

Идентичность при наркотической зависимости и ее динамика в курсе альфа-стимулирующего биоуправления

Шубина О.С.¹, Мельников М.Е.², Загоруйко Е.Н.¹, **Скок А.Б.**¹

Identity in heroin addiction and its modification in the course of alpha-stimulation biofeedback

Shubina O.S., Melnikov M.Ye., Zagoruyko Ye.N., **Skok A.B.**

¹ НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, г. Новосибирск

² Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск

© Шубина О.С., Мельников М.Е., Загоруйко Е.Н., Скок А.Б.

Проведена многофакторная оценка аспектов идентичности героиновых аддиктов, проходящих лечение средствами технологии нейробиоуправления по альфа-ритму электроэнцефалограммы. Обнаружены специфические положительные изменения идентичности, возникающие в результате проводимой терапии, касающиеся самовосприятия и планирования будущего. Проанализирована динамика истинной идентичности аддикта в ходе поведенческой терапии через альфа-стимулирующее биоуправление, показаны (подтверждены) возможности нейробиоуправления при терапии аддиктивных расстройств.

Ключевые слова: нейробиоуправление, аддиктивная идентичность, героиновая зависимость.

This paper is dedicated to multifactor evaluation of heroin addicts identity and its modification during neurofeedback (alpha-stimulating training). It was found that alpha-stimulating training induced specific changes in identity concerned self-perception and future planning. Modification of real identity during neurofeedback courses was investigated. It was shown potential of neurofeedback in the treatment of addictions.

Key words: neurofeedback, addictive identity, heroin addiction.

УДК 616.89-008.441.33:615.851

Введение

Идентичность является одной из высших и сложнейших личностных характеристик человека. Это относительно стабильное состояние, позволяющее личности осознавать свою индивидуальность, самостоятельность, уникальность, «непрерывность» во времени. Идентичность, по Эриксону, «объединяет конституциональные задатки, базовые потребности, способности, значимые идентификации, успешные сублимации и постоянные роли» [1]. Вотермен рассматривает идентичность как структуру, состоящую из целей, ценностей и убеждений [1]. В его понимании для определения идентичности важны как сами принятые цели, ценности и убеждения, так и средства их выбора. Чувство собственного постоянства формируется в результате признания этого свойства окружающими.

У современных специалистов в области аддиктологии уже не вызывает сомнений тот факт, что развитие зависимости провоцируется и сопровождается серьезными нарушениями идентичности, вернее формированием слабой диффузной идентичности, нуждающейся в усилении путем присоединения к жесткому и стереотипному аддиктивному стилю существования, и появлением новой, патологической, идентичности, постепенно вытесняющей прежнюю [1]. Именно эта деформация ответственна за то, что аддикт, достигший состояния ремиссии, легко вновь возвращается к зависимому поведению, изменяя аддиктивный агент или сохраняя прежний. Эти же изменения препятствуют успешной психотерапии аддиктов. Сохранение «аддиктивных подходов» в ремиссии и, как следствие, ее кратковременность привели к широкому распространению мифа о «неизлечимости» этой категории. Наряду с этим широко известны случаи массовой

спонтанной ремиссии лиц, употреблявших наркотики на «гетерономной почве» — ввиду экстремальных внешних условий, без формирования аддиктивной личности [1, 3].

Развитие аддикции сопровождается усилением защитных механизмов (преимущественно отрицание и регрессия), призванных минимизировать чувство вины от аддиктивной реализации. Аддикт все больше боится рефлексировать, оставаться наедине с собой, стремится постоянно отвлекаться, занять себя чем-нибудь. Начинают привлекаться другие защитные механизмы, в частности рационализация, помогающая объяснить свое поведение окружающим. Впоследствии с появлением симптомов потери контроля рушится даже аддиктивная логика рационализации и «мышления по желанию» [2, 3]. Психотравмирующие ситуации, личностные проблемы, послужившие триггерами наркотических срывов, пациент не воспринимает как заслуживающие внимания, не понимает их связи с зависимым поведением, что вызывает трудности в установлении терапевтического альянса с аддиктами.

Аддиктивный пациент в процессе психотерапии, как правило, занимает пассивно-потребительскую позицию или сопротивляется терапии. Многие, не видя необходимости в длительных психотерапевтических сессиях, просят сделать что-нибудь «радикальное», например загипнотизировать, закодировать, «убрать» желание употреблять наркотики. Вместе с тем отсутствием самоэффективности и страх перед рефлексией («страх встречи с самим собой, страх самого себя») и составляют ядро аддиктивной идентичности.

Технология биоуправления, предполагающая научение пациента самостоятельному контролю своих психофизиологических параметров, показала значительную эффективность в лечении пациентов как с химическими, так и нехимическими аддикциями [4, 7]. Среди описанных М. Шварцем моделей биоуправления [7] модель самоэффективности и когнитивная модель могут рассматриваться как патогенетические подходы терапии аддикций. Вместе с тем получены, хотя и немногочисленные, данные о том, что в успех терапии оказываются вовлечены более глубокие психические структуры, чем это предполагалось. Влияние процедуры биоуправления на бессознательные побуждения наркозависимых и депрессивных пациентов уже показано в исследованиях А.Б. Скока,

О.С. Шубиной [4, 6] и, безусловно, требует дальнейшего анализа.

Цель исследования — изучить феномен идентичности у лиц с героиновой зависимостью, динамику компульсивного влечения к наркотическому веществу и бессознательных побуждений в курсе нейробиоуправления (альфа-стимулирующий тренинг).

Задачи исследования:

1. Изучить бессознательные побуждения больных с героиновой зависимостью с помощью проективного теста Л. Зонди.

2. Оценить терапевтические эффекты альфа-стимулирующего БОС-тренинга, основываясь на данных клиничко-психологического интервью и результатах психологического тестирования.

3. Исследовать бессознательные побуждения контрольной группы лиц, не страдающих аддиктивными расстройствами, с помощью теста Зонди и сравнить с результатами тестирования экспериментальной группы.

Практическая значимость исследования заключается в более полной и систематической, чем это было ранее, оценке эффектов биоуправления в отношении идентичности аддиктивных пациентов. Объектом исследования является идентичность пациента с героиновой аддикцией.

Материал и методы

В работе использованы данные, собранные в 1995—2002 гг. Экспериментальную группу составили героиновые аддикты, проходившие курс альфа-стимулирующего тренинга с помощью аппаратно-программного комплекса «Бослаб». Использовался протокол, разработанный А.Б. Скоком [4].

Для проведения альфа-стимулирующего тренинга использовался программно-аппаратный комплекс «Бослаб» для электроэнцефалографического биоуправления, созданный в НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск). Перед началом терапевтической сессии два электроэнцефалографических электрода располагались в правой лобной и затылочной областях в точках F4, O2. На фронтальную группу мышц накладывались электромиографические электроды. Пассивный электрод прикреплялся к мочке уха. Пациентам не давалось никаких жестких инструкций, а только предлагалось вспомнить какие-либо образы, ощущения в теле, переживания, связанные с чувством отдыха, покоя, удовольствия. При этом

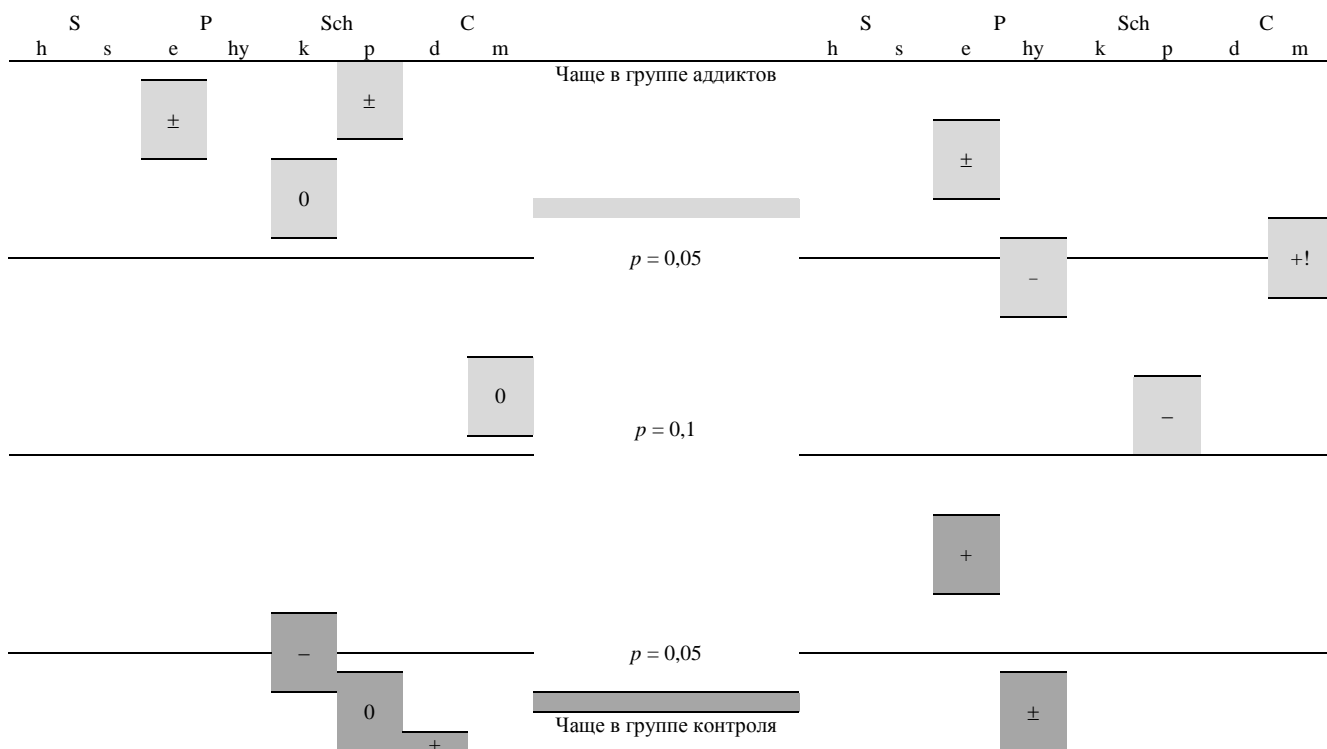
рекомендовалось проследить за звуковым сигналом, исходящим из компьютера при пересечении кривой, характеризующей мощность альфа-ритма, и попытаться связать возникновение сигнала с тем или иным состоянием. Если пациенту удалось индуцировать «внутрипсихическое» состояние, связанное с учащением звукового сигнала, и, следовательно, повысить мощность альфа-ритма, то ему было необходимо как можно дольше сохранять это состояние, сделав звуковой сигнал непрерывным. По мере усиления эффективности работы во время сеанса задача для пациента усложнялась и порог повышался.

Тренинг рассматривался как эффективный в том случае, если наблюдался даже незначительный прирост альфа-ритма при обязательном снижении в течение сеанса мощности бета-ритма. Перед и после сессии альфа-биоуправления проводился мониторинг всех ритмов.

Группа состояла из 44 пациентов обоих полов в возрасте от 15 до 39 лет. Все пациенты проходили курс амбулаторной реабилитации после стационарной детоксикационной терапии. В состав контрольной группы вошли 55 здоровых людей (без наркотической зависимости), прошедших однократное тестирование тестом Зонди. Контрольная группа была эквивалентна экспериментальной по полу и возрасту. В течение ле-

чебного курса пациентам предлагался проективный тест Зонди для мониторингования их состояния и выявления возможных срывов. Полученные данные оформлялись в протоколы тестирования с именами или идентификаторами обследуемых и датой проведения.

Сравнение групп было организовано следующим образом: в первой части сравнивались данные первого тестирования аддиктов с данными контрольной группы, а во второй — последнего тестирования аддиктов также с оценками контрольной группы. В качестве математико-статистического метода использован точный критерий Фишера. Различный уровень значимости отличий между экспериментальной и контрольной группами первого и второго исследования учитывался как терапевтический эффект биоуправления. Помимо формально статистически значимых различий отмечались также различия, приближающиеся к таковым (т.е. 0,1; 0,05), они не подвергались самостоятельной интерпретации, однако использовались для прояснения тенденций, связанных со статистически значимыми различиями. Полученные данные отражены на рисунке и интерпретируются в отдельном разделе статьи (опираясь на [8]).



+

До тренинга

После тренинга

Уровни значимости различий между экспериментальной и контрольной группами по факторам теста Зонди до и после сессии биоуправления

Результаты и обсуждение

Анализ качественных результатов

В процессе клиничко-психологического интервью перед началом проведения курса нейробиоуправления в первую очередь обращалось внимание на уровень мотивации пациентов к проведению терапии и наличие установки на полный отказ от употребления наркотического средства в дальнейшем. Пациенты, которые попали на консультацию по принуждению или с достаточно прозрачной установкой лишь на снижение дозы, в исследование не включались. Выяснялось отношение пациентов к заболеванию. Довольно часто приходилось слышать, что они считают наркоманию неизлечимым заболеванием («об этом везде говорят, пишут в газетах», «никто из тех, кто лечился, не завязал», «бывших наркоманов не бывает»). Коррекция мифов о наркотической зависимости была обязательной частью первичного интервью с наркозависимыми.

Пациенты после отказа от приема наркотического средства часто выглядели растерянными. Понимание того, что прежний социальный статус для них в настоящее время недоступен (родственники отвернулись, прежние друзья сторонятся, часто нет работы, нет возможности восстановиться в учебном заведении), усиливало депрессивные переживания. Вопросы «кто я теперь?», «куда мне идти?», «нужен ли я кому-нибудь?» задавали себе практически все пациенты из группы исследования. Отягощали ситуацию незавершенные проблемы прошлой жизни: нахождение под следствием, денежные долги. Частыми жалобами были «чувство внутренней пустоты», «внутренний хаос». Кризис идентичности проявлялся в отсутствии реальных жизненных целей, нередко в выстраивании «воздушных замков», в ничем не подтвержденных мечтах и стремлениях («возьму в банке кредит, открою фирму», «поступлю в университет», «выгодно женюсь», «одолжу денег и куплю хорошую иномарку»). Ощущение нагромождения проблем, несбыточности мечтаний создавало чувство безнадежности, беспомощности, активировало мысли о наркотиках. Депрессивный фон настроения часто рождал ощущение бессмыслен-

ности всего происходящего, любая деятельность была сопряжена с преодолением безволия.

При психотерапевтических беседах использовался прием фрагментации проблемы, т.е. разделение ее на небольшие решаемые участки. Для этого пациент вместе с психотерапевтом расписывал свой режим дня с ежедневным расширением круга обязанностей и планов. В список обязательных к выполнению дел входила легкая зарядка с градуированным наращиванием нагрузки, приведение в порядок вещей, наведение чистоты в комнате. Структурирование времени и пространства, окружающего больного, со слов пациентов, способствовало упорядочиванию внутриспсихической жизни. Особое внимание обращалось на выстраивание отношений с ближайшим окружением: помощь родственникам в хозяйственных делах, в уходе за старыми и больными членами семьи. Данный психотерапевтический подход был направлен на структуризацию внешней деятельности для постепенной смены аддиктивных мотиваций на социально приемлемые.

Восстановление доверия со стороны родственников, появление ощущения собственной значимости хотя бы в пределах семьи усиливало чувство идентичности, повышало самооценку. Обсуждались с пациентом и долгосрочные перспективы, а также этапы, которые необходимо преодолеть для их достижения. Первые успехи в альфа-стимулирующем тренинге интерпретировались психотерапевтом как достижение личностного роста, наработка волевых качеств («самая трудная борьба — борьба с самим собой»). В терапевтических целях подчеркивалось, что приобретенный навык волевого контроля альфа-ритма является уникальной способностью управлять эмоциями, контролировать собственные мысли и поведенческие реакции. Это способствовало формированию новой я-концепции, восприятию себя как самоэффективной личности.

Эффективный альфа-стимулирующий тренинг сопровождался индуцированием внутреннего состояния (самовосприятия), которое пациенты характеризовали как «ясное», «светлое», многие отмечали, что начинали чувствовать «внутренний стержень» или даже просто

начинали «чувствовать себя». Психотерапевтом проводилась параллель между успехами и достижениями обычной жизни с успехами в тренингах для стимулирования дальнейших поведенческих изменений.

Интерпретация количественных результатов исследования

Фактор «e», фактор «hu», вектор «P» («пароксизмальное влечение»). Значение фактора «e±» (связанное с актуальностью и тяжестью моральных проблем, довлеющих над человеком) не было скорректировано в процессе альфа-стимулирующего биоуправления. Негативную окраску этой реакции придает подавляющее доминирование «hu-», характерное как для экспериментальной, так и для контрольной группы, и даже несколько заостренное у пациентов во второй части исследования. Эта комбинация свидетельствует о затруднениях в эмоциональной разрядке и тенденции к накоплению аффекта, наличию незримой внутренней борьбы «авелевых» и «каиновых» тенденций.

Значение «e+» достоверно реже встречается в группе аддиктов, однако это различие несколько сглажено в результате БОС-тренинга. Для «e+» характерны просоциальные установки и поведение, умеренная направленность на справедливость, добро и совесть в отношениях с окружающими, мягкость и женственность характера. Картина добропорядочного, нескандального, альтруистичного гражданина («P±») встречается в первом сравнении несколько чаще в контрольной группе (приближается к достоверному уровню); во втором сравнении различие нивелируется. Также во втором сравнении резко падает количество реакций «hu±» в экспериментальной группе, что говорит об уменьшении тенденций к демонстративности и манипулятивности.

Фактор «k», фактор «p», вектор «Sch» («я-влечение»). При первичном тестировании в экспериментальной группе наблюдалось преобладание «k0» и дефицит «k-». Значение «k0» соответствует дезинтеграции я («пустое я», «ничего не регулирующее я»). Это, по сути, отказ от выражения личностной позиции, отсутствие поведенческого контроля, потворство инстинктивным влечениям. То, что значение «k-» реже встречается в группе пациентов, говорит о меньшей развитости у них тенденций приспособления к окружающему миру, слабости и незрелости психологических защитных механизмов.

В первом сравнении в группе аддиктов достоверно чаще встречается значение «r±» (ни одного в контрольной группе) и реже «r0» (устранение потребностей из сознания); при втором сравнении различия устраняются. При интерпретации реакции «r±» нужно учесть приближающееся к статистически значимому различие в картине «Sch0±» в первом сравнении. Это сочетание интерпретируется как опустошенность я после разрушения дуальных отношений с матерью или любовным партнером, а также является признаком слабой выраженности полоролевой идентификации.

«Побочный эффект» в виде приближающегося к статистически достоверному различия групп во втором сравнении по значению «r-» и, соответственно, «Sch0-» также вполне объясним. Здесь «r-» стоит интерпретировать как партиципацию (присоединение к значимому объекту). Таким образом, вероятно, аддикты ведут поиск подходящих значимых объектов, уже осуществленный представителями контрольной группы, достаточно прочно соединенными с различными значимыми объектами. Эта необходимость обусловлена устранением «эрзац-партиципации» с героином, бывшей важнейшей для представителей экспериментальной группы.

Фактор «d», фактор «t», вектор «C» («контактное влечение»). Изначально по фактору «d» выделяется одно статистически значимое различие, устраненное к моменту второго сравнения, — по значению «d+» (в группе пациентов реже). В общем смысле это означает отсутствие у группы зависимых до прохождения терапии стремления к поиску значимого объекта.

Практически статистически достоверным ($p=0,0516$) является различие по сверхдавлению реакции «m+!» (чаще в экспериментальной группе во втором сравнении). Это говорит о гиперпотребности в сцеплении. Повышение самоосознания в процессе тренинговой работы приводит к смене незрелых форм психологических защит на более зрелые и невозможности дальнейшего вытеснения травмирующих переживаний и конфликтных ситуаций. Аналогичные результаты были получены и в исследовании эффективности биоуправления у пациентов с дистимиями, продемонстрировавшими усиление осознания оральных влечений в процессе терапии [5].

Итак, альфа-стимулирующий тренинг оказался эффективным в преодолении компульсивного влече-

ния к опиоидам [4, 6]. В результате проведенной терапии успешно тренирующиеся аддикты вошли в ремиссию. Часть пациентов находятся в ремиссии по сей день. По мере улучшения своего состояния пациенты отмечали рост чувства «внутреннего стержня», уверенности в себе. Свое эмоциональное состояние они оценивали как ясное, светлое. Сообщали о разрушении мифа о своей безнадежности, начинали трезво оценивать свои отношения и строить реалистичные планы на будущее.

Обобщая вышеизложенное (данные анализа теста Зонди и качественные результаты терапии), можно сделать ряд выводов о возвращении истинной идентичности, усиленной в ходе альфа-стимулирующего биоуправления, и дезактуализации аддиктивной идентичности. Проведенный курс продемонстрировал значительные терапевтические результаты: изначально более склонные к дезинтеграции я, ощущению (небезосновательному) покинутости близкими, не готовые к поиску новых важных фигур аддикты не отличались по базовым показателям от здоровых людей, поведение их становилось более адаптивным, появилось желание адекватно взаимодействовать с окружающими. Усилен истинный self: возросла интернальность, пациенты перешли к зрелым психологическим защитам и адекватным вариантам копинга, была достигнута коррекция самооценки.

Заключение

В работе произведена подробная оценка различных аспектов идентичности героиновых аддиктов, проходящих лечение средствами технологии альфа-стимулирующего нейробиоуправления. Обнаружены специфические изменения идентичности зависимого, касающиеся самовосприятия и планирования будуще-

го. Показаны возможности нейробиоуправления, принципиально отличающегося от традиционной терапии, продемонстрирована динамика истинной идентичности аддикта в ходе поведенческой терапии.

В качестве дальнейших перспектив выигрышными выглядят лонгитюдные исследования, позволяющие проводить многократные срезы тестированием (Зонди, Люшер и т.д.), в сопоставлении с исходами тренинга, наблюдениями психотерапевта, результатами других проективных методик (ТАТ, тест Роршаха, hand-тест, рисуночные методики). Прохождение той же процедуры контрольной группой позволило бы устранить ряд артефактов, с которыми приходилось мириться в данном исследовании. Кроме того, не менее интересными могут быть данные исследований других «химических» и «нехимических» аддиктов, а также лиц с посттравматическим стрессовым расстройством (ввиду общности проявлений нарушения идентичности).

Литература

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство. Новосибирск: Наука, 2007. 468 с.
2. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психодинамика и психиатрия. Новосибирск: Наука, 2003. 665 с.
3. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: «Олсиб», 2001. 262 с.
4. Скок А.Б. Использование биологической обратной связи для целенаправленного изменения поведения пациентов с аддиктивными расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1999. 26 с.
5. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики побуждений. Кишинев, 1989.
6. Шубина О.С. Компьютерное биоуправление в терапии дистимических расстройств, сочетанных с психосоматической патологией (предикторы эффективности): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1997. 26 с.
7. Schwartz M. Biofeedback: a practitioner's Guide. New-York: The Guilford Press, 1995. 600 p.

Поступила в редакцию 08.12.2009 г.

Утверждена к печати 22.12.2009 г.

Сведения об авторах

О.С. Шубина — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск).

М.Е. Мельников — студент 5-го курса психологического факультета НГУ (г. Новосибирск).

Е.Н. Загоруйко — канд. мед. наук, доцент, старший научный сотрудник НИИ молекулярной биологии и биофизики СО РАМН (г. Новосибирск).

Для корреспонденции

Клинические аспекты биоуправления

Шубина Ольга Сергеевна, тел (383) 335-97-56, olga__22@mail.ru

Экспериментальные и клинические исследования