

ДИНАМИКА ПСИХОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПРИЕМА ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА. ЧАСТЬ 2*

Белоколодов В.В.

Белоколодов Владимир Викторович

аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», набережная реки Мойки, д. 48, Санкт-Петербург, 191186, Россия. Тел.: 8 (812) 312-44-92.

E-mail: vladimir.belokolodov@yandex.ru

Аннотация

Профилактика, лечение, и реабилитация химических зависимостей остаются одними из важнейших задач по сохранению здорового населения России. К сожалению, число больных наркологическими заболеваниями в мире остается на высоком уровне, и в России, в частности, составляет около 2% населения.

Применение в лечении и реабилитации зависимостей психотерапии, психообразования, психологической помощи, мероприятий психологической коррекции улучшает качество жизни пациентов, и увеличивает продолжительность ремиссии. Кроме того, включение родственников (значимых лиц) в процесс лечения и реабилитации зависимого от психоактивных веществ повышает эффективность лечения наркологических заболеваний.

В статье представлены результаты исследования психогенных реакций лиц, с зависимостью от опиоидов, проходивших лечение и реабилитацию в специализированном наркологическом стационаре.

Рассмотрены: теоретические аспекты психогенных реакций, их критерии и составляющие; мотивационный аспект при лечении зависимостей, отмечена его амбивалентность; формы и способы совладания пациентов с заболеванием; важность и эффективность комплаенса, в особенности на начальном этапе обращения за помощью; и конкорданс, как самостоятельный и осознанный шаг зависимого на участие в предложенном лечении, и прохождении программы стационарной психотерапевтической реабилитации.

В результате исследования установлены факторы, участвующие в формировании мотивации к продолжению лечения на разных этапах лечения и реабилитации наркозависимых пациентов в условиях стационара.

Отмечено, что на начальных этапах лечения (на отделениях детоксикации и предреабилитации) наиболее перспективными в плане прогноза представляются усилия специалистов, направленные именно на формирование мотивации к продолжению лечения и только позже (на этапах основной и длительной реабилитации) — ориентацию реабилитационных мероприятий на формирование установок на трезвую жизнь.

Кроме того, наиболее эффективное формирование мотивации к лечению и реабилитации у наркозависимых пациентов, а также к изменению своего поведения у его созависимых родственников (значимых лиц), происходит при разделении ответственности за выздоровление между пациентом, врачом (медицинским учреждением) и родственниками (значимыми лицами) пациента. Мероприятия по формированию мотивации к продолжению лечения необходимо проводить с самого начала поступления наркозависимого пациента в клинику.

Ключевые слова: психогенные реакции; мотивация к лечению; реабилитация химических зависимостей; комплаенс; конкорданс; приверженность лечению.

* Часть 1 читайте в номере 6(47) 2017 г.

УДК 159.9:616.89-008.441.13

Библиографическая ссылка

Белоколов В.В. Динамика психогенных реакций наркозависимых при отказе от приема психоактивных веществ в условиях специализированного стационара. Часть 2 // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 2. – С. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12070

Поступила в редакцию: 12.09.2017 Прошла рецензирование: 29.11.2017 Опубликовано: 17.05.2018

Поведение пациентов на отделениях детоксикации, предреабилитации, отделениях основного и длительного этапов реабилитации имеет определенную динамическую последовательность в зависимости от характера психогенных реакций, их выраженности и длительности. Наблюдаемая нами последовательность имеет очень похожую динамику со стадиями эмоционального реагирования человека на субъективно значимое ограничение или потерю: отрицание; агрессия; поиск компромисса; депрессия; адаптация.

Отрицание на наш взгляд, является самым частым и самым сложно преодолеваемым механизмом психологической защиты у лиц с зависимостью от ПАВ. По результатам методики «Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией», наибольший балл по шкалам «критерия ПВН» составляет $11,729 \pm 2,691$, а «отношение к болезни и лечению» — $29,086 \pm 6,009$ и наблюдается у пациентов, только поступивших на лечение на отделение детоксикации. Кроме того, у пациентов этой группы наблюдался высокий балл по методике «Тест аддиктивных установок Мак-Маллана — Гейлхар (MGAA, АУМГ)», равный $115,614 \pm 16,320$, а уровень реабилитационного потенциала по методике «Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией», наоборот, был самый низкий — $72,129 \pm 25,171$ в сравнении с показателями пациентов из других групп, находящихся на следующих этапах лечения и реабилитации. Данные показатели свидетельствуют о том, что на этапе поступления на лечение в медицинское учреждение пациенты, как правило, отрицают наличие у них наркологического заболевания, что препятствует успешному освоению ими лечебных и реабилитационных мероприятий.

В ходе исследования установлено, что общий показатель дисфункциональных отношений по методике «Опросник "Семейные эмоциональные коммуникации (СЭК)"» в группе только поступивших на лечение пациентов составляет $64,014 \pm 10,686$. По методике «Опросник социальной поддержки F-SOZU-22» общий показатель воспринимаемой пациентом социальной поддержки составляет $81,814 \pm 8,858$ и является самым высоким в сравнении с данным показателем у пациентов, находящихся на других этапах лечения в стационаре. Полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о том, что созависимость родственников отрицательно сказывается на образе жизни наркозависимых пациентов, разрушая эмоциональные коммуникации в семье и снижая ресурс социальной поддержки для пациента.

Стадия *агрессии* является, на наш взгляд, необходимой при прохождении пациентом программы лечения и реабилитации, т.к. позволяет пациенту дать выход накопившемуся напряжению, эмоционально вовлечь пациента в контакт, «выпустить пар», а затем проанализировать свое поведение совместно с психологом. Повышение рефлексии пациента на данной стадии эффективнее проводить во время мотивационных бесед или лекций.

Выраженность ПВН на отделениях предреабилитации и основного этапа реабилитации остается довольно высокой, и составляет $34,933 \pm 4,734$ и $30,300 \pm 5,011$ соответственно, в этот период наиболее проявляются клинические особенности заболевания ($18,233 \pm 5,519$ и $22,133 \pm 6,050$). Также у пациентов, находящихся на этих отделениях, сохраняется высоким показатель аддиктивных установок — $106,467 \pm 11,779$ и $90,967 \pm 11,622$ соответственно. Уровень реабилитационного потенциала на

отделении предреабилитации остается низким — $77,933 \pm 14,835$, а на отделении начального этапа реабилитации является самым высоким, и составляет $88,867 \pm 13,359$. Полученные данные свидетельствуют о нарастании ПВН, компульсивного поведения на данных этапах при сохранении разрушенности убеждений пациентов, что препятствует осознанию ими наркологического заболевания, при этом сохраняется низкий уровень мотивации на лечение, и, как следствие, происходит прекращение лечения на данном этапе.

В то же время обращают на себя внимание полученные в ходе исследования данные о дисфункциональности семейных эмоциональных коммуникаций. На отделениях предреабилитации и начального этапа реабилитации они составляют $61,100 \pm 7,549$ и $56,657 \pm 9,350$ соответственно, причем на отделении начального этапа реабилитации эти показатели являются самыми низкими. Уровень недоверия к людям на отделении предреабилитации является самым высоким, и составляет $3,833 \pm 1,510$. Воспринимаемая пациентами социальная поддержка остается без изменений ($76,700 \pm 5,161$ и $76,667 \pm 8,023$) и смещается в сторону социальной интеграции. Таким образом, при выраженности ПВН на данных этапах пациенты стремятся войти в принимающее их общество, получить поддержку у других реабилитантов и в то же время стремятся сохранить установки на прежний образ жизни и прежнюю модель поведения при взаимодействии с другими людьми, что препятствует как осознанию наркологического заболевания и формированию мотивации на лечение (реабилитацию), так и эффективному прохождению реабилитационной программы в целом.

На стадии *поиска компромисса* наркозависимый пациент пытается сгладить неприятное для него эмоциональное состояние, возникшее в результате осознания проблем, связанных с употреблением ПАВ. На этом этапе пациент с зависимостью от ПАВ пытается найти способ решить проблему своей зависимости без полного прекращения употребления ПАВ. Данные исследования свидетельствуют, что, несмотря на пройденную наркозависимыми пациентами программу лечения на отделениях детоксикации и предреабилитации, на основном этапе реабилитации у них сохраняется ПВН в пределах $30,300 \pm 5,011$, однако наблюдается довольно высокий уровень реабилитационного потенциала — $88,867 \pm 13,359$. За время пребывания пациентов на предыдущих отделениях аддиктивность установок остается ещё на достаточно высоком уровне ($90,967 \pm 11,622$), что свидетельствует о «борьбе мотивов» — между тем, чтобы употреблять ПАВ, и тем, чтобы вести трезвый образ жизни.

Показатель дисфункциональных семейных коммуникаций на основном этапе реабилитации становится самым низким ($56,657 \pm 9,350$), что свидетельствует о выравнивании отношений между пациентами и их родственниками (значимыми лицами) за счет стремления пациентов в реабилитационную группу. Показатель «социальной интеграции» на данном этапе он является самым высоким — $21,867 \pm 2,583$.

Стадия *депрессии* наиболее сложна для распознавания и диагностики в связи с тем, что при лечении зависимостей от ПАВ депрессия часто маскируется под другие заболевания или психические нарушения. Полноценное проживание подобных эмоциональных этапных состояний, особенно совместно со специалистами или поддерживающими и принимающими пациента людьми (терапевтическая среда отделения реабилитации, сообщества взаимопомощи АА/АН), по нашему мнению, наиболее эффективно в рамках лечения и реабилитации зависимостей, так как позволяет пациенту развиваться эмоционально и набирать опыт разрешения сложных жизненных ситуаций без прибегания к ПАВ.

На этапах основной и длительной реабилитации, за счет психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, наблюдаются значительные изменения в личности наркозависимых пациентов, о чем свидетельствуют полученные данные уровня реабилитационного потенциала — $82,333 \pm 7,687$. Самым низким на данном этапе показателем является значение «клинических особенностей заболевания» — $16,933 \pm 4,935$. Уровень реабилитационного потенциала, являясь самым высоким на основном этапе реабилитации — $88,867 \pm 13,359$, несколько снижается на этапе длительной

реабилитации и составляет $82,333 \pm 7,687$, что говорит о снижении мотивации к реабилитации, однако наблюдается прирост в сравнении с пациентами, поступившими на отделение детоксикации ($72,129 \pm 25,171$). Необходимо отметить, что стадия депрессии наблюдается у всех пациентов, находящихся на основном этапе реабилитации, и практически не наблюдается на этапе длительной реабилитации, что говорит о качественной проработке с пациентами предыдущих стадий отказа от ПАВ.

Стадия *адаптации* характеризуется полным признанием наркозависимым пациентом наличия у себя наркологической болезни, а также построением своей дальнейшей жизни с учетом наличия у себя заболевания и началом действий по реализации программы личностного восстановления.

Разрушительность установок на этапе длительной реабилитации является самой низкой и составляет $78,067 \pm 4,590$; также остается высоким уровень реабилитационного потенциала — $82,333 \pm 7,687$, при этом показатели по шкалам «критерии ПВН» ($7,400 \pm 1,298$) и «отношение к болезни и лечению» ($15,800 \pm 2,513$) являются самыми низкими. Это свидетельствует о том, что у наркозависимых пациентов произошло «принятие», или «присвоение», в отношении наркологического заболевания. На данном этапе у пациентов уже снижено ПВН, они обладают информацией о заболевании и его проявлении, знают, где и как получить необходимую помощь. Таким образом, происходит адаптация пациента к своему заболеванию и построение дальнейших планов с учетом его проявления. Кроме того, качественная, поэтапная проработка стадий реагирования на отмену употребления ПАВ, в особенности на стадиях *отрицания* и *агрессии*, на этапах детоксикации, предреабилитации, основного этапа реабилитации, способствует более эффективному осознанию наркозависимыми пациентами своего заболевания, снижению аддиктивных установок, повышению уровня реабилитационного потенциала.

На основании полученных в ходе исследования данных нами были установлены психогенные факторы, имеющие значение на каждом этапе лечения и реабилитации наркозависимых пациентов в условиях стационара (таблица 7).

Таблица 7

Факторы, участвующие в формировании мотивации к продолжению лечения на разных этапах лечения и реабилитации наркозависимых пациентов в условиях стационара

Этапы лечения	Психогенные факторы	
	Для мужчин	Для женщин
I этап «Отделение детоксикации»	<p>Преморбид личности (наследственность, условия воспитания, физическое и психическое развитие, образование, материальное положение);</p> <p>клинические особенности заболевания (стаж употребления, наличие ремиссий);</p> <p>нарушенность социального статуса и выраженность социальных последствий заболевания (семейное положение, отношение к труду, наличие судимостей, отношение родственников к употреблению ПАВ);</p> <p>отношение к болезни и лечению (общее признание своего заболевания, участие в лечебном процессе, стремление к диссимуляции болезни);</p> <p>аддиктивность установок (степень разрушительности убеждений относительно употребления ПАВ);</p>	
	<p>индуцирование тревоги (степень фиксированности пациента и его родственников на трудностях и жизненных неудачах).</p>	<p>сверхвключенность родственников (стремление к контролю над поведением пациента).</p>

<p>II этап «Отделение предреабилитации»</p>	<p>Сверхвключенность родственников (стремление к контролю над поведением пациента); оказываемая пациенту эмоциональная поддержка (поддержка пациента чувством близости, доверия, общности); отношение к болезни и лечению (общее признание своего заболевания, участие в лечебном процессе, стремление к диссимуляции болезни); аддиктивность установок (степень разрушительности убеждений относительно употребления ПАВ).</p>	<p>Преморбид личности (наследственность, условия воспитания, физическое и психическое развитие, образование, материальное положение); элиминирование эмоций в семье (степень выраженности эмоций в семье); индуцирование недоверия к людям (степень открытости в контактах с окружающими); семейный перфекционизм (отношение к пациенту со стороны родственников в духе высоких стандартов).</p> <p>Клинические особенности заболевания (стаж употребления, наличие ремиссий); родительская критика (чрезмерная критика поведения пациента со стороны родственников); социальная интеграция (степень включенности пациента в сеть социальных взаимодействий).</p>
<p>III этап «Отделение основного этапа реабилитации»</p>	<p>Отношение к болезни и лечению (общее признание своего заболевания, участие в лечебном процессе, стремление к диссимуляции болезни); клинические особенности заболевания (стаж употребления, наличие ремиссий); нарушенность социального статуса и выраженность социальных последствий заболевания (семейное положение, отношение к труду, наличие судимостей, отношение родственников к употреблению ПАВ); фиксация на негативных переживаниях (способность к фиксации на негативных переживаниях, в т.ч. других);</p>	<p>выраженность личностных изменений (морально-этические, интеллектуальные, эмоциональные нарушения); индуцирование тревоги (степень фиксированности пациента и его родственников на трудностях и жизненных неудачах); социальная интеграция (степень включенности пациента в сеть социальных взаимодействий).</p> <p>элиминирование эмоций в семье (степень выраженности эмоций в семье); индуцирование недоверия к людям (степень открытости в контактах с окружающими); семейный перфекционизм (отношение к пациенту со стороны родственников в духе высоких стандартов).</p>
	<p>Преморбид личности (наследственность, условия воспитания, физическое и психическое развитие, образование, материальное положение); отношение к болезни и лечению (общее признание своего заболевания, участие в лечебном процессе, стремление к диссимуляции болезни); клинические особенности заболевания (стаж употребления, наличие ремиссий);</p>	

<p>IV этап «Отделение длительного этапа реабилитации»</p>	<p>выраженность личностных изменений (морально-этические, интеллектуальные, эмоциональные нарушения); семейный перфекционизм (отношение к пациенту со стороны родственников в духе высоких стандартов); оказываемая пациенту эмоциональная поддержка (поддержка пациента чувством близости, доверия, общности); инструментальная поддержка (практическая или материальная поддержка); нарушенность социального статуса и выраженность социальных последствий заболевания (семейное положение, отношение к труду, наличие судимостей, отношение родственников к употреблению ПАВ); аддиктивность установок (степень разрушительности убеждений относительно употребления ПАВ); стремление к внешнему благополучию (стремление скрывать и не выдавать окружающим свои проблемы, переживания); социальная интеграция (степень включенности пациента в сеть социальных интеракций);</p>	
	<p>фиксация на негативных переживаниях (способность к фиксации на негативных переживаниях, в т.ч. других); сверхвключенность родственников (стремление к контролю над поведением пациента).</p>	<p>родительская критика (чрезмерная критика поведения пациента со стороны родственников); элиминирование эмоций в семье (степень выраженности эмоций в семье); индуцирование недоверия к людям (степень открытости в контактах с окружающими).</p>

Таким образом, в ходе исследования установлено, что наиболее эффективное формирование мотивации к лечению и реабилитации, а также к изменению своего поведения у его созависимых родственников (значимых лиц) у наркозависимых пациентов происходит при разделении ответственности за выздоровление между пациентом, врачом (медицинским учреждением) и родственниками больного (значимыми лицами). Мероприятия по формированию мотивации к продолжению лечения необходимо проводить с самого начала поступления наркозависимого пациента в клинику.

Исходя из вышеизложенного, а также учитывая результаты исследования, нами были сформулированы следующие **выводы**:

1. Формирование мотивации к продолжению лечения и реабилитации — динамический процесс, характеризующийся изменением психических состояний, в котором особое значение приобретают психогенные реакции, обусловленные перестройкой системы отношений личности наркозависимого при отказе от употребления ПАВ.
2. На этапе детоксикации психотравмирующие условия определяются сменой привычных способов реагирования, а их тяжесть определяется степенью зависимости больного от ПАВ, собственной тяжестью синдрома отмены, а развивающиеся психогенные реакции определяют низкий уровень реабилитационного потенциала. Психологические интервенции на этом этапе решают задачи облегчения психического состояния больного, но не могут быть рассчитаны на формирование приверженности лечению.

3. Результатом формирования «терапевтической среды» в отделении пребывания больного становится снижение выраженности основных симптомов зависимости, её стойкости в результате осознания больным факта зависимости и повышение уровня реабилитационного потенциала.
4. Перспективным ресурсом повышения уровня мотивации на продолжение лечения и реабилитацию является семья больного при условии развитых эмоциональных связей и заинтересованности значимых лиц в помощи больному. Психологические интервенции в отношении семьи имеют задачей коррекцию сложившихся страхов и опасений, связанных с перспективами излечения, перфекционистских ожиданий.
5. На этапе реабилитации психогенные реакции наркозависимых корректируются значимостью вовлеченности в социальную среду, активным в ней участием (социальная интеграция на фоне появляющихся личностных изменений), что определяет возрастание уровня реабилитационного потенциала.
6. На этапе длительной реабилитации (ресоциализации) психогенные реакции наркозависимых обусловлены трудностями реализации вновь сформированных отношений в повседневной деятельности и общении, высокой вероятностью рестимуляции зависимого поведения. Социальная поддержка и психологическая коррекция страхов и опасений больных при переходе от основного этапа к этапу длительной реабилитации являются необходимыми условиями удержания мотивации на излечение не только в условиях терапевтической среды отделения, но и в обычных условиях деятельности и общения.

Стоит отметить научную новизну исследования, состоящую в том, что на основании полученных в исследовании данных об особенностях психогенных реакций наркозависимых на разных этапах лечебно-реабилитационных мероприятий предложен оптимизированный алгоритм взаимодействия медицинского психолога с пациентами и его родственниками (значимыми лицами), способствующий формированию необходимой мотивации к продолжению лечения и реабилитации в условиях стационара. Исследованы психогенные реакции, характеризующие мотивацию к реабилитации на начальном этапе лечения. Предложен авторский метод «раскачивания эмоций», способствующий установлению предварительного контакта, помогающий справиться с психогенными реакциями негативно настроенных пациентов на начальном этапе лечения и реабилитации. Описан специфический феномен «отсроченного» действия мотивационных программ на начальных этапах лечения в стационаре. Описаны психогенные реакции, отражающие этапы принятия наркологического заболевания пациентом при прохождении курса лечения и реабилитации в стационаре.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в том, что по результатам теоретического и клинко-психологического исследования приверженность лечению наркозависимых предложено рассматривать как динамический процесс, осложняемый психогенными реакциями, формирующимися в связи с изменениями отношений пациента к своему заболеванию, снижением «тяжести» патологического влечения к наркотику и аддиктивных установок, личностными изменениями пациента, а также восстановлением семейных коммуникаций, включением в лечебный процесс родственников пациента, терапевтической среды и комплексного подхода к сопровождению наркозависимого пациента на каждом этапе его пребывания в стационаре. Теоретические обобщения и результаты эмпирических исследований позволяют расширить возможности применения комплексного подхода модели медицинской психотерапевтической реабилитации.

Выявленные в результате теоретического и клинко-психологического исследования объективные и субъективные факторы психогенных реакций наркозависимых пациентов, способствующие и препятствующие продолжению лечения и реабилитации на различных этапах специализированной помощи в условиях стационара, позволили обосновать направление и содержание психокоррекционных программ, реализуемых в

условиях стационара, как для наркозависимых пациентов, так и для их родственников (значимых лиц). Описаны психологические технологии формирования приверженности лечению и реабилитации наркозависимых в условиях специализированного стационара при организации работы психолога в рамках отделений детоксикации, предреабилитации, и реабилитации. Для практического применения в наркологических, реабилитационных центрах и социальных службах предложена специальная анкета «Прогноз мотивации к реабилитации».

Апробация исследования осуществлялась путем внедрения в курсы учебных дисциплин «Наркология», «Психология зависимых и принципы реабилитации наркозависимых», «Психологическая супервизия» подготовки студентов по специальности «Клиническая психология», магистров по программе «Психологическое консультирование» и слушателей программы профессиональной переподготовки по специальности «Медицинская психология» в ФГБОУ ВО «РГПУ им. А.И. Герцена».

Разработанная на основе полученных в исследовании данных «Программа комплексной медицинской психотерапевтической реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей», а также анкета «Прогноз мотивации к реабилитации» внедрены в работу ГБУЗ СПб «Городская наркологическая больница» и медицинского центра «Центр Бехтерева», составлены рекомендации персоналу наркологического учреждения по формированию мотивации у наркозависимых пациентов.

Предварительные и общие результаты исследования докладывались и обсуждались на различных научно-практических конференциях, в том числе с международным участием.

Литература

1. Александров А.А. О сотрудничестве врача и психолога в лечебном процессе, задачи их совместной подготовки на кафедре медицинской психологии // Психотерапия: от теории к практике: материалы I съезда Российской Психотерапевтической ассоциации. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 165–170.
2. Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Современные модели психотерапии при ВИЧ/СПИДе: учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.
3. Алтынбекова Г.И. Реабилитационные возможности лиц с зависимостью от психоактивных веществ с точки зрения личностных и поведенческих паттернов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4(61). – С. 29–33.
4. Ананьев Б.Г. Личность, субъект деятельности, индивидуальность. – М.: Директ-Медиа, 2008. – 134 с.
5. Балабанова Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). – Донецк: Сталкер, 1998. – 432 с.
6. Белоколодов В.В., Малкова Е.Е. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие мотивацию к лечению и реабилитации у наркозависимых пациентов на различных этапах стационарного лечения // Наркология. – 2016. – Т. 15, № 2(170). – С. 38–44.
7. Белокрылов И.В. Расстройства личности у больных с зависимостью от психоактивных веществ: вопросы типологии и динамики // Вопросы наркологии. – 2004. – № 5. – С. 37–45.
8. Голощاپов И.В. Формирование согласия на лечение у больных с зависимостью от алкоголя: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.
9. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. – М.: Крон-пресс, 1996. – 208 с.

10. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. – М.: Медпрактика, 2006. – 192 с.
11. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков: пособие для врачей / авторы-сост.: Р.Д. Илюк, И.В. Берно-Беллекур, М.Н. Торбан [и др.]. – СПб., 2012. – 81 с.
12. Дроздов А.А., Дроздова М.В. Полный справочник психотерапевта. – М.: Эксмо, 2007. – 704 с.
13. Дудьев В.П. Психомоторика: словарь-справочник. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 368 с.
14. Еременко М. От клинических исследований к совершенствованию клинической практики // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2008. – № 2(7) [Электронный ресурс]. – URL: <http://neuronews.com.ua/page/ot-klinicheskikh-issledovaniy-k-sovershenstvovaniyu-klinicheskoy-praktiki> (дата обращения: 05.12.2015).
15. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. – 2-е изд. – М.: Джангар, 2012. – 864 с.
16. Зобин М.Л., Егоров А.Ю. Ремиссии при опиоидных наркоманиях (обзор) // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 36–48.
17. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). – М.: Медпрактика-М, 2001. – 129 с.
18. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2002. – 512 с.
19. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: С.-Петербург. гос. мед. университет, 2009. – 136 с.
20. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – 2-е изд., доп. и перераб. – Ленинград: Медицина, 1985. – 216 с.
21. Кабанов М.М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1. – Вып. 1. – С. 9–10.
22. Катков А.Л. Методология комплексного определения эффективности психотерапии зависимых от ПАВ // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2010. – Т. 10. – № 1. – С. 34–76.
23. Кербигов О.В. Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – 312 с.
24. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией. Методические рекомендации / В.В. Чирко, М.А. Винникова, М.В. Демина [и др.]. – М., 2005. – 15 с.
25. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна / пер. с нем. под ред. В.А. Абабкова. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2012. – 943 с.
26. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряки, С.В. Ляшковой. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 2012. – 448 с.
27. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. – СПб.: Речь, 2007. – 160 с.
28. Крупнов Ю.В. Необходима качественная индустрия реабилитации // Наркология. – 2014. – Т. 13, № 2(146). – С. 16–20.
29. Кузнецов А.Г. Комплексная терапия больных опийной наркоманией с низкой мотивацией на лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / ННЦ наркологии. – М., 2010. – 21 с.
30. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 9(141). – С. 85–90.
31. Кулаков С.А., Береза Ж.В., Корчагина Е.К. Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12, № 1(92). – С. 16–22.

32. Кулаков С.А., Будников М.Ю., Кизилев В.А. Потенциалы развития: учебно-методическое пособие для пациентов с алкогольной, наркотической, игровой зависимостями. – СПб.: Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев», 2013. – 25 с.
33. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. – СПб.: Речь, 2006. – 240 с.
34. Ларин А.Б., Тюков Ю.А. Медико-социальные аспекты формирования приверженности к лечению инфицированных ВИЧ на разных стадиях развития заболевания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2011. – № 39. – Вып. 29. – С. 77–79.
35. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
36. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: руководство. – Ленинград: Медицина, 1991. – 304 с.
37. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – 3-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 512 с.
38. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности. – СПб.: Рос. гос. пед. университет им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.
39. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
40. Менделевич В.Д., Макушина О.П. Связь алкогольной и наркотической зависимости у подростков с характером их отношений с родителями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, – № 6 (Вып. 2: Алкоголизм). – С. 72–74.
41. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
42. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – 3-е изд. – М.: Пер Сэ, 2009. – 352 с.
43. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Ленинград: Ленингр. гос. университет, 1960. – 428 с.
44. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / сост. В.А. Журавель; под ред. А.А. Бодалева. – М.: Моск. психол.-соц. институт; Воронеж: МОДЭК, 2004. – 356 с.
45. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие. – 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2007. – 392 с.
46. Неверова Г.Ю. Личностные ресурсы в реабилитации больных героиновой наркоманией: автореф. дис. ... канд. психол. наук / НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2012. – 23 с.
47. Недодаева Т.С. Удовлетворенность качеством медицинской помощи ВИЧ-инфицированных пациентов как фактор формирования установок на лечение: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Волгогр. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2009. – 25 с.
48. Погосов А.В., Козырева А.В. Зависимость от летучих растворителей у детей и подростков: вопросы клиники и терапии. – Курск: Курск. гос. мед. университет, 2002. – 251 с.
49. Пограничная психиатрия / под ред. Ю.А. Александровского. – М.: РЛС, 2006. – 1280 с.
50. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2000. – 402 с.
51. Потребление буторфанола у зависимых от летучих растворителей / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, Ю.М. Ермаков [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2006. – Т. 13. – № 1. – С. 108–109.
52. Приказ Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. № 500 "Об утверждении протокола ведения больных "Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)". Приложение 1. Приложение 2.

53. Пронин А.А. Концепция комплексной активной профилактики зависимости от психоактивных веществ несовершеннолетних лиц и их реабилитация // Наркоконтроль. – 2009. – № 4. – С. 39–44.
54. Проценко С.А. Скрытая мотивация в реабилитации наркозависимых: дис. ... канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2003. – 122 с.
55. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак [и др.]. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
56. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
57. Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе / Т.В. Агибалова, О.В. Рычкова, А.Г. Кузнецов [и др.]. – М.: Нац. науч. центр наркологии, 2013. – 31 с.
58. Радченко А.Ф., Найденова Н.Г., Власова Н.Б. Особенности клиники и терапии острых состояний при опиоидной наркомании // Актуальные вопросы наркологии: сб. научн. трудов. – М., 1990. – С. 78–80.
59. Руководство по наркологии: в 2 т. / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. 1. – 444 с.; Т. 2. – 504 с.
60. Сафонцева С.В. Отношение к болезни наркозависимых пациентов как условие эффективного лечения // Независимая личность. – 2013. – № 1. – С. 2–7.
61. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (из on-line библиотеки сайта НЦПЗ РАМН) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/53/book/33/chapter/6> (дата обращения: 10.11.14).
62. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных: методические рекомендации / Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, Т.В. Агибалова [и др.]. – М., 2013. – 124 с.
63. Соловьёва С.Л., Ерофеева М.Г. Личностные особенности наркозависимых с разным стажем употребления героина с учётом гендерных различий // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2006. – № 2. – С. 177–179.
64. Соммерз-Фланаган Дж., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование / пер. с англ. – 3-е изд. – М.: Вильямс, 2006. – 672 с.
65. Степкин Ю.П. Авторитет личности психолога (психотерапевта) в психорегулятивной практике // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44(49). – С. 14–23.
66. Тазетдинов И.М., Менделевич В.Д., Фаттахов Ф.Э. Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и маркеры эффективности их реабилитации // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 48–50.
67. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 "Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 года". – М., 2010.
68. Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации. Раннее выявление немедикаментозного потребления наркотических средств и психотропных веществ, злоупотребления алкоголем в центрах здоровья: методические рекомендации / Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы; авторы-составители / Е.А. Брюн, Е.А. Кошкина, О.Ж. Бузик [и др.]. – М., 2011. – 27 с.
69. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 15–23.
70. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 11–20.

71. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators / E.J. Mills, J.B. Nachega, D.R. Bangsberg [et al.] // *PLoS Med.* – 2006. – Vol. 3, № 11. – P. 438.
72. Adherence to long-term therapies: evidence for action / edit. by E. Sabaté. – Geneva: WHO. – 2003.
73. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse / J.B. Luoma, M.P. Twohig, T. Waltz [et al.] // *Addictive behaviors.* – 2007. – Vol. 32, № 7. – P. 1331–1346.
74. Attia P.R. Dual diagnosis: Definition and treatment // *Alcoholism Treatment Quarterly.* – 1988. – Vol. 5, № 3-4. – P. 53–63.
75. Benson A. To Buy or Not To Buy: Why We Overshop and How to Stop. – Boston: Trumpeter, 2008. – 288 p.
76. Brown L.K., Lourie K.J. Motivational interviewing and the prevention of HIV among adolescents // *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* / edit. by P.M. Monti, S.M. Colby, T.A. O'Leary. – New York: Guilford Press, 2001. – P. 244–274).
77. Carrol K.M. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. – Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse. – 1998.
78. Case S., Haines K.R. Factors shaping substance use by young people in Wales // *Journal of substance use.* – 2008. – Vol. 13, № 1. – P. 1–15.
79. Causes of relapse and search for treatment reported by drug users in a rehabilitation unit / F.R.M. Carvalho, T. Brusamarello, A.N. Guimarães [et al.] // *Colombia Medica.* – 2011. – Vol. 42, № 2 (Supl 1) – P. 57–62.
80. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up / S.T. Higgins, C.J. Wong, G.J. Badger [et al.] // *J Consult Clin Psychol.* – 2000. – Vol. 68, № 1 – P. 64–72.
81. DiClemente C.C. Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover. – New York: Guilford Press, 2003. – 317 p.
82. Direct and retrospective assessment of factors contributing to compulsive buying / R.G. Miltenberger, J. Redlin, R. Crosby [et al.] // *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry.* – 2003. – Vol. 34, № 1. – P. 1–9.
83. Factors associated with 12 months continuous heroin abstinence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) / S. Darke, J. Ross, M. Teesson [et al.] // *J. Subst Abuse Treat.* – 2005. – Vol. 28, № 3. – P. 255–263.
84. Functional, structural, and emotional correlates of impaired insight in cocaine addiction / S.J. Moeller, A.B. Konova, M.A. Parvaz [et al.] // *JAMA Psychiatry.* – 2014. – Vol. 71, № 1. – P. 61–70.
85. Gifford E., Humphreys K. The psychological science of addiction // *Addiction.* – 2007. – Vol. 102, № 3. – P. 352–361.
86. Krentzman A.R. Review of the Application of Positive Psychology to Substance Use, Addiction, and Recovery Research // *Psychology of Addictive Behaviors.* – 2013. – Vol. 27, № 1. – P. 151–165.
87. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. – New York: Springer, 1984. – 460 p.
88. Magee M., D'Antonio M. The Best Medicine: Doctors, Patients, and the Covenant of Caring. – New York: St. Martin's Press, 1999. – 220 p.
89. Marinker M. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. – London: The Royal pharmaceutical society of Great Britain, in partnership with Merck Sharp & Dohme, 1997.
90. McCance-Katz E.F., Carroll K.M., Rounsaville B.J. Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers – Implications for treatment and prognosis // *The American journal on addictions.* – 1999. – Vol. 8, № 4. – P. 300–311.

91. Miller W.R., Rollnik S. Motivational interviewing: Preparing People for Change. – 2nd edition. – The Guilford Press, 2002. – 428 p.
92. Petry N.M., Martin B. Low-cost contingency management for treating cocaine- and opioid-abusing methadone patients // *J Consult Clin Psychol.* – 2002. – Vol. 70, № 2. – P. 398–405.
93. Practical support aids addiction recovery: the positive identity model of change / A.B. Johansen, H. Brendryen, F.J. Darnell [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2013. – Vol. 13. – P. 201.
94. Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers / M.L. Hiller, E. Narevic, J.M. Webster [et al.] // *Substance Use and Misuse.* – 2009. – Vol. 44, № 1. – P. 28–41.
95. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. Stages of Change: Prescriptive Guidelines for Behavioral Medicine and Psychotherapy // *Psychologists' desk reference* / edit. by G.P. Koocher, J.C. Norcross, S.S. Hill III. – New York: Oxford University Press. – 1998. – P. 230–235.
96. Stapleton H., Kirkham M., Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care // *BMJ.* – 2002. – Vol. 324, № 7338. – P. 639–643.
97. The impact of a brief induction on short-term continuation in a therapeutic community / S.R. Harrison, P. Toriello, A. Pavluck [et al.] // *The American journal of drug and alcohol abuse.* – 2007. – Vol. 33, № 1. – P. 147–153.
98. The psychosocial rehabilitation of individuals with alcohol and drug use disorders: a possible strategy? / P.H. Pinho, M.A. de Oliveira, M.M. Almeida [et al.] // *Revista de psiquiatria clinica.* – 2008. – Vol. 35, Suppl. 1. – P. 82–88.
99. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders / D.M. Herbeck, D.J. Fitek, D.S. Svikis [et al.] // *American Journal on Addictions.* – 2005. – Vol. 14, № 3. – P. 195–207.
100. Treatment setting and baseline substance use severity interact to predict patients' outcomes / Q.O. Tiet, M.A. Ilgen, H.F. Byrnes [et al.] // *Addiction.* – 2007. – Vol. 102, № 3. – P. 432–440.
101. Verheyden S.L., Henry J.A., Curran H.V. Acute, sub-acute and long-term subjective consequences of 'ecstasy' (MDMA) consumption in 430 regular users // *Hum. Psychopharmacol.* – 2003. – Vol. 18, № 7. – P. 507–517.
102. Walker R., Stephens R.S. Protective behavioral strategies mediate problem-focused coping and alcohol use in college students // *Addictive behaviors.* – 2014. – Vol. 39. – № 6. – P. 1033–1037.

The dynamics of psychogenetic reactions of drug-addicted people who quit using psychoactive substances in a specialized medical establishment. Part 2

*Belokolodov V.V.*¹

E-mail: vladimir.belokolodov@yandex.ru

¹ *Herzen State Pedagogical University
48 Moika Emb., Saint Petersburg, 191186, Russia
Phone: +7 (812) 312-44-92*

Abstract

Prophylaxis, treatment, and chemical addictions recovery and rehabilitation are among the main tasks concerning the saving of healthy Russian population. Unfortunately, the number of people suffering from substance dependence disorders remains at a high level with 2% of the population in Russia in particular.

The use of therapies, psychoeducation, psychological assistance, and methods of psychological correction within treatment and addictions rehabilitation of patients increases their life quality and prolongs the remission. Moreover, including relatives (or significant people) in the process of treatment and rehabilitation of a person with a psychoactive substances dependence disorder increases its effectiveness.

The article shows the research results concerning psychogenetic reactions of people with opioid dependence disorder who received a course of medical treatment and rehabilitation in a specialized medical establishment.

The article discusses theoretical aspects of psychogenetic reactions, their criteria and components; the motivational aspect of addictions treatment and its ambivalence; forms and methods patients use to deal with their disorders, importance and effectiveness of compliance, especially during the first stage of getting medical assistance, and concordance as an independent and deliberate step of a person with an addiction towards participation in treatment and receiving a course of a therapeutic recovery at a specialized medical establishment.

The research found factors that form motivation to continue treatment and rehabilitation of patients with addictions at various stages of a recovery course at a specialized medical establishment.

It is stated that at the early stages of the treatment (which include detoxification and pre-rehabilitation) there are the most long-term services provided by specialists who help patients form their motivation to continue treatment and who, at the stages of major and long-term rehabilitation, choose methods oriented to form life priorities of a sober person.

Moreover, the most effective formation of motivation towards treatment and rehabilitation among substance-dependent patients and a change in behavior of their relatives and other significant people occur when the responsibility for the recovery is shared between a patient themselves, a doctor (or a medical establishment), and patient's relatives (or significant people), and also in cases when motivation for treatment is formed from the moment a patient with an addiction comes to a clinic.

Key words: psychogenetic reactions; motivation for treatment; chemical addictions rehabilitation; compliance; concordance; adherence to treatment.

For citation

Belokolodov V.V. The dynamics of psychogenetic reactions of drug-addicted people who quit using psychoactive substances in a specialized medical establishment. Part 2. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 2, p. 7. doi: 10.24411/2219-8245-2018-12070 [in Russian, abstract in English].