



**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ
ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2014

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011 годы)» по государственному контракту № К-32-НИР/118-5 от 07 ноября 2011 года на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством при реализации психотерапевтических программ в специализированных психиатрических учреждениях с использованием различных методов и форм психотерапии (организационные, терапевтические и реабилитационные аспекты)»

Санкт-Петербург
2014

АННОТАЦИЯ

Системный подход к решению задач реабилитации больных с наркотической зависимостью предполагает разработку, совершенствование и внедрение в практику методологической концепции реабилитации, включающей в себя медицинский, психологический и социальный аспекты. Одной из важных задач является применение в наркологических лечебно-профилактических учреждениях (амбулатории, стационары, центры, терапевтические сообщества и пр.) реабилитационных программ с использованием психотерапевтических методов.

Эффективность психотерапевтических технологий во многом зависит как от создания особой социально-психологической (психотерапевтической) и, следовательно, реабилитационной среды функционирования больных, так и от отбора лиц, участвующих в реабилитационных психотерапевтических программах.

В методических рекомендациях изложены особенности использования психотерапевтических технологий в системе реабилитации наркологических больных в лечебно-профилактических наркологических учреждениях.

На основе анализа проблемы, настоящими методическими рекомендациями предложена системная разработка научно-практических основ психотерапевтической реабилитации наркологических больных с учетом её медицинских и организационных аспектов. Изложены личностные особенности больных с наркотической зависимостью, психологические механизмы формирования зависимости, основные методы психотерапии наркологических больных.

В методических рекомендациях изложены также принципы создания различных вариантов лечебно-реабилитационной среды для пациентов с болезнями зависимости, проходящими наркологическое лечение. Предложенные принципы позволяют реализовать дифференцированный подход к лечению и реабилитации в условиях лечебно-реабилитационной среды наркологического учреждения.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, врачей-психиатров, врачей психотерапевтов, медицинских (клинических) психологов и специалистов по социальной работе, работающих в специализированных наркологиче-

ских лечебно-профилактических учреждениях и реабилитационных центрах.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

Авторы: Р.К. Назыров, ведущий научный сотрудник доктор медицинских наук, С.В. Ляшковская, В.В. Холявко, Д.А., Федоряка, И.О. Павловский, медицинский психолог; Д.И. Громыко, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук О.С. Зиматкина.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Список сокращений:

ЛРС – лечебно-реабилитационная среда

ПАВ – психоактивное вещество

ПСМ – психосоциальное мероприятие

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

© СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Росту заболеваемости наркоманией за последние 10-15 лет в России и за рубежом и последствиям этого роста посвящены исследования многих отечественных и зарубежных ученых, которые занимались различными аспектами данной проблемы (Клименко Т.В., 1991; Рохлина М.Л., 1994; Менделевич В.Д., 2003; Kanof Pilip D., 1993 и другие).

Согласно последней международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ -10), адаптированной для использования в Российской Федерации, наркомания стоит под шифром F1x2.

Наркомания (пристрастие к употреблению наркотических веществ) - это непреодолимое влечение к наркотику и ослабленный контроль за приемом наркотика, несмотря на опасные последствия (Фридман Л.С. Флеминг Н.Ф., 2000).

Диагноз наркомании устанавливается в тех случаях, когда имеются клинические признаки заболевания: регулярное употребление наркотических средств и непреодолимое влечение к ним, сформированный синдром измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения, синдром психической зависимости, обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации, синдром физической зависимости, компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический дискомфорт в интоксикации (Иванец Н.Н., Врублевский А.Г., 2002).

Психотерапия при лечении наркологических заболеваний используется в комплексе реабилитационных мероприятий. Под реабилитацией в наркологии понимается совокупность медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

В наркологии реабилитация неотделима от медикаментозного, физиотерапевтического и психосоциального воздействия, так как она начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов больного с медицинским персоналом и, в свою очередь, лечебные технологии (медикаментозные, физиотерапевтические и др.) используются на всех этапах реабилитации (там же).

Приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.04.2010 №225ан (зарегистрировано в Минюсте РФ 06.05.2010 N 17129) утвержден порядок оказания наркологической помощи населению российской Федерации.

Эти нормативные документы создают необходимую методическую базу для совершенствования реабилитационной помощи больным с ПАВ, позволяющую конкретизировать ее отдельные компоненты.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Современные представления об этиопатогенетических механизмах возникновения наркотической зависимости

Теоретики предлагают объяснения причин возникновения у людей злоупотребления и зависимости от ПАВ с разных точек зрения: социально-культурной, биологической и психологической. Ни одна из этих точек зрения, однако, не получила четких подтверждений с помощью исследований. Подобно многим другим заболеваниям, неумеренное и систематическое употребление ПАВ все более понимается как результат взаимодействия всех этих факторов.

К *социальным* причинам следует отнести уровень экономического развития общества, инфраструктуры, распространенность употребления наркотиков в обществе, моду, способ времяпровождения в компании с опробованием наркотиков.

Объяснения причин злоупотребления ПАВ и зависимости от них с социокультурных позиций получили подтверждение с по-

мощью проведения обширных исследований, в которых сравнивалось употребление психоактивных препаратов людьми из разных слоев общества и различных культур. Однако, как и в случае других психических заболеваний, социокультурная точка зрения не в состоянии объяснить, почему лишь у некоторых людей из тех, кто сталкивается с неблагоприятными социальными условиями, развиваются расстройства, связанные со злоупотреблением и зависимостью от ПАВ.

Биологические факторы тесно связаны с психопатологической отягощенностью семьи, а также «биологической predisпозицией».

Большой вклад в изучение биологических механизмов формирования зависимости внесла Анохина И.П. (1988, 2001), которая подчеркнула общность клинической симптоматики при злоупотреблении ПАВ, которая обусловлена их однотипным действием на катехоламиновый обмен. Прием наркотиков приводит к значительному выбросу катехоламинов. Постоянный прием наркотиков ведет к истощению запасов нейромедиаторов, формированию «порочного круга», чем в значительной мере обусловлено проявление синдрома психической зависимости. Уровень дофамина в крови коррелирует с тяжестью абстинентного синдрома. Именно дефицит дофамина является основой длительно сохраняющегося патологического влечения к наркотикам, как следствие, высокой вероятности рецидива.

Влияние наркотиков на организм человека, его жизнедеятельность и функции проявляются в трех различных аспектах: во-первых, имеют специфическое влияние на головной мозг, вызывая развитие синдрома зависимости; во-вторых, оказывают токсическое воздействие практически на все внутренние органы; в-третьих, несомненно, влияние наркологической патологии родителей на потомство.

Психологические факторы. На риск возникновения наркологических проблем влияет семья (деформированная структура, низкий образовательный ценз, негармоничные условия воспитания), факторы, отражающие процесс социализации подростков (познавательная активность, сформированность и мотивации профессионального выбора).

Согласно психодинамической точке зрения, люди, злоупотребляющие ПАВ, имеют сильные потребности в такой зависимости, следы которых можно обнаружить в раннем детском возрасте.

Некоторые сторонники этой теоретической модели также полагают, что определенные люди обладают свойствами, характерными для личности, злоупотребляющей ПАВ, что и вызывает у них склонность к злоупотреблению. В основе бихевиористской точки зрения лежит предположение о том, что использование психоактивных препаратов сначала подкрепляется тем, что оно снимает напряжение и поднимает настроение.

Немаловажная роль принадлежит индивидуальной склонности, определяющей реакцию на наркотик. Как правило, есть две причины потребления ПАВ, причем эти причины выявляются у лиц разных категорий. Первая – это поиск удовольствия, хорошего настроения, искусственно вызванного химическим способом, эйфории, увеличения активности. А вторая, это попытка при помощи химических веществ избавиться от неприятных переживаний и состояний, плохого настроения, затруднений в общении и т.д.

Наиболее часто зависимое поведение связывают с преморбидной патологией волевой деятельности – компульсивностью. Так Mikman и Frosch (1992) выдвинули гипотезу об индивидуальной склонности индивида и выборе специфического наркотика в зависимости от характера защитного стиля поведения. Например, героин обладает выраженным седативным эффектом, усиливает тенденции ухода и изоляции, а стимулирующие наркотики ведут к усилению активной конфронтации с окружающими. Авторы делают вывод, что основой неспецифической профилактики наркомании должно стать стимулирование и направление процесса социализации данного контингента больных.

Одним из существенных факторов, определяющих изменения личности в условиях образования устойчивого пристрастия, является также действие защитных психологических механизмов. В норме такие защитные механизмы служат снижению напряженности, которая возникает при наличии внутриличностного конфликта, когда индивид находится перед выбором, удовлетворить свою потребность или следовать общепринятым нормам.

Поскольку общество и окружение индивида в той или иной мере может осуждать пристрастное отношение (по крайней мере, неблагоприятные его последствия) аддикта, у которого сформировалось потребностное отношение к объекту пристрастия, то у последнего срабатывают защитные механизмы, например, такие как отрицание, вытеснение, проекция, рационализация и др.

Аддикт прекрасно понимает, что он вступает в конфликт с обществом, поэтому он пытается скрыть свое поведение, что приводит к развитию лживости, изворотливости. Одновременно происходит повышение тревожности, психологической напряженности, связанной с ожиданием своего разоблачения. Таким образом, наблюдаются нарушения в морально-этической сфере личности.

К механизмам защиты, в случаях с ПАВ, относятся, например, пронаркотические установки, взгляды, представления и в известной степени активная пропаганда их среди окружающих самим аддиктом; вера в пользу ПАВ, как средства, «помогающего при болезни», снимающего «усталость» и т.д., убежденность (недифференцируемая и непоясняемая) в том, что в некоторых ситуациях «не употребить нельзя»; круг таких ситуаций постепенно расширяется, пока не охватит практически все сферы жизнедеятельности; объяснение своего поведения не своим стремлением к ПАВ, а внешними факторами («неудобно было отказаться», «должен был» и т. д.).

На последней стадии развития зависимости происходит вытеснение из психики всего, что не связано с предметом пристрастия. Оправдания своим действиям аддикт уже не ищет. Деятельность, которая могла бы оправдывать его поведение, подменяется у аддикта хвастовством, болтовней о своих мифических достоинствах, критикой окружающих.

Нарушение механизмов оценки поведенческих актов в результате усиления защитных реакций ведет к дезадаптации, росту фрустрированности, порождает у индивида неуверенность в себе, неустойчивость, неудовлетворенность результатами деятельности независимо от их объективного содержания, способствует снижению самооценки индивида.

Исходя из вышеизложенного, можно констатировать, что в настоящее время не существует единой концепции психической зависимости, объясняющей все особенности ее проявлений. Прежде всего, нет однозначных мнений относительно причин и условий развития психической зависимости. Исследователи чаще всего связывают их, с предрасполагающими особенностями личности, с особенностями воздействия психоактивных веществ или с воздействием социальной среды. Вместе с тем, как показывает проведенный анализ, формирование и развитие любой формы психической зависимости тесно связано с изменениями, происходящими в

структуре личности индивида. Это приводит к мысли, что существенную информацию о природе психической зависимости может дать изучение изменений личности, которые происходят при формировании этой зависимости.

Таким образом, развитие психической зависимости от какого-либо объекта, происходящее при условии длительного и интенсивного эйфоризирующего воздействия этого объекта на психику человека, сопровождается следующими изменениями свойств личности: деформацией потребностно-мотивационной структуры личности (возникновением доминирующей потребности в объекте пристрастия и сужением круга интересов) и, как следствие потери контроля над собственным поведением, включением механизмов защиты аддиктивного поведения (отрицания, рационализации, проекции, вытеснения); деградацией высших чувств (долга, ответственности, альтруизма, нравственных чувств и др.); снижением самооценки; возникновением аффективной лабильности.

2. Организационные и медицинские аспекты реабилитации наркологических больных

Согласно Приказу Минздрава России №500 (от 22.10.2003) «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией(Z 50.3)» организация реабилитационного процесса в наркологии включает следующие три основных взаимосвязанных периода или комплекса мероприятий: а) предреабилитационные (восстановительные) мероприятия; б) собственно реабилитационные мероприятия (основная часть лечебно-реабилитационного процесса); в) профилактические постреабилитационные мероприятия. Таким образом, предполагается поэтапное решение взаимосвязанных медицинских, психолого-психотерапевтических и социальных проблем наркологического больного.

Комплекс *предреабилитационных мероприятий (восстановительного, преимущественно медицинского периода)* в структуре единого лечебно-реабилитационного процесса предполагает диагностическое обследование и лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической (или острой) интоксикацией ПАВ. Фактически, в полном объеме осуществляется купирующая терапия и последующее лечение постпсихотических и постабстинентных расстройств. Предреабилитационный период может реализовываться, как в условиях наркологических стационаров или центров

(для тяжелых больных), так и в условиях амбулатории. Психотерапевтическая работа этого периода в основном направлена на усиление мотивации больных на участие в различных реабилитационных программах, ресоциализацию и отказ от употребления ПАВ.

Следующий период лечебно-реабилитационного процесса (основная часть реабилитации) состоит из трех взаимосвязанных этапов: адаптационный, интеграционный и стабилизационный. Общая продолжительность его составляет от шести месяцев до двух лет. В этот период ЛРП кроме осуществления интенсивного медикаментозного, физиотерапевтического и других видов лечения, влияния реабилитационной среды, особое значение приобретает реализация психотерапевтических программ. Тем более, что на этапе адаптации, как правило, обостряется патологическое влечения к ПАВ, часто наблюдаются эмоциональные, поведенческие, астенические (неврастенические), интеллектуально-мнестические и др. расстройства. Продолжительность и динамика этих расстройств во многом зависит от уровня реабилитационного потенциала больных (УРП). Продолжительность этого этапа реабилитации до 2 недель при высоком УРП и до 4-6 недель - при среднем и низком УРП.

Как правило, адаптационный этап завершается улучшением физического и психического состояния больных, появлением формальных признаков нормативного поведения. Дальнейшая динамика восстановления определяется уровнем реабилитационного потенциала пациентов. У больных с высоким УРП относительно быстро восстанавливается критическое отношение к болезненной зависимости от ПАВ и во многом нормализуются этические поведенческие функции. Возвращается понимание личностных и социальных проблем, обусловленных продолжительным злоупотреблением ПАВ. У больных со средним и низким УРП восстановительные процессы характеризуются неустойчивостью, остается высокая вероятность рецидивов влечения к ПАВ, эмоциональных и поведенческих девиаций.

На интеграционном этапе реабилитации продолжается реализация комплекса мероприятий, восстанавливающих физическое и психическое состояние больных, улучшающих их коммуникативные возможности и нормализующих семейные отношения. Психотерапевтическая работа направлена на обучение (научение)

способам и приемам решения личностных проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к срывам и рецидивам заболевания. Продолжительность интеграционного этапа для больных с высоким УРП – 1-1,5 месяца, для больных со средним и низким УРП – 2-2,5 месяца.

Стабилизационный этап реабилитации направлен на закрепление достигнутых результатов предыдущих этапов. Используется комплекс медицинских, психотерапевтических и социальных мероприятий, обеспечивающих постепенный переход пациентов на самостоятельное функционирование. Продолжительность лечебно-реабилитационной, в том числе и психотерапевтической помощи от 6 месяцев до 2 лет (в зависимости от УРП и стабилизации ремиссии).

III период реабилитации (комплекс профилактических постреабилитационных мероприятий) направлен на реализацию системы психотерапевтической и социальной поддержки в условиях амбулатории. Продолжительность этого периода определяется состоянием наркологических больных и особенностями их социальной адаптации, но не должна быть меньше одного года. Координатором противорецидивной программы может быть психотерапевт или специалист по социальной работе.

Важным понятием для планирования и проведения реабилитационных мероприятий является так называемый «реабилитационный потенциал». Реабилитационный потенциал (РП) – это совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и ее последствий, в восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. В практическом отношении - это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива.

Основные составляющие РП могут быть условно разделены на 4 блока:

- 1) преморбид;
- 2) клинические особенности заболевания наркоманией;
- 3) особенности социального статуса и социальных последствий наркомании;
- 4) личностные особенности больного.

В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные наркоманией могут быть разделены на три

группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП). УРП - это дефиниция, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной predisпозиции до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного. УРП - это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, призывающая все стадии заболевания и социального функционирования больного, меняющаяся в зависимости от интенсивности и долгосрочности ЛРП.

3. Психотерапия в лечении наркотической зависимости

Психотерапевтические реабилитационные мероприятия в наркологии должны проводиться в соответствии со следующими принципами:

- дифференцированность (тяжесть алкоголизма, наличие установок на лечение и трезвость в целом, соотношение тяжести отрицательных социальных последствий алкоголизма, наркомании);
- комплексность включает в себя как психотерапевтические реабилитационные мероприятия, так и ориентированные на реабилитацию больных медикаментозные методы;
- поэтапность проводимых мероприятий, введение в лечебный процесс элементов психотерапевтически-реабилитационного подхода необходимого с самого начала - уже на этапе острых состояний;
- нацеленность на личность больного.

Считается, что реабилитация больных наркоманией и алкоголизмом посредством психотерапевтических мероприятий менее эффективна без социального воздействия - восстановления прежнего социального статуса и адаптация к новой макросоциальной среде при условии полного прекращения приема наркотиков. Таким образом, эффективность реабилитационных мероприятий

при наркомании будет определяться мерами изоляции, психокоррекции и социального контроля.

Основные принципы психотерапии наркоманий рассматриваются в единстве с современными концепциями лечения наркоманий вообще и включают в себя добровольность, индивидуальность, комплексность и отказ от употребления наркотиков. Эффективные психотерапевтические программы предполагают использование целого комплекса психотерапевтических подходов включающих в себя различные методы и формы психотерапии, которые применяются бригадой специалистов в единстве с комплексом психофармакотерапии и других немедикоментозных методов лечения.

Известно, что в клинической картине всех вариантов наркоманий прослеживаются определенные периоды: интоксикация, острая абстиненция, период постабстинентных расстройств, этап формирования терапевтической ремиссии. Таким образом, психотерапия должна строиться с учетом периода заболевания.

3.1 Методы психотерапии, применяемые при лечении наркологических больных

Современная психотерапия наркологических больных имеет отчетливую тенденцию к интеграции различных в концептуальном и методологическом плане направлений, объединению их в комплексные психотерапевтические программы. Кроме того, большое значение имеет определенная последовательность применения психотерапевтических методов в соответствии с личностной и терапевтической динамикой пациентов, что является претворением другого основополагающего принципа построения лечебных процедур в наркологии – динамического. В совокупности с использованием интегративного подхода этот принцип обеспечивает эффективность программы в целом.

Большинство современных исследователей в области психологической реадaptации наркологических больных говорят о преимуществах сочетанного либо последовательного проведения психотерапевтических циклов, дифференцируемых на три группы модальностей: когнитивно-поведенческой, личностно-ориентированной и гуманистической, включающей социотерапев-

тические и так называемые духовно-ориентированные формы (J.G. Jacobson, 1993).

Когнитивно-поведенческая психотерапия направляет свои усилия на слом патологических паттернов аддиктивного поведения, удержание трезвого образа жизни и профилактику срывов. Она в большей мере соответствует медицинской модели интенсивной терапии, стремится обеспечить когнитивный самоконтроль над болезненными импульсами, выработку новых здоровых поведенческих образцов.

Элементы гуманистической и духовно-ориентированной психотерапии привносятся в разработанную систему за счет участия пациентов в адаптированной к отечественным условиям 12-шаговой программы общества Анонимных алкоголиков (наркоманов). Несмотря на то, что зависимость от ПАВ здесь оценивается вне собственно медицинского, клинко-терапевтического подхода, методы Общества АА (АН) вполне соответствуют реальным психологическим запросам и способствуют позитивным личностным изменениям. Воздержание достигается в контексте заботливого и внимательного отношения к больному в группах взаимопомощи со стороны организаторов собраний общества и «собратьев по несчастью».

Психодинамический метод ориентирован на вскрытие бессознательных личностных структур и расширение диапазона доступных для осознания и анализа интрапсихических конфликтов, ответственных за формирование аддикции. В процессе терапии внимание больного смещается от «периферийных» проблем, концентрирующихся в циклах зависимости, и фокусируется на глубинных переживаниях. Терапевтическая тактика согласуется с особенностями психического развития индивида. При этом значение психодинамического подхода значительно шире его сугубо утилитарного назначения. Без применения ряда психодинамических принципов и понятий невозможно полноценное исследование и корректное описание психотерапевтического процесса в целом.

Важным дополнением к описанной триаде служит семейная психотерапия. Хотя теоретический и технический базис данной модальности во многом сложился в результате синтеза выше перечисленных подходов, она относится к самостоятельной форме психотерапии и является наиболее эффективным методом выяв-

ления и коррекции созависимости. Наркологическое заболевание рассматривается в контексте межличностных отношений в семье как в единой системе.

Потребность в создании «интегративной трансмодельной» психотерапии обосновывается необходимостью обеспечить каждого больного эффективным комплексом лечебных средств из арсенала различных психотерапевтических моделей с учетом его индивидуальной, психодинамической и нозологической специфики (В.Д. Вид, 1988, 1993).

Как было показано в работах Н.Н. Иванца с соавт. (1987), конституциональный склад характера имеет значение дифференцирующего патогенетического фактора: при этом выделяются три группы характерологических типов, коррелирующих с различными клиническими формами наркологических заболеваний: эксплозивные и истероформные, неустойчивые и синтонные, астеники и психастеники. Подобно тому, как конституциональные характерологические свойства больных во многом определяют клинические особенности формирующихся у них алкоголизма и наркоманий, они имеют значение при выработке стиля психотерапевтической работы (В.Н. Николаенко, 1989; И.Д. Даренский, 2000).

Описаны модели психотерапии в наркологии, основанные на синтезе психодрамы, социального тренинга и глубинной психотерапии (Bender, 1982, 1985). Подтверждена эффективность соединения индивидуальной, семейной, коммуникативно-корректирующей и групповой психотерапии в сочетании с терапией средой (J. Doane et al., 1985, A. Strachan, 1986; K. Hahlweg, 1989). Указывается на необходимость интеграции семейной и суппортивной психотерапии (B. Kuchenhoff, D. Heil, 1993), обучающих методов, тренинга умений, управления семейно-обусловленными стрессами и специфических когнитивно-поведенческих стратегий (M. J. Goldstein, 1992; I.R. Falloon, 1992). Обоснована целесообразность интеграции методов личностно-ориентированной психотерапии с поведенческими техниками (А.П. Федоров, 1992) и гештальт-терапией (А.А. Александров, 1992).

Однако в интеграции психотерапевтических подходов всегда узнаваема одна из двух генеральных линий – психодинамическая или поведенческая.

Интенсификация психотерапевтического процесса, диктуемая условиями непродолжительной госпитализации наркологических

больных, в еще большей степени определяет необходимость пластичности психотерапевтической тактики по осям «авторитарность — партнерство», «директивность — недирективность», «конфронтация – поддержка». Обстоятельства краткосрочной терапии требуют большей личностной включенности, повторных «челночных» переходов от спонтанных выражений эмоций по поводу поведения пациента к позиции «отчуждения» и осознания своих переживаний, их совместного с пациентом психодинамического анализа в качестве «модели» реакций пациента и его окружения.

Актуальность сочетания гуманистического и психоаналитического подходов обусловлена еще и тем, что реальный конфликт в концепции Роджерса, объясняется достаточно формально, в них нет средств для анализа конфликтов и связанных с ними различных форм защитного, в частности, аддиктивного поведения. В то же время объяснительная конструкция в психодинамическом подходе предоставляет широкие возможности для описания конфликтов, так как она проецирует внешний конфликт на внутреннее строение психики.

Таким образом, методы когнитивно-поведенческой, психодинамической и гуманистической (клиент-центрированной и духовно-ориентированной) психотерапии в рамках предлагаемой интегративной модели взаимно дополняют друг друга, делая эту модель психотерапии больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями перспективной по многим параметрам.

Естественно, не утрачивают своего практического значения гипносуггестивные и условно-рефлекторные методы аверсивной направленности. Арсенал их «остроумных» технических приемов будет неуклонно пополняться. Однако психотерапия в собственном смысле слова присутствует в них лишь в той мере, в какой они формируют хотя бы временные позитивные изменения на когнитивно-поведенческом уровне.

3.2 Формы психотерапии при лечении наркотической зависимости

Индивидуальная психотерапия

Индивидуальная психотерапия является основой любой индивидуальной психотерапевтической программы. Индивидуаль-

ная психотерапия начинается на самых ранних этапах реабилитации и продолжается до конца лечебно-реабилитационной программы. В форме индивидуальной психотерапии применяются различные аверсивные, суггестивные и поведенческие симптом-центрированные методики. А также личностно-ориентированные методы, ориентированные на коррекцию интрапсихических механизмов формирования зависимости.

Специально для наркологических больных разработаны специальные программы психотерапевтического лечения.

В рамках интегративного подхода в психотерапии наркоманий и пациентами с ПАВ Ю.В. Валентиком (2001) разработана т.н. Континуальная психотерапия. В рамках этой концепции, ориентированный на работу с инвариантными процессами существования пациентов, основан на принципах, которые также инвариантны для ряда систем психотерапии. Принцип сочетания континуальных и дискретных воздействий в значительной мере отражает специфику континуального подхода в психотерапии.

Семейная психотерапия

В лечении больных зависимостью от психоактивных веществ могут использоваться различные модели семейной психотерапии, направленные на создание микросоциальной среды, которая способствовала бы активации механизмов выздоровления и адаптации больных, а также преодоления частых семейных кризисов, сопутствующих этим расстройствам.

Довольно низкая эффективность терапии больных с химическими зависимостями традиционными методами связана с тем, что после курса лечения они возвращаются в прежнюю среду. Химическая зависимость - семейная болезнь. Наличие созависимости у родственников больного алкоголизмом и наркоманией - это всегда фактор риска нового рецидива болезни.

Кроме того, все созависимые родственники имеют больше шансов, чтобы самим стать зависимыми от алкоголя или наркотиков. Доказано, что созависимость проявляет себя в потомстве, и не только в первом поколении у детей, но и у внуков алкоголиков и наркоманов. Созависимость является почвой для развития психосоматических заболеваний и депрессии у ее носителей.

Семья, где есть лица зависимые от алкоголя, наркотиков и созависимые родственники, является дисфункциональной:

- в ней отрицается наличие данной проблемы, скрывается от окружающих главный "секрет семьи";
- отсутствует доверие, открытость, взаимопонимание;
- нет гибкости в мышлении и поведении, жестко фиксированы семейные правила и роли;
- границы личности либо смешаны, либо наглухо разделены невидимой стеной;
- не учитываются и не удовлетворяются потребности ее членов.

Члены такой семьи не могут полноценно развиваться, в ней не могут воспитываться психически и физически здоровые дети.

Из всего этого следует, что система наркологической помощи должна предусматривать не только лечение больных алкоголизмом и наркоманией, но и лечение созависимых лиц.

Для преодоления созависимости применяется программа, включающая в себя:

1) лекции для родственников, самообразование по вопросам зависимости и созависимости;

2) индивидуальная и групповая терапия для созависимых;

3) семейная, супружеская психотерапия и т.д.;

4) после проведенного курса психотерапии созависимые направляются в анонимные группы само- и взаимопомощи, в которые добровольно объединяются родственники лиц, больных алкоголизмом и наркоманией;

5) в России есть опыт создания общественных организацией с аналогичными целями.

Групповая психотерапия

Групповая форма психотерапии является удобной и экономичной, а также обладает высоким коррекционным потенциалом. Поэтому широко применяется в лечении многих психических расстройств, в том числе болезней зависимости. Групповая форма психотерапевтических мероприятий характерна для многих описанных в литературе лечебных программ, ориентированных на работу с зависимыми.

Групповые методы психотерапевтической работы могут быть направлены на раскрытие и мобилизации ресурсов личности пациентов, решение их личных, семейных и социальных проблем, формирование навыков психической (психофизиологической) са-

морегуляции и адекватного поведения в различных проблемных ситуациях, в том числе – в ситуациях повышенного риска вовлечения в наркотизацию. В ходе занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации – адекватного межличностного общения, конструктивного, содержательного – а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств. Происходит идентификация пациентами себя как наркологических больных, у них формируется адекватные представления о механизмах развития наркологических заболеваний, их последствий и осложнений. Закрепляется активная роль пациента в процессе реабилитации, обеспечивается принятие им личной ответственности за ее эффективность, а также индивидуальная готовность пациентов к ведению жизни без наркотиков (алкоголя, других психоактивных веществ).

Так же как при хроническом алкоголизме, одной из эффективных форм реабилитации наркологических больных является привлечение их к участию в группах «Анонимных наркоманов».

Иванец Н.Н., Валентик Ю.В.(2002) разработали ситуационно-психологический тренинг, который способствует преодолению анозогнозии, аутоидентификации патологического влечения к алкоголю. Основными составляющими тренинга является: групповые дискуссии, ролевое воспроизведение основных ситуаций и состояний, способствующих актуализации патологического влечения к алкоголю, аутогенная тренировка.

Менделевич В.Д. (2003) рекомендует проводить антиципационный тренинг для профилактики и коррекции зависимого поведения. Он отмечает, что цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи невротических, поведенческих и личностных расстройств и премоурбидной специфики прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факте частного расхождения прогнозов, делавшихся пациентом в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций, и реально происходивших событий. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой страте-

гией и вызывает невротические расстройства или зависимость от психоактивных веществ.

Лечебно-реабилитационная среда

Стратегической целью воздействия лечебно-реабилитационных систем является коррекция психосоциальных факторов патогенеза и активизация (стабилизация) личностных саногенетических ресурсов.

Лечебно-реабилитационная среда – это комплекс медико-биологических, психотерапевтических, медико-психологических и психосоциальных мероприятий, направленных на совершенствование адаптации пациентов с зависимостью от психоактивного вещества к условиям наркологического лечения и реабилитации за счет оптимизации системы отношений личности больного, включая отношение к себе, собственному заболеванию и лечению, а также за счет формирования адаптивного коммуникативного и проблемно-решающего поведения.

Практически, целями **лечебно-реабилитационной среды является организация** комплекса психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, направленных на коррекцию нарушенных у больных отношений к себе, собственной болезни, микросоциальному окружению и окружающей действительности.

В зависимости от основной направленности и перечня лечебно-реабилитационных мероприятий, соотношения биологических, психологических и социальных воздействий, а также показаний для направления пациентов мы выделяем четыре типа лечебно-реабилитационных сред, предназначенных для наркологических ЛПУ:

- лечебно-реабилитационная среда «первого эпизода» (ЛРС типа А)
- «коррекционно-реконструктивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа В)
- «противорецидивная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа С).
- «кризисная реадаптационная» лечебно-реабилитационная среда (ЛРС типа D)

При этом необходимо обеспечить соблюдение двух основополагающих требований:

1. Согласованное и непротиворечивое по отношению к паци-

енту взаимодействие специалистов трех основных компетенций – в биологически ориентированных интервенциях (врачей-психиатров-наркологов, интернистов и т.п.); специалистов по психологическим интервенциям (клинических психологов, врачей-психотерапевтов, гуманитарных волонтеров и др.); в социальных интервенциях (специалистов по социальной работе, социальных психологов, социальных педагогов и социальных работников). Данное требование может быть основано только на едином понимании соотносительной роли биологических, психологических и социальных факторов как в патогенезе болезней зависимости, так и в лечебно-реабилитационной помощи на ее разных этапах.

2. Преемственность между четырьмя основными типами психотерапевтических сред по отношению к каждому конкретному пациенту. Помимо минимальных организационных условий (единая история болезни, комплексный функциональный диагноз (включающий клинический, психологический, социальный плоскости)) важным представляется наличие согласованных супервизионных критериев эффективности психотерапевтических и психосоциальных мероприятий – дифференцированных для разных типов психотерапевтической среды.

Подписано в печать 03.03.2014. Формат 60x84/16.
Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.
Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-02-19