**Социальная работа с героиновыми наркоманами. Технология лечения и социальной реабилитации**

Вадим Захаров

Одной из приоритетных задач современных специалистов по социальной работе в области наркологии является активное воздействие на больного уже в начале процесса лечения. Поэтому имеет смысл, в контексте социальной работы, объединить медицинский и послемедицинский этап работы и обозначить его медико-социальным этапом работы с героиновыми наркоманами, на котором медики и социальные работники должны действовать сплочённой командой. На этом этапе возникает проблема необходимости преодоления естественного психологического отчуждения, существующего между медицинским персоналом, традиционно исповедующим медикоцентрический подход, основанный на наборе формализованных профессиональных знаний, и специалистами по социальной работе, действующими другими методами. Сближение позиций возможно как с помощью специальных образовательных программ, обеспечивающих дополнительные профессиональные знания у социальных работников, так и через осознание медицинскими работниками всех нюансов социально-психологического состояния своих пациентов. Залогом эффективности социальной работы в решении проблем наркозависимости является постоянная связь лечебного процесса с деятельностью по коррекции социального статуса больного. Отсюда вытекает необходимость сближения позиций наркологов и социальных работников, прежде всего с помощью грамотной организации совместного лечебно-реабилитационного процесса, что должно быть закреплено в соответствующих нормативных документах, должностных инструкциях и положениях. Одной из основных целей специалистов по социальной работе в деле реабилитации героинозависимых становится помощь наркоману в осознании особенностей его болезни – он должен помочь человеку, попавшему в зависимость и его семье научится полноценно жить несмотря на эту болезнь, не испытывая чувства вины и обреченности.

Главный нарколог Минздрава РФ, профессор Н.Н. Иванец даёт следующее определение социальной реабилитации:«социальная реабилитация – это динамичная система деятельности, направленная на достижение полного или частичного восстановления личностного и социального статуса больного методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через его личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий»[1]. Можно констатировать, что социальная реабилитация своей главной целью считает восстановление или формирование нормативного, личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального и творческого потенциала.

Существует несколько основных направлений совместной деятельности медицинских работников и специалистов по социальной работе для достижения поставленных целей:

 формирование у больного осознанной стабильной мотивации или установки на окончательный отказ на потребление героина, на активное включение в реабилитационный процесс;

 осуществление комплекса лечебно-психолого-терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию влечения к героину, предотвращение рецидивов болезни;

 редуцирование поведенческих, аффективных, интеллектуальных расстройств развившихся или усугубившихся в процессе болезни;

 укрепление здоровья больного на основе обучения навыкам здорового образа жизни;

 коррекция структуры личности больного для обеспечения позитивного личностного развития;

 повышение уровня социального функционирования больного, формирование или восстановление позитивных семейных и средовых связей;

 достижение реального материального самообеспечения пациента на основе закрепления навыков системной занятости, образовательно-профессиональной подготовки.

Для более эффективного воздействия на больного, на мой взгляд, лечение и социальная реабилитация героиновых наркоманов должна проводится в учреждениях закрытого типа и в течение длительного периода времени (до двух лет). При этом они должны строиться на неукоснительном соблюдении следующих принципов:

Максимальная индивидуализация реабилитационных технологий: первая ступень – определение индивидуальных условий прохождения курса лечения и реабилитации каждого наркомана (стационарные, полустационарные или амбулаторные программы), клинических особенностей заболевания, социальных осложнений, вызванных употреблением героина, определение особенностей структуры личности, микросоциального окружения зависимого. Вторая ступень – анализ собранной информации, составление индивидуального профиля каждого наркомана и включение его в подходящую по этим параметрам программу реабилитации.

Комплексный подход к лечению и реабилитации. Наркологические заболевания у каждого конкретного зависимого состоят из одних и тех же составляющих (биологические и социально-психологические), но удельный вес этих составляющих различен. Одни больные – с биологической предрасположенностью к наркотической зависимости, а другие втягиваются в процесс злоупотребления под влиянием среды, то есть на первом месте у них стоят социально-психологические факторы. Но, тем не менее, независимо от преобладания тех или иных факторов, на всем протяжении реабилитационного воздействия оно должно быть комплексным, включая в себя медикаментозное, психотерапевтическое и социальное воздействие, причем продолжительность частей реабилитационного процесса у разных наркоманов разная.

О принципе добровольности следует сказать отдельно: по отношению к больным с героиновой зависимостью данный принцип может применяться условно, в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей индивида. В том случае, если пациент злостно уклоняется от самостоятельного обращения за медицинской помощью, ведёт асоциальный или антисоциальный образ жизни, грубо социально дезадаптирован, то о добровольности лечения и социальной реабилитации речи, на мой взгляд, идти не может. К сожалению, на сегодняшний день законодательная база, обеспечивающая принудительные меры медицинского характера, очень несовершенна.

Принцип добровольности должен безоговорочно соблюдаться в случае активного стремления пациента к сотрудничеству с медицинскими и социальными учреждениями. В большинстве стран мира, включая промышленно развитые страны западной демократии, традиционно осуществляется та или иная степень принуждения больного к обращению за помощью в соответствующие учреждения.

Проблему технологий реабилитационной работы с героиновыми наркоманами, мы предлагаем рассматривать по следующей схеме:

I. Уровень воздействия

II. Основные мишени воздействия

III. Тип терапии

IV. Основные методы и средства воздействия

На биологическом уровне воздействия основными мишенями воздействия являются:

 перестройка нейромедиаторных систем, участвующих в формировании потребности в психоактивном веществе;

 перестройка метаболических процессов, которые формируют влечение;

 генетическая предрасположенность.

Тип терапии на этом уровне – биологически ориентированное воздействие, основными методом и средством которого является медикаментозное лечение, то есть использование препаратов, регулирующих нейромедиацию: нейролептики, антидепрессанты, нейропетиды, антиконвульсанты, блокаторы рецепторных систем, транквилизаторы, а также немедикаментозные методы – рефлексотерапия, электростимуляция.

На психическом уровне воздействия основной мишенью является патологическое влечение к наркотическому веществу. Тип применяемой терапии – «психотерапевтически ориентированное воздействие»[2]. Основные методы и средства в целом можно подразделить на две главные группы, различающиеся по характеру психотерапевтического воздействия:

 методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии;

 методы, использующие развивающие личность стратегии.

1.Методы манипулятивного характера адресованы главным образом к патологическим процессам; больной рассматривается как объект воздействий; цель воздействия – изменение поведения; патерналистское отношение к клиенту со стороны терапевта. К наиболее популярным методам этой группы можно отнести:

 суггестивные методы (внушение), их цель воздействия – изменение поведения больного. Что касается современных методов суггестивной терапии, то все большей популярностью пользуется подход, основанный на особой методике введения в транс с помощью специальных приемов, обеспечивающих «присоединение» терапевта к больному и обратную связь.

 гипнотерапия, которая очень широко распространилась в нашей стране. Основные проблемы, которые решаются с помощью гипнотерапии – формирование установок, повышение самооценки и уверенности в собственных силах, разрушение нежелательных стереотипов поведения.

 поведенческие, такие как психодрама по Д. Морено. Будучи довольно трудоемкой техникой, она успешно применяется в лечении героиновых наркоманов в структуре комплексной психотерапевтической программы.

 игровые методы (ситуационно-психологический тренинг). Собирается группа, определяются темы, разыгрываются роли. Обычно воспроизводится ситуация, которая так или иначе связана с употреблением наркотиков. При этом происходит тренировка отдельных умений, как например умения отказаться от наркотика, при этом могут использоваться видеозаписи для тренинга социальных навыков.

 групповые дискуссионные методы – это психотерапевтическое воздействие в малых группах, функционирующих на основе клиентцентрированной терапии. Цель воздействия – выработка группового стиля мышления, улучшение коммуникаций, коррекция образа «Я» и повышение самооценки – все это реализуется за счет, безусловно, позитивного отношения к наркотически зависимому больному, искреннему его принятию и эмпатическому воздействию.

2. Методы развивающего личность характера адресованы главным образом к нормативно-компенсаторным процессам; больной рассматривается как субъект воздействия; цель воздействия – рост личности, взаимоотношения терапевта и клиента партнерские:

 гештальт-терапия (принцип «здесь и сейчас»). С помощью наркотиков больной стремится уйти от осознания самого себя и самовыражения, гештальт-терапия возвращает его к самому себе, преодолевая защиты, создающие препятствия для личностного развития и достижения зрелости. В результате у клиентов формируется более здоровое и приемлемое существование без наркотиков, то, как они более полно живут в настоящем.

 экзистенциальная терапия – апелляция к высшим ценностным регуляторам и их активизация в процессе обсуждения таких проблем, как смерть, свобода, изоляция.

 «терапия решения проблем» – методика, помогающая клиенту прояснить имеющиеся у него проблемы.

 методика системной интервенции – формирование установок на получение помощи и лечения, заключается в подготовке и осуществлении воздействия на больного, по определенному набору правил, силами наиболее значимых лиц из его окружения.

Психотерапевтическая работа с героиновыми наркоманами – работа трудоёмкая и серьёзная. Самое главное, непременное условие успеха – чем активнее роль самого больного в этом процессе, тем значительнее будет результат. Во многом успех лечения и социальной реабилитации будет зависеть от скоординированности усилий и врача-нарколога, и специалиста по социальной работе, и самого клиента, а также от правильности выбора технологий лечебно-реабилитационной работы в каждом конкретном случае, от умения эти технологии рационально сочетать.

На социальном уровне воздействия основной мишенью является созависимость (под созависимостью понимают деформацию взаимоотношений и индивидуального поведения, ролевые сдвиги и искажение психоэмоционального состояния у членов социального окружения больного наркоманией – супругов, детей, родителей и других), тип терапии – социально-ориентированное воздействие. Основной методы и средства терапии:

 группы само- и взаимопомощи, разработанная в их рамках программа «12 шагов». Ее плюсы: простые, но эффективные приемы поддержки; хорошо учитывает особенности психологического статуса больных с зависимостью; легко интегрируется с другими видами терапии; апеллирует к высшим духовным ценностям наркозависимых и активизирует их, они получают новые силы для борьбы со своим заболеванием.

Следует отметить, что, несмотря на «поголовное» лечение героиновых наркоманов вышеуказанными методами, их эффективность остаётся низкой, а интегрированность больных в эти программы минимальна. Из всего этого следует, что необходимо разрабатывать и внедрять новые инновационные программы социальной реабилитации или «реанимировать» программы, которые с успехом применялись в прошлом, но их использование, к сожалению, прекратилось во времена «расцвета демократии» в нашем государстве. Как пример можно привести развитую сеть лечебно-трудовых мастерских при лечебно-профилактических учреждениях. Трудовая терапия, как форма социальной реабилитации и реадаптации героиновых наркоманов, несомненно, эффективна, но она должна применяться по отношению к ним в зависимости от тяжести заболевания и социально-психологических особенностей больного.

Суммируя вышеизложенное, можно констатировать, что деятельность специалиста по социальной работе на медико-социальном этапе помощи героиновым наркоманам заключается в следующем:

 решение организационных и терапевтических проблем в тесном взаимодействии с медицинским персоналом;

 организация и участие в специальных психологических тренингах, способствующих ранней реадаптации и реабилитации пациентов;

 организация семейной психотерапии и участие в ней;

 организация и участие в различных программах реабилитации и реадаптации пациентов.

**Список литературы**

1. Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Нолидж, 2000.

2. Лисецкий К.С., Матынга И.А. Психология и профилактика ранней зависимости. - Самара: Б.и., 1996.