью клинического психолога (включая историю жизни), обследование терапевта.

При проведении детального психологического обследования особое внимание уделяется объектным отношениям (структурное интервью, тест незаконченных предложений, рисуночные тесты). Применяются также тесты SCL-90, MMPI, пиктограмма, тесты исследования интеллекта.

При проведении первичного интервью важно помнить об эмоциональной поддержке пациента.

Все эти диагностические исследования проводятся в начале лечения, в процессе клинической конференции и незадолго перед выпиской. Все результаты обследований активно обсуждаются с пациентом. Он выступает в качестве активного партнера в любой диагностической и терапевтической сессии. Все терапевтические находки важны для диагноста, и, наоборот, все диагностические результаты полезны для реабилитанта.

Очень важно прямое ежедневное наблюдение за пациентом в различных терапевтических группах. Отмечаются такие моменты, как вербальное и невербальное поведение, открывающиеся психодинамические проблемы и проблемы, связанные с наркотиками, коммуникативные особенности. Также важно изучить проявления переноса и контрпереноса в различных групповых занятиях и контактах со специалистами. Следует подчеркнуть, что реабилитанты часто переносят на специалистов определенные ролевые ожидания, не оправдавшиеся в их дисфункциональных се-

мьях. Все наблюдения фиксируются в журнале наблюдения за пациентами, который находится у дежурного консультанта по зависимостям. Наблюдения, упомянутые выше, служат основой для клинической конференции, которая обычно проводится для тех пациентов, которые не вписываются в стандартную программу.

Зачастую отношения *пациент — значимое окружение* носят незрелый, конфликтный характер, свойственный пограничным пациентам. В связи с этим родители, по мере возможностей, также приглашаются на подобный консилиум, ибо готовность семейной системы к изменениям — важный фактор в профилактике рецидивов. С другой стороны, в случае «нестандартного пациента» родителям должна быть предоставлена исчерпывающая информация, так как семья часто оплачивает лечение.

В клиническом разборе участвуют все сотрудники, вовлеченные в лечение пациента: лечащий врач, психолог, социальный работник, групповой психотерапевт, консультант по зависимостям. Все участники разбора докладывают о собственной точке зрения на проблемы и динамику пациента. Ресурсы, сильные стороны и потенциальные возможности представляют наибольший интерес, составляя будущую перспективу пациента после его выписки. Для оценки динамики реабилитации необходимо понять замедление выполнения заданий, сдерживающие моменты, собственную рефлексию, равно как и работу «наблюдающего эго». Важные вопросы: соответствует ли темп реабилитации возможностям пациента? Нужна ли коррекция? Понятен ли пациент в аспекте психодинамического диагноза? Что мешает установлению терапевтических отношений между пациентом и членами реабилитационной команды? В этом плане тщательная диагностика и включенное наблюдение всех сотрудников позволяет сделать адекватное диагностическое заключение.

У пациентов, проходящих повторную реабилитацию, несмотря на срывы, наблюдаются структурные изменения. Преодоление «синдрома диффузной идентичности» у наркозависимых с пограничным уровнем организации личности и движение к целостной «Я»-концепции является сверхзадачей реабилитационного процесса («психотерапия идентичности», по Аммону).

Дискуссия в группе реабилитационной команды, разворачивающаяся в процессе разбора, полезна для вынесения суждения о бессознательной динамике пациента. Иногда сотрудники вступают в страстный спор, настаивая каждый на собственном видении пациента.

Приведем в качестве иллюстрации следующий пример.

Дмитрий Ш., 1979 года рождения.

Из анамнеза. Родился в полной семье, единственный ребенок. Отношения между членами семьи были внешне благополучными. Рос в полном материальном благополучии, никогда ни в чем не нуждался. С детства отмечались лидерские качества, в школе учился удовлетворительно. Отношения с одноклассниками описывает как успешные: «Общался с приличными пацанами». При поступлении в машиностроительный техникум попал в качественно другую компанию, где и попробовал в первый раз наркотик (18 лет). Объяснить, с чем связан первый опыт наркотизации, затрудняется: «Просто так». С этого момента стал употреблять героин регулярно. Сразу же попал в криминальную структуру, с помощью которой обеспечивал себе дозу и шикарную жизнь. Отметил, что критика в тот момент отсутствовала, так как «все было просто отлично». Через 5 лет злоупотребления веществами у Дмитрия обнаружился гепатит С. Родителям юноша сообщил, что заразился в тату-салоне. Вскоре за этим событием последовал развод отца с матерью. Будучи не согласен с разрывом отношений, Дима подрался с отцом и выстрелил из ружья в родителя. Отец остался жив, но после этого все отношения прервались, так как отец и его новая семья боялись взрывчатости и неуправляемости сына. Впрочем, и сам пациент не очень мотивирован на примирение. Хорошие отношения сохраняет только с матерью.

В данный момент Дмитрий проходит реабилитационную программу снятия наркотической зависимости в городской наркологической больнице. Срок трезвости 1 мес. Признался в нескольких срывах на допинге в момент прохождения программы, при которых снижал дозы потребления. («При последнем употреблении — месяц назад — ввел одну дозу, хотя были возможность и средства для большего количества»). Отмечает у себя высокую мотивацию на полный отказ от наркотиков, считая, что эти эмоции, этот «покой», который он испытывал при принятии веществ, можно испытать другими способами, включая криминальные.

Себя Дмитрий описывает как легковозбудимого, взрывчатого, агрессивного, враждебного, импульсивного. Отмечает у себя деспотические качества: «...Если не по мне — сразу по почкам...», «Мне просто доставляет удовольствие ломать челюсти, видеть, как человек заливается кровью... это такие эмоции...». Красочно и сюжетно описывает свое криминальное прошлое.

В психотерапевтической группе проявлялась выраженная импульсивность пациента. На одной психодраматической сессии продемонстрировал свою агрессию, разломав пополам фанерную подставку от стула.

Сознавал, что управлять агрессией почти не может. Пациент чувствителен к любой критике. Наблюдались частые ссоры с реабилитантами, которые жаловались на его поведение, расцениваемое как хамство. Рукоприкладство в рамках отделения пытался сдерживать, несколько раз кулаком ударял по двери в курительной комнате.

Учитывая трудности, которые испытывали все члены реабилитационной команды, было принято решение провести комплексное клинико-психологическое обследование.

Дмитрий представляется личностью незрелой, дисгармония затрагивает многие сферы его жизни. Результаты обследования указывают на неразрешенность эдипальных отношений. Поведение можно считать патологическим, так как оно отражает единственный способ совладания со стрессом: употребление наркотиков и допинга. Реакция на сложившуюся ситуацию — внешне обвиняющая. Ригидность установок в отстаивании своих позиций, ущемление чувства собственного достоинства. Стеничность (активность) резко усилена противодействием среды, неблагоприятными обстоятельствами, бороться с которыми трудно в силу субъективно переживаемого чувства их неотвратимости. Эгоцентрическая обидчивость, мстительность, ощущения изолированности и непонятости окружающими, отсутствие поддержки. Неудовлетворенная потребность в отношениях, отсутствие полного взаимопонимания с тенденцией сохранить свое превосходство. Уровень организации личности пограничный, тип характера нарциссический. У пациента имеются как «нарциссический дефицит, так и нарциссическая грандиозность». Пациент может функционировать на достаточно высоком уровне, но его уязвимость к стрессу связана с повышенной чувствительностью его расколотого «Я» к критике и отвержению. В детстве нестабильные семейные отношения и микросоциальная система не сформировали у него адекватного самоуважения. Криминальные наклонности, как известно, нередко сопутствуют нарциссическому типу.

Экспериментально-психологическое исследование

В начале контакта с психологом пациент явно испытывал дискомфорт, жаловался на плохое самочувствие и большое количество дел, но вскоре заинтересовался и активно включился в обследование. Экспериментальные задания выполнял с готовностью. Инструкции понимал правильно со средним уровнем мотивации к выполнению заданий.

Разговаривая, испытуемый в глаза не смотрит, ответы дает развернутые, но отмечаются соскальзывания на чувства и эмоции, которые он испытывал в момент употребления наркотиков и своих правонаруше-

ний, речь на всем протяжении без интонационных различий. Неусидчив. Активно жестикулирует.

Исследование мнестической деятельности было направлено на выявление индивидуальных особенностей памяти пациента. Память характеризуется устойчивостью и достаточным объемом запоминания и воспроизведения. Кривая запоминания слов: 7, 7, 8, 10, 9, 10; через 15 мин воспроизвел 10 слов. Пиктографические рисунки выразительны, эмоционально окрашены, адекватны понятиям. Опосредованная память — 85% (13,5 балла из 16 возможных).

Снижение темпа мышления не отмечено. Мыслительная деятельность исследовалась с помощью набора патофизиологических методик («классификация», «простая аналогия», «исключение понятий»). Мышление испытуемого характеризуется проявлениями актуализации латентных признаков. Например, в методике исключения понятий из ряда слов: Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий исключает Порфирия, так как «имя редкое», при указании на наличие фамилии в ряду имен своего решения не изменил.

«Молоко, сливки, сыр, сало, сметана» — лишнего ничего найти не смог.

В ряду понятий «молоток, гвоздь, клещи, топор, долото» выбрал клещи, «так как их нельзя воткнуть».

В исследовании с помощью методики «Простые аналогии» у пациента выявляется неспособность к оперированию уровня обобщения, установлению логических связей и отношений. Отмечена удовлетворительная способность к процессу концентрации активного внимания, ускоряя время исполнения задания, но наряду с этим определяется слабость поддержания волевого усилия, пациент отказался от выполнения последних упражнений, так как не видит в них смысла.

Результаты обследования эмоционального интеллекта: высокий показатель эмоциональной осведомленности и эмпатии. Средний показатель самомотивации, что подтверждает интервью с пациентом. Критически низкий уровень управления собственными эмоциями свидетельствует об эмоциональной ригидности Дмитрия.

Данные, полученные с помощью методики SCL-90, направленной на установление выраженности психопатологической симптоматики, характеризуют выраженность отдельных шкал. Крайне высокий показатель враждебности выявляет мысли, чувства или действия, которые являются проявлениями негативного аффективного состояния злости, а также агрессию, раздражительность, гнев и негодование.

Отмечена высокая тревожность, которая показывает напряжение и дрожь, приступы паники и ощущение насилия, чувства опасности, опасения и страха.

Помимо этих шкал высокие показатели, выходящие за границы нормы, имеют шкалы паранойяльности, психотизма, обсессивности и компульсивности.

Общей индекс тяжести (GSI) равен 1,6 (для сравнения: у пациентов с неврозами индекс равен 1,2).

В то же время пациент мотивирован на реабилитацию и на работу над своей неконтролируемой агрессией.

В ходе клинико-психотерапевтической конференции специалисты пришли к следующему заключению. Для Дмитрия рекомендовано индивидуализировать реабилитационную программу. Можно выделить несколько «терапевтических мишеней»:

- развитие понимания пациентом своего заболевания как био-психо-социо-духовного расстройства;
- коррекция мотивации и «вручения» ответственности за реабилитацию. Проблема выбора новых способов поведения тесно связана с ответственностью клиента. Психопатология возникает в том случае, когда человек не извлекает урока из «обратной связи» и, как следствие, не может осознать свои ошибочные представления, что и проявляется в дисфункциональном поведении;
- восстановление эмоционального равновесия. Более детальная проработка деструктивных эмоций (обиды, мстительности) и осознание клиентом саморазрушающих тенденций;
- прощение тех, кого ненавидит, может служить конструктивным шагом для освобождения от травм прошлого;
- работа по совершенствованию копинг-стратегий и управлению «нарциссической грандиозностью»;
- изменение представления о себе;
- корректировка дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок;
- нахождение смысла жизни и определение ценностно-смысловой дисгармонии;
- поиск ресурсов личности в воздержании от наркотика и последующей реабилитации, ориентированный в прошлое, настоящее и будущее.

Каждая клиническая конференция уникальна, так как неповторима личность пациента. Некоторые пациенты беспокоятся по поводу своих «клинических разборов», другие рады уделяемому вниманию и заботе, встречаются и такие, которые специально готовятся к этому мероприятию, принося с собой рисунки с психотерапевтической группы, дневники. Клиническая конференция, в целом, имеет терапевтическое значение для пациента. Очень часто это поворотный момент для всего процесса лечения. Во время подобного разбора пациент непосредственно сталкивается с информацией о самом себе, собранной воедино. Например, пациент с невротическим уровнем организации личности в начале лечения требует меньшей поддержки по сравнению с пограничным пациентом, который реагирует разнообразными защитами с целью избежать личностного роста. Такой пограничный пациент выдержит прямую конфронтацию со своим деструктивным поведением при условии, что отношения в системе *реабилитационная команда — пациент* достаточно стабильны. Относительно планирования будущего первостепенное значение имеет обсуждение вопросов, связанных с работой, местом проживания и постреабилитационным сопровождением, включая профессиональное развитие. Требования общества, равно как возможности и ограничения пациента, должны быть учтены при планировании жизни после выписки. Для дальнейшего развития после лечения в больнице пациенту требуется очертить здоровую и поддерживающую среду в смысле «социально-энергетического поля». Большей частью это связано с продолжающейся амбулаторной реабилитацией, цель которой — стабилизация прогресса, достигнутого в клинике.

С нашей точки зрения, клинико-психотерапевтическая конференция является высоко коммуникативным процессом, в котором пациент выступает как активный участник. Принципы современной психотерапии и диагностики предусматривают использование здоровых аспектов пациента, укрепление и поддержку его творческого потенциала до такой степени, когда болезнь утратит свое ограничивающее жизнь значение.

Clinical psychotherapeutic conference during in-patient rehabilitation of drug addicts

KULAKOV S.A.

D.Med.Sci., Professor, Chair of Clinical Psychology of Herzen Pedagogical University (St.Petersburg)

The principles of clinical psychotherapeutic conference during in-patient rehabilitation of drug addicts are described. It is revealed to be a high communicated process to individualize the program for every patient. It is underlined to use resource parts of patient personality. The article is illustrated by clinical case from authors practice.