

Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей

КУЛАКОВ С.А.

д.м.н., профессор, зам. генерального директора Медицинского центра «Бехтерев», профессор кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ имени А.И. Герцена; e-mail: kulaksergey@yandex.ru

БЕРЕЗА Ж.В.

зам. отделением психопрофилактики пограничных нервно-психических расстройств МЦ «Бехтерев», аспирант СПбМУ имени И.П. Павлова; e-mail: j.bereza@yandex.ru

КОРЧАГИНА Е.К.

зам. генерального директора по психологическому сопровождению МЦ «Бехтерев», e-mail: bulldogs05@mail.ru

Изложена концепция медицинской (психотерапевтической) модели реабилитации наркозависимых. Необходимость ее создания вызвана увеличением коморбидных пациентов с низким реабилитационным потенциалом. Она основана на системности, синергичности, интеграции традиционных подходов с инновационными технологиями. Этапы реабилитации соотносятся с классификацией мишеней, принятых в Санкт-Петербургской школе психотерапии. Изложены основные задачи на каждом этапе реабилитации. В отличие от 12-шаговой модели акцент делается не на групповой, а индивидуальной психотерапии. Приведены катamnестические данные по эффективности модели. Подчеркивается, что предмет зависимости обусловлен скорее синергичкой факторов и не влияет на тактику лечения.

Ключевые слова: наркозависимость, расстройства личности, реабилитация, психотерапия

Актуальность разработки медицинских реабилитационных программ определяется необходимостью поиска новых психотерапевтических технологий лечения и реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ. Ни для кого не секрет, что в настоящее время наблюдается низкая эффективность лечения пациентов с химической зависимостью и недостаточность реабилитационного звена в структуре оказания наркологической помощи. При этом особую сложность представляет лечение психической зависимости, поскольку ее проявления могут сохраняться десятилетиями и являются причиной рецидивов. Для решения этой проблемы в Национальном научном центре наркологии Росздрава России разработана концепция реабилитации больных наркоманией. В 2001 г. Т.Н. Дудко сформулировал концепцию, реабилитационного потенциала (РП) наркологических больных, описал его основные диагностические критерии, личностные и социально детерминированные варианты, а также уровни РП (высокий, средний, низкий). В целях повышения эффективности лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией Министерством Здравоохранения Российской Федерации утвержден Приказ №500 от 22.10.2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Х 50.3)». Эти основополагающие документы определили стандарты оказания

лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным. Однако результативность реабилитационных мероприятий в отношении лиц с химическими зависимостями остается стабильно низкой и не превышает 7—15% годовых ремиссий. На наш взгляд, это связано с тем, что большая часть пациентов досрочно прерывает лечение на различных его этапах, что неизбежно приводит к рецидиву заболевания. Существующие реабилитационные программы, в основном, направлены на работу с пациентами с высокой мотивацией на трезвость. Пациенты с низкой или с несформированной мотивацией и сопутствующим расстройством личности выпадают из поля зрения реабилитационных служб, и помощь им ограничивается купированием абстиненции. С другой стороны, значительное число наркологических больных, прошедших «детокс», продолжают «лечение» в различных «альтернативных реабилитационных центрах», как правило, связанных с деятельностью неофициальных религиозных и благотворительных организаций, и отследить их катamnез в дальнейшем не представляется возможным.

В виду распространения в США и странах Западной Европы заместительной терапии, работа врачей-психотерапевтов и клинических психологов в ремиссионном периоде направлена в основном на диагностику и лечение коморбидных психических расстройств, а не на работу с самой аддикцией.

В нашей стране и за рубежом разработано и используется множество психотерапевтических реабилитационных программ, рассчитанных на амбулаторное сопровождение зависимых пациентов. Существует несколько испытанных стационарных программ, в которых участвует полипрофессиональная команда, но основное ядро составляют концепции 12-шагов. Мы ушли от 12-шаговой модели и разработали свою концепцию реабилитации, основные положения которой будут представлены ниже.

Научно-методологическое обоснование медицинской (психотерапевтической) модели

За 25 лет, прошедших с тех пор, как была принята био-психо-социальная парадигма, появилось множество интегративных вариантов для системного анализа проблем, способных эту модель подкрепить: BASIC — ID Лазаруса, «кристаллизация проблем» Макарова, многоуровневая психо-социальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний Холмогоровой, «Цветок потенциалов Ананьева» и др. В реабилитации наркозависимых мы уже не первый год практикуем био-психо-социо-духовную модель заболевания, которая служит краеугольным камнем нашей концепции.

Второй методологической основой является синергетика — междисциплинарная наука о развитии. Основными принципами синергетики является нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Синергетика в сфере реабилитации аддикций несет большой эвристический потенциал, дает эволюционную методологию управления психотерапевтическим пространством с учетом феноменов самоорганизации личности в этом пространстве. Синергетический подход можно представить 4 основными плоскостями (векторами) био-психо-социо-духовной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом. *Соматогенез* предполагает развитие систем и функций организма; *психогенез* — развитие психических функций, *социогенез* — развитие социальных ролей и отношений, *ноогенез* — динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, 4 базовые экзистенциальные мотивации, систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию и т.д. Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Коморбидные и немотивированные пациенты отражают 4—5 фрактал этой схемы (рис. 1).



Рис. 1. Синергетическая модель наркоманий

Следующим методологическим принципом служит интегративный (мультимодальный) подход в применении психотерапевтических технологий. Мультимодальный подход ориентирован и на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом. Изолированное использование семейной, когнитивной психотерапии, психодинамической психотерапии, психодрамы направлено на один или несколько аспектов, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимального широкого воздействия.

В большинстве реабилитационных центров акцент делается на групповых формах работы, а индивидуальная работа и последующее сопровождение преимущественно нацелена на программные задачи сохранения трезвости. Вместе с тем, пациенты нуждаются в проработке внутри- и межличностных конфликтов. В ряде исследований показано, что больные, страдающие различными видами зависимости, больше, чем обычные люди имеют трудности, связанные с саморегуляцией поведения. Индивидуальная терапия, вскрывающая глубинные или бессознательные феномены (отношение к объектам, привычные формы реагирования на стресс, устранение нарциссического дефицита или других отклонений в индивидуальном функционировании), успешно дополняет групповые формы работы. Психологи, работающие в реабилитации, часто имеют пеструю и несистематическую психотерапевтическую подготовку, что вносит хаос и отсутствие преемственности в работе сотрудников. Такой дисбаланс устраняется путем обучающих занятий и интервизией.

Успешность индивидуальной терапии достигается постановкой «психотерапевтического диагноза» и четким выделением «мишеней психотерапии». Мишень психотерапии — проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого в процессе психотерапии является осознанной целью взаимодействия (Назыров Р.К., и др., 2011). Авторы на примере пациентов с неврозами описывают следующие группы «мишеней»:

1-я группа: клинические психотерапевтические мишени (психотерапевтические мишени нозологической специфики);

2-я группа: мишени, специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента;

3-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического процесса;

4-я группа: психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации;

5-я группа: мишени, специфичные для психотерапевтического метода.

В реабилитации наркозависимых наименее разработанными являются мишени 2-, 4- и 5-й групп. Трудностями выделения мишеней 2-й группы служит тот факт, что более половины пациентов имеют пограничную личностную организацию и соответственно эго-синтонное отношение к имеющейся симптоматике (2-я ось DSM IV). Специфика клинической ситуации состоит в игнорировании родственниками необходимости участия в семейной терапии, одновременно мотивируя своих детей на лечение. Данная ситуация повышает риск рецидива при возвращении пациента в прежнюю, дисфункциональную семейную систему (4-я ось DSM IV). Все это заставляет искать методики, интенсифицирующие проработку проблем пациентов (5-я мишень) в рамках краткосрочной стационарной реабилитации (45 суток), косвенно связанных с «мишенями нозологической специфичности».

Эти методологические принципы дополнили и расширили авторские разработки, опубликованные в «Руководстве по реабилитации наркозависимых» (Кулаков С.А., Вайсов С.Б., 2006). В результате применения описанных в «Руководстве» методик к пациентам стационарного реабилитационного отделения появилось ряд существенных изменений, что привело к созданию «Рабочей тетради участника реабилитационной программы». Первое издание вышло в 2009 г. Задания в тетради были распределены по трем блокам:

1. Мотивационный блок;
2. Психологические защиты зависимости;
3. Совладающее поведение.

Внедрение тетрадей структурировало реабилитационный процесс, повысило уровень рефлексии пациентов. В 2012 г. было издано второе, переработанное, издание.

Задачи программы

1. Формирование стабильного комплаенса между психотерапевтом и членами семьи пациента, заключение долгосрочного психотерапевтического контракта.

2. Осознание и преодоление созависимых паттернов поведения членами семьи пациента.

3. Усиление мотивации на отказ от психоактивных веществ у пациента путем создания внешней мотивации на продолжение лечения.

4. Заключение первичного психотерапевтического контракта между психотерапевтом и пациентом с низким реабилитационным потенциалом при поступлении на стационарный этап реабилитации (не менее 45 суток).

5. Формирование у пациента внутренней мотивации на отказ от употребления всех ПАВ.

6. Формирование стабильного комплайенса между психотерапевтом и пациентом, заключение долгосрочного психотерапевтического контракта.

7. Ориентированная на психотерапевтические мишени индивидуальная программа.

8. Формирование у пациента мотивации на продолжение лечения в долгосрочных реабилитационных программах.

Как это общепринято в реабилитационном процессе, он разделяется на определенные этапы.

Адаптационный этап

Задействован в основном биологический уровень, предполагая выявление преморбидных психических расстройств, коморбидных состояний, а также симптоматическое лечение: купирование тревожного синдрома, патологического влечения к психоактивным веществам, подбор долговременной психофармакотерапии. Успешное прохождение пациентом программы начального этапа реабилитации, соблюдение режима и правил отделения не менее 4 дней создает возможность перевода пациента на основной этап реабилитации. Другим средством, повышающим резервные возможности организма, является внедрение регулярных занятий лечебной физкультурой.

Интеграционный этап (психотерапевтические мишени, специфические для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента)

Мотивационный аспект. Задачей служит преодоление отрицания болезни (анозогнозии), принятие болезни, формирование личностной установки на воздержание от психоактивных веществ. Это достигается путем прохождения ряда психообразовательных тренингов и мотивационных психотерапевтических групп, с использованием техник «Проживание зависимости до конца», техник, направленных на осознание последствий зависимости во всех сферах жизни, самораскрытие в группе, получение обратной связи. Пациент прорабатывает задания из первой части рабочей тетради.

Аспект «ограничение зависимости» и формирование навыков совладания с патологическим влечением к ПАВ. Пациенту необходимо признать в себе зависимую субличность («зависимое Я»), научиться распознавать ее проявления на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, овладеть навыками совладания с провоцирующими и стрессовыми состояниями. Пациент регулярно сдает домашние задания из второй части рабочей тетради «Психологические защиты».

Аспект раскрытия глубинных или бессознательных феноменов. Осуществляется за счет индивидуальной терапии, в которой прорабатываются отношение к лечению, типичные формы реагирования, личностные переживания, связанные эмоциональным насилием в семье. Частыми «мишенями» служат: «отчуждение» аддиктивной болезни; недостаточность и дефицитарность защитных и копинг-механизмов; низкая способность к рефлексии и заботе о себе; индивидуально значимые психотравмирующие переживания и нарушенные отношения с микросоциальным окружением; дефекты характера; трудности в выполнении домашних заданий.

Характерным феноменом для наркозависимых является дефицит сферы самосознания, особенно рефлексивных процессов. Рефлексию можно рассматривать как важный критерий психической зрелости, а ее формирование в процессе психотерапии — как развитие важнейшей способности, утраченной или несформированной в силу тех или иных неблагоприятных обстоятельств. Пробелы в самонаблюдении, соотношения своего эмоционального состояния с внешними стимулами и прошлым опытом, умения взглянуть на ситуацию глазами другого, описать свое внутреннее состояние расширили применение когнитивной терапии, особенно ее аспектов, затрагивающих метакогнитивные процессы.

На всех этапах реабилитационной программы обязательным является написание ежедневных аналитических заданий, «самоанализа», «фокуса дня», «дневника чувств», итогов недели.

Кроме того, на протяжении всего периода стационарной реабилитации уделяется внимание **экзистенциальному (духовному) аспекту зависимости**. Такой подход предполагает проработку в индивидуальной и психодраматической терапии таких экзистенциальных категорий, как «выбор, вина, ответственность, свобода, смысл жизни», работу с глубинными базовыми тревогами существования, выход на духовный аспект зависимости. Эта работа продолжает осуществляться на и амбулаторном этапе. Один раз в неделю проводится тематически-ориентированная экзистенциальная группа и лекции по духовности

Сеттинг индивидуально-психологических мишеней. При посещении ежедневных динамических групп пациент проходит минимум 45 сессий за курс стационарной реабилитации, индивидуальные сессии проводятся 2 раза в неделю, тренинги (коммуникативные и развивающие) ежедневно, когнитивно-поведенческие группы 2 раза в неделю, группы сдачи домашних заданий 6 раз в неделю.

Таким образом, пациент получает интенсивную психотерапевтическую помощь на всех этапах интеграционного этапа.

Завершение интеграционного этапа психотерапии в стационаре

Лечащий врач принимает решение о переводе пациента на амбулаторный режим или в реабилитационный центр длительного пребывания, основываясь на клинической динамике (стабилизация психоэмоционального состояния, отсутствие компульсивного поведения), наличие условий для амбулаторного прохождения этапа реабилитации (готовность семейной системы), докладе психологов отделения реабилитации о выполнении им основной части программ, включающей в себя следующие компоненты:

- мотивационные домашние задания, прописанные в отдельной тетради (причины, здоровье, семья, работа, учеба, финансы, отношение к заболеванию);
- прослушанные лекции и проработанные в домашних заданиях психологические защиты «отрицание и рационализация»;
- проработанные в домашнем задании «границы безопасности»;
- составленный самостоятельно и принятый индивидуальным психологом «Кризисный план»;
- зачтенная итоговая работа: «Каким я пришел на отделение реабилитации, что во мне изменилось, с чем уйду»;
- прописанный план дальнейшего лечения. За несколько дней до перевода с пациентом и семьей заключается семейный договор, в котором учтены все необходимые требования данного режима.

Пациенты, не успевающие выполнить аналитические задачи 3-й части рабочей тетради, названной «Психологические особенности зависимости», на этапе стационарной реабилитации, продолжают их выполнять при «переводе пациента со стационарного этапа на режим дневного стационара. Пациент, приходящий на занятия по модели «Дневной стационар», обязан проходить тестирование мочи на наличие ПАВ.

Профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента (членов его семьи) на этапе ремиссии

Пациент посещает амбулаторную постлечебную программу (1,5—2 года) или направляется в 6-месячный загородный реабилитационный центр длительного пребывания и последующей ресоциализацией в течение 3—6 мес. Для этих пациентов создана отдельная программа ресоциализации и рабочая тетрадь, основанная на ресурсах выздоровления.

Индивидуальный психолог, вне зависимости от состояния пациента, осуществляет телефонный мониторинг еженедельно, включая разговор с родителями,

в течение 2 месяцев после выписки, в дальнейшем — в зависимости от состояния пациента. Если пациент продолжает лечение в Медицинском Центре «Бехтерев», мониторинг проводится 2 раза в месяц в течение года, если находится в другом реабилитационном центре длительного пребывания — в течение 6 месяцев проводится ежемесячный телефонный мониторинг. Психологическая диагностика осуществляется по запросу.

Интеграционный этап (психотерапевтические мишени, специфичные для клинической ситуации)

Параллельно врач-психотерапевт отделения реабилитации и психолог проводят работу с семейной системой. При этом мотивационная работа и включение членов семьи наркозависимых в программу профессионального психотерапевтического сопровождения происходит независимо от того, участвует ли сам пациент в программе или прерывает лечение. После прохождения тренинга родительской компетентности член семьи наркозависимого включается в еженедельную динамическую группу для созависимых, а также проходит 4—6 индивидуальных психотерапевтических сессий в парадигме когнитивно-поведенческой и личностно-ориентированной психотерапии.

Интеграционный этап (психотерапевтические мишени, специфичные для психотерапевтического процесса)

2 раза в неделю для психологов и психотерапевтов проводится балинтовская и супервизорская группы для профилактики профессионального сгорания.

Эффективность модели. За период с августа 2011 г. по август 2012 г. на наркологическое отделение МЦ «Бехтерев» поступило 516 пациентов (F11.3 — 45% F15.3 — 16% F13.3 — 14% F19.3 — 25%), из них 462 человека (89,5%) при поступлении высказывали установку только на купирование абстиненции. 54 пациента имели установку на продолжение лечения в рамках какой-либо реабилитационной программы, из них 46 планировали дальнейшее прохождение реабилитации в других центрах, 9 — ранее проходили лечение в реабилитационном отделении МЦ «Бехтерев» и планировали пройти повторный курс или программу «Анализ срыва». Всем пациентам и членам их семей было предложено участие в программе комплексного профессионального психотерапевтического сопровождения. Лечащим врачом и психологом в доступной форме были разъяснены цели, задачи программы, а также применяемые методы. После чего 486 пациентов дали добровольное информированное

согласие на участие в I этапе программы, а члены их семей соответственно были включены в программу психотерапевтического сопровождения для созависимых. 292 пациента (60%) были переведены из наркологического отделения на отделение Начального этапа реабилитации на 3—4-й день пребывания в стационаре. Из них 174 (59,6%) после окончания II этапа программы были переведены в отделение стационарного этапа реабилитации для прохождения последующих этапов реабилитационной программы.

Таким образом, из значительной части пациентов, поступивших в наркологическое отделение стационара только с целью купирования абстиненции, продолжили стационарное лечение в отделении Начального этапа реабилитации, а часть из них дальнейшем и в стационарном реабилитационном отделении МЦ «Бехтерев». Из 174 пациентов (122 мужчин и 52 женщины), переведенных на реабилитационное отделение для прохождения III этапа программы психотерапевтического сопровождения, 31 (18%) — 17 мужчин и 14 женщин — прервали лечение досрочно, остальные прошли полный курс стационарного этапа программы (от 45 до 120 дней).

Ниже приводятся данные годового катамнестического наблюдения 143 пациентов (38 женщин и 105 мужчин), прошедших стационарный этап комплексной психотерапевтической программы в реабилитационном отделении МЦ «Бехтерев» (от 45 до 120 суток) за период с августа 2011 г. по август 2012 г. Умерло вследствие рецидива употребления ПАВ 2 женщины (1,4%). После непродолжительного периода воздержания от ПАВ (до 6 месяцев) возобновили употребление ПАВ 36 мужчин и 12 женщин (33,6%), из них 43 пациента (31 мужчина и 12 женщин) прервали лечение досрочно — не посещали амбулаторную постлечебную программу. Неполная годовая ремиссия (употребляли алкоголь или энергетические напитки) наблюдалась у 6 мужчин и 4 женщин (7%). У 77 (58%) пациентов (63 мужчин и 14 женщин) наблюдалась устойчивая ремиссия в течение года. Из них у 48 пациентов (37 мужчин и 11 женщин) в течение года имело место регулярное посещение постлечебной программы (дневной стационар, поддерживающая терапевтическая группа, индивидуальное сопровождение психологом) и 29 пациентов (26 мужчин и 3 женщины) продолжали реабилитацию в реабилитационных центрах загородного типа, сотрудничающих с МЦ «Бехтерев».

Заключение

Таким образом, медицинская (психотерапевтическая) модель, предложенная нами, основана на системности, индивидуальном подходе, этапности,

строгом соблюдении психотерапевтических мишеней. Убедившись в том, что предмет зависимости (игра, наркотики) обусловлен скорее синергетикой факторов и не влияет на тактику лечения, интегрируем подходы ленинградской (санкт-петербургской) школы психотерапии с инновационными технологиями.

Список литературы

1. Белогорцев Д.О. Клинико-биологические и психосоциальные факторы затяжного течения невротических расстройств [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — 23 с.
2. Белокрылов И.В. Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных (клиническое и психодинамическое исследование): Автореф. дис. ... доктора мед. наук. — М.: НИЦ наркологии Минздрава России, 2006. — 42 с.
3. Будников М.Ю. Самоотношение как мишень индивидуальной терапии в реабилитации наркозависимых // Наркология. — 2013. — №8. — С. 67—72.
4. Ваисов С.Б. Современные технологии реабилитации зависимых от психоактивных веществ : учебное пособие / С.Б. Ваисов. — СПб.: Лема, 2013. — 113 с.
5. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. — 2008. — №1. — С. 55—61.
6. Горски Т.Т., Миллер М. Остаться трезвым. Руководство по предотвращению срыва / Пер. с англ. В. Васильева. — СПб.: ООО «Наш путь», 2007. — С. 236.
7. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: ИД Медпрактика-М, 2006. — 192 с.
8. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. — 2008. — №3. — С. 80—92.
9. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. — СПб.: Речь, 2004. — 368 с.
10. Зобин М.Л. Многофакторная оценка результатов лечения опиоидной зависимости: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — СПб.: НИПНИ им В.М. Бехтерева, 2009 — 37 с.
11. Иванец Н.Н. Наркология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 720 с.
12. Клиническая психотерапия в наркологии. Руководство для врачей-психотерапевтов/ Под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. — 456 с.
13. Короленко Ц.П. Аддиктология: настольная книга. — М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. — 536 с.
14. Кулаков С.А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых // Психическое здоровье. — 2009. — №2. — С. 39—42.
15. Кулаков С.А. Психосоматика. — СПб.: Речь, 2010. — 320 с.
16. Кулаков С.А. Руководство по реабилитации наркозависимых. — СПб.: Речь, 2006. — 240 с.
17. Кулаков С.А. Ядерная конфликтная тема отношений в психодрамотерапии наркозависимых // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. — 2009. — №4. — С. 70—71.

18. Кулаков С.А., Федоряка Д.А. Синергетическая модель супервизии в психотерапии // Психическое здоровье. — 2010. — №3. — С. 26—29.
19. Кулаков С.А. Индивидуальная психотерапия в реабилитации наркозависимых // Тезисы научно-практической конференции с международным участием «Мир Аддикций: химические и нехимические зависимости». — Санкт-Петербург, 2012. — С.70—71.
20. Кулаков С.А. Психотерапевтический диагноз в реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ // Наркология. — 2013. — №9. — С. 85—90.
21. Лаукс Г. Психиатрия и психотерапия: справочник / Пер. с нем.; Под общ. ред. П.И. Сидорова. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 512 с.
22. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. — М.: Класс, 2012. — 480 с.
23. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
24. Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Под ред. Н.А. Бохана, Н.Е. Буториной, Е.Н. Кривулина. — Челябинск: ПИРС, 2010. — 234 с.
25. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга; Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. — М.: Класс, 2007. — 232 с.
26. Брюн Е.А. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных: Методические рекомендации. — М.: Московский научно-практический центр наркологии, 2013.
27. Уайнхолд Б. Освобождение от созависимости / Пер. с англ. А.Г. Чеславской; под ред. В.М. Бондаровской, Т.В. Кульбачки. — М.: Класс, 2005. — 223 с.
28. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. — М.: Медпрактика-М, 2011. — 479 с.
29. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Йошкар-Ола: Фрактал, 2006. — 313 с.
30. Шарыгина К.С. Отношения личности аддикта с точки зрения синергетического подхода // Клиническая психология: наука и практика: Материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых. — Санкт-Петербург: РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. — С. 129—133.
31. Шелонина Т.В. Особенности системы отношений лиц с наркотической зависимостью [Электронный ресурс] // Современные исследования социальных проблем: электрон. журн. URL:<http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/3/shelonina.pdf> (Дата обращения 07.03.2013)
32. Psychotherapy for the treatment of substance abuse / Edited by Marc Galanter, Herbert D.Kleber. — American Psychiatric Publishing Inc., 2011. — P. 405.

The complex medical (psychotherapeutic) model of rehabilitation for patients with chemical and non-chemical addictions, personality disorders and their family members

KULAKOV S.A., BEREZA J.V, KORCHAGINA E.K. Medical Association Center «Behterev», Saint-Petersburg

In this paper we represent the concept of the medical (psychotherapeutic) model of drug rehabilitation. The necessity of this model is determined by the increasing number of comorbid patients and patients with low rehabilitation potential. It is based on the principles of system approach, synergetics, integration of traditional approaches and innovative technologies. The stages of rehabilitation correlate with the classification of the targets accepted in St. Petersburg psychotherapy school. The basic objectives for every rehabilitation stage are shown. In contrast to Twelve-step model we pay more attention to individual rather than group therapy. The catamnestic data on the model effectiveness is given. It is underlined that the choice of an object for addiction is probably defined by the synegetics of factors and doesn't influence the tactics of treatment.

Keywords: addiction, personality disorders, rehabilitation, psychotherapy.