

Психосоциальная реабилитация пациентов с синдромом зависимости, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре

КАЗАКОВЦЕВ Б.А. д.м.н., профессор, главный психиатр Минздрава России, Москва
СТЯЖКИН В.Д. глав. врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) Минздрава России, Санкт-Петербург
ТАРАСЕВИЧ Л.А. заместитель глав. врача Санкт-Петербургской ПБСТИН Минздрава России, Санкт-Петербург

Описывается опыт реабилитационной работы с находящимися по определению суда на стационарном принудительном лечении психиатрическими пациентами, у которых более чем в половине случаев отмечаются проявления зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и которые в 80 % случаев совершают общественно опасные деяния (ООД) в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Представлена разработанная и в течение 4 лет (1998—2002 гг.) апробированная в больнице система реабилитации. Даны рекомендации по организации терапевтической среды.

Прошедшее десятилетие характеризуется увеличением числа лиц с психическими расстройствами, злоупотребляющих алкоголем и другими ПАВ, и соответствующим повышением риска совершения ими правонарушений. До 80% пациентов, ежегодно поступающих на стационарное принудительное лечение в Санкт-Петербургскую ПБСТИН, совершают ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. У 52% от общего числа одновременно находящихся в больнице на лечении пациентов отмечается синдром зависимости от ПАВ.

Исходя из смешанного характера имеющихся у большинства пациентов психических расстройств в основу работы с ними положен принцип этапности проводимых персоналом лечебных и реабилитационных мероприятий. В табл. 1 представлены этапы реабилитационной программы, включающие активную медикаментозную терапию, психотерапию, социальную работу и собственно психосоциальную реабилитацию.

Наименьшее количество поступающих в больницу пациентов (120) с хроническими, резистентными к лечению расстройствами, с особой склонностью к ООД, в том числе в условиях пребывания в больнице, находится в трех лечебных отделениях с интенсивным режимом наблюде-

ния. Проводимая здесь психофармакотерапия сочетается с воспитательной и общеобразовательной работой с пациентами.

Основной поток пациентов (360) направляется в три лечебных отделения, где наряду с психофармакотерапией проводятся так называемые подготовительные реабилитационные мероприятия, осуществляемые полипрофессиональной бригадой.

Реабилитационная программа для части пациентов (135) завершается в одном из трех реабилитационных отделений.

Основная задача психофармакотерапии — подготовка пациента к восприятию психотерапевтического воздействия. Адекватность биологической терапии в значительной степени обеспечивает становление терапевтической ремиссии, предупреждение рецидивов и, в конечном счете, достижение основной цели принудительного лечения — профилактики повторных ООД. Кроме общеизвестных и широко применяемых медикаментозных средств, в больнице в течение нескольких лет активно используются препараты нового поколения, обеспечивающие большую безопасность и эффективность лечения. До 30% пациентов больницы получают атипичные нейролептики (клоза-

Таблица 1

Этапы реабилитационной программы

Первый этап

3 лечебных отделения для пациентов с хроническими резистентными к терапии расстройствами, склонных к совершению опасных действий в условиях больницы (всего 120 коек)	3 отделения для лечебных и реабилитационных мероприятий (всего 360 коек)
Психофармакотерапия Воспитательная и образовательная работа Режим максимально возможного нестеснения	Психофармакотерапия Психотерапия Психокоррекция Социальная работа Социологический тренинг

Второй этап

3 реабилитационных отделения (всего 135 коек)
Диагностический этап — выявление личностных особенностей у пациентов, помощь в адаптации к новым условиям и формирование мотивации к преодолению проблем Основной этап — групповые и индивидуальные занятия в группах, социологический тренинг, групповая сестринская работа Заключительный этап — занятия в психотерапевтических группах и группах личностного роста

пин, рисперидон, оланзапин), антидепрессанты (миртазапин и миансерин), препараты тимостабилизирующего действия (карбамазепин и соли лития), ноотропы.

Психотерапия рассматривается как необходимая целеобразующая для пациентов и персонала часть комплексного лечения, в том числе, и особенно, пациентов с синдромом зависимости. Психотерапия используется во всех отделениях больницы с учетом состояния их материально-технической базы, но наибольшее развитие она получает в реабилитационных отделениях.

Этапы реабилитационной работы не являются застывшими, их терапевтические компоненты подбираются в зависимости от клинического состояния и индивидуальных особенностей пациента.

В основе психосоциальной реабилитации пациентов в реабилитационных отделениях лежит практически полный отказ от применения медикаментозных средств.

Освобождение от наркотической зависимости происходит на основе “возвращения свободы жизненных ориентиров” с использованием так называемой программы духовного роста “12 шагов”, которая была разработана в конце 1930-х годов бывшими пациентами с зависимостью от наркотиков или алкоголя. Опыт показывает, что при освоении данной программы самопомощи пациентов привлекает четкость сформулированных “шагов”, каждый раз вновь осмысливаемых на регулярных собраниях “Анонимных алкоголиков” (АА) и “Анонимных наркоманов” (АН).

Используется также Миннесотская модель лечения и профилактики зависимости, созданная в конце 1940-х годов и представляющая, в отличие от программы самопомощи, профессиональный подход к решению проблемы с использованием достижений психологии, психиатрии и социальной работы.

Принципы работы персонала реабилитационных отделений базируются на отрицании авторитарности, манипулирования лицами, составляющими группу. В группе отсутствует традиционное противопоставление врач пациент. Персонал сотрудничает с пациентами. Базовой является совместная работа специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов, социальных работников, медицинских сестер) и консультантов (выздоровливающих пациентов или пациентов, которые уже прошли лечение и имеют определенный опыт трезвой жизни).

Специалист, используя свои профессиональные знания, совместно с пациентом проводит работу по выявлению и поиску путей решения проблем, обеспечивает индивидуальный подход и способствует активизации личностных качеств пациента и системы ценностных ориентаций. Консультант делится с находящимися на лечении в ПБСТИН пациентами своим опытом выздоровления, познания своих чувств, управления своим поведением, а также умениями и навыками воздержания.

Психосоциальные факторы, способствующие созданию терапевтической среды

Большинство пациентов ПБСТИН характеризуется личностными особенностями, в формировании которых помимо генетических или органических факторов, несомненно, важную роль играют социальные факторы (воспитание, образование, опыт длительного пребывания в местах лишения свободы и др.) Цель их психосоциальной реабилитации в условиях ПБСТИН после редукции признаков активного течения болезни заключается в том,

чтобы активизировать те ресурсы личности, которые позволяют сгладить или уменьшить приобретенные в связи с болезнью или в период пребывания в неблагоприятных жизненных условиях стереотипы поведения.

Исходя из этого создание реабилитационных структур в ПБСТИН осуществлялось путем организации и последовательной реализации ряда мероприятий.

Общее направление продвижения пациентов по пути психосоциальной реабилитации практически представлено как их движение от приемного отделения к выписке через этапы пребывания в лечебном и реабилитационном отделениях, каждое из которых, кроме общего для них психотерапевтического подхода к пациентам, имеет свою специфику. В одном из них, например, практикуется воспитательная и образовательная работа с пациентами, в течение многих лет работает вечерний филиал одной из городских общеобразовательных школ с ежегодным выпуском 15—20 чел. со свидетельством о среднем или неполном среднем образовании. В отделении для осуществления лечебных и реабилитационных мероприятий акцент делается на трудовую терапию, профессиональную ориентацию. В реабилитационном отделении первоочередное внимание уделяется психосоциальной реабилитации пациентов с синдромом зависимости.

Отделение расположено на двух этажах. На верхнем этаже жизнь пациентов проходит в соответствии с режимом больницы для принудительного лечения, нижний специально спланирован и оборудован для проведения реабилитационных мероприятий.

Обычный день для пациентов реабилитационного отделения начинается с так называемой *утренней психологической гимнастики* под руководством психолога. Периодически ее проводят некоторые из наиболее подготовленных пациентов. Так называемая *утренняя группа свободного общения* помогает всем пациентам, желающим посещать ее, свободно высказываться и совместно решать какие-либо насущные психологические проблемы. В первой половине дня идут групповые занятия разной направленности: врачи-психотерапевты проводят занятия в психотерапевтических группах, психологи — групповые тренинги, медицинские сестры помогают психологам вести тренинги, направленные на активизацию и сплочение пациентов, их побуждение к взаимодействию в коллективе. Широко используются ролевые игры, дающие возможность пациентам научиться решать конкретные ситуационные задачи.

Вновь поступающие в отделение пациенты проходят психологическое обследование, по результатам которого направляются в ту или иную уже сформированную или вновь создающуюся психотерапевтическую или психокоррекционную группу.

Первый этап групповых занятий — работа с врачом-психиатром. В группах, с согласия пациентов, подробно разбираются проявления и течение психического заболевания и особенности употребления ПАВ у каждого из них.

Второй этап — психокоррекционная работа с психологами индивидуально или в группах с целью “активизации внутренних ресурсов”, выработки навыков общения и взаимодействия.

По прошествии этих этапов пациентам предоставляется возможность посещать психотерапевтические группы и группы личностного роста.

Кроме групповых занятий практически со всеми пациентами проводятся индивидуальные беседы, направ-

ленные на осознание ими своих личностных проблем и сложностей в межличностном общении, трудностей адаптации в обществе, а также на активный поиск путей преодоления этих трудностей.

В отделении оборудованы: компьютерный класс, в котором установлено 7 компьютеров, современная кухня с электрооборудованием, где для желающих организуются занятия по обучению приготовлению пищи, выпечка к праздникам и дням рождения, столярная и художественная мастерские, видеозал, библиотека, спортивный зал. В свободное от перечисленных занятий время в видеозале проводится совместный просмотр телепередач и тематических видеофильмов.

По пятницам на общих собраниях пациентов и всего персонала обсуждаются и решаются вопросы жизни и быта отделения. Ведущими являются не только представители персонала, но и пациенты, избранные в совет самоуправления. Совет состоит из пяти человек, выбирается общим собранием пациентов сроком на 3 мес. В функции совета входят помощь пациентам в разрешении их бытовых и межличностных отношений, поддержание порядка в отделении и помощь вновь поступившим пациентам в их адаптации к новой среде.

После собрания проводятся совместные чаепития, куда приглашаются все сотрудники отделения, пациенты и гости. Это позволяет в условиях неформального общения найти пути преодоления недоверия между персоналом и пациентами, способствует взаимопониманию.

Организована группа пациентов, которая проводит концерты и другие мероприятия, например приуроченные к различным датам, для всего персонала и пациентов больницы. В организации праздников участвуют члены городской группы АА и АН.

Проводятся различные спортивные турниры: по теннису, шахматам, шашкам, волейболу. В библиотеке учет, хранение и выдача книг осуществляются пациентами. В столярных мастерских изготавливается и ремонтируется мебель, здесь же занимаются резьбой и выжиганием по дереву. В отделении организована постоянная выставка произведений живописи и графики пациентов.

В компьютерном классе обучаются навыкам работы с компьютером.

Построение работы отделения, направленное на формирование терапевтического сообщества, имеет целью не только создание в нем благоприятного психологического климата, но также достижение оптимального соотношения и дозирования медикаментозного лечения и психотерапии при условии соблюдения принципа практически постоянной занятости пациентов в период их пребывания в отделении.

Кроме освоения общей программы психосоциальной реабилитации для пациентов с синдромом зависимости предусмотрены занятия по программе "12 шагов", которые проводятся спонсорами-волонтерами из городских групп АА и АН. Для этих пациентов организуется также работа в общих группах встреч "Зеркало", а также углубленная проработка "шагов" в малых группах.

Обязанности членов терапевтической бригады

В отделении работают врачи-психиатры и психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники, медицинские сестры, санитары.

Врач-психиатр осуществляет медикаментозное лечение и совместно с врачом-психотерапевтом координирует психотерапевтическую работу, обеспечивает консультации с врачами других специальностей.

Врач-психотерапевт, при необходимости принимая решения совместно с лечащим врачом-психиатром, проводит индивидуальную и групповую психотерапию в рамках лечебных реабилитационных программ, формируя адекватное отношение у пациентов к своим психологическим проблемам.

Психолог проводит психологическую диагностику, индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, координируя свою работу с врачами и социальными работниками.

Социальный работник, по согласованию с врачами отделения, помогает пациенту в решении социальных вопросов, является его помощником по установлению контактов с социальными службами и в рамках программы АА и АН, добываясь социальной реабилитации пациента, открывая и делая для него доступным социальное пространство. В задачи социального работника входят формирование у пациента правильного отношения к правам и обязанностям гражданина и помощь в преодолении возникающего у пациента чувства одиночества и заброшенности.

Медицинская сестра отвечает за выполнение врачебных назначений, осуществляет наблюдение за психическим и соматическим состоянием пациентов, обеспечивает их участие в процессе активного труда и отдыха. Вместе с социальным работником она ответственна за социальную реабилитацию больных.

Санитары выполняют обязанности по уборке отделения. По заданию врача и медицинской сестры участвуют в обеспечении активизирующих программ.

В целях осуществления бригадной формы работы используется широкая программа повышения квалификации всех профессионалов, занятых в лечебно-реабилитационном процессе. Предпочтение отдается социально-психологическому тренингу всех членов бригады. Ежегодно проводятся циклы занятий по поведенческой терапии и социальному тренингу для врачей, психологов и среднего медицинского персонала. Занятия по 50-часовой программе ведут сотрудники кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова. Планируется обучение специалистов методологии ведения реабилитационных программ.

Реализация программы психосоциальной реабилитации

Наш опыт работы подтвердил ошибочность мнения о том, что строгая изоляция от общества лиц с психическими расстройствами полезна для них. Изоляция усугубляет социальную дезадаптацию, вызванную болезнью, сохраняет у пациентов их предрасположенность к совершению ООД, сужает границы их ответственности за свое поведение, поддерживает склонность к самооценке в качестве жертвы обстоятельств, собственной слабости, ограничивает жизненное пространство и ценности. В этих условиях планы пациента на будущее, как правило, надолго оказываются аморфными и недостаточно мотивированными. Пациент, не справляющийся с проблемами реальной жизни, в традиционных условиях психиатрической больницы находится во власти обстоятельств, где набор поведенческих ролей невелик и предсказуем, требования к нему как члену общества однозначно сформулированы. Под действием перечисленных факторов у пациента актуализируются все проблемы, осознание которых прежде блокировалось болезнью или употреблением ПАВ.

Создание благоприятного психологического климата и терапевтического сообщества предполагает выполнение ряда программных мероприятий.

Получение пациентом знаний о своей болезни с целью адекватного восприятия ее проявлений.

Предоставление пациенту возможности правильно оценивать свое состояние с целью своевременного обращения к врачу.

Формирование у пациента мотивации к изменению прежнего образа жизни.

Преодоление прежних поведенческих стереотипов, приобретение и закрепление новых.

Приобретение навыков решения личностных проблем.

Восстановление утраченных навыков общения и обучение новым.

Улучшение и восстановление утраченных родственных связей.

Воспитание адекватного отношения к поддерживающей терапии.

Для создания терапевтического сообщества необходимо выполнение следующих условий:

плановое проведение социально-психологических тренингов для персонала;

проведение групповых и индивидуальных психотерапевтических и психокоррекционных занятий;

выполнение пациентами правил внутреннего распорядка;

создание совета самоуправления;

проведение еженедельных совместных с персоналом собраний пациентов с обсуждением путей разрешения проблем, в том числе персональных;

наличие утвержденных советом самоуправления графиков уборки помещений отделения;

выборность и назначение из числа пациентов ответственных за порядок и сохранность инвентаря в компьютерном классе, библиотеке отделения, видеозале, спортивном зале, столярной мастерской, буфете;

издание стенной газеты и тематических стендов;

проведение совместных для пациентов и персонала праздников.

При переводе пациента в реабилитационное отделение обязательно его информирование о его правах и обязанностях, возможных трудностях, назначении отделения. При первом знакомстве с отделением пациент получает подробный инструктаж о внутреннем распорядке и самоуправлении в отделении, о путях реализации реабилитационной программы.

Подготовительный этап психосоциальной реабилитации начинается с приходом пациента в отделение. В новой для него среде (терапевтическом сообществе) у пациента начинается внутренняя (вначале не осознаваемая) работа по преодолению прежних, связанных с криминальным прошлым стереотипов поведения. В этой работе ему помогают персонал и пациенты, уже прошедшие определенный путь реабилитации. Задачей персонала является помощь в показе пациенту “другой”, лучшей, общепринятой стороны жизни. Персонал отделения должен заинтересовать его проводимой совместно с ним работой, выработать у него мотивацию к участию в ней. Много времени на данном этапе занимает диагностическая работа, которую проводят психологи. Психологическая гимнастика помогает снимать стресс, связанный с новыми условиями

жизни, снимает у пациента опасения и тревогу, активизирует его. Групповые занятия, проводимые медицинскими сестрами, представляют для пациента первый опыт участия в групповой работе, снижают остроту проблемы утраты коммуникации в “здоровой” среде. Регулярные индивидуальные беседы врачей с пациентами направлены на ознакомление их с проявлениями болезни, создание у них заинтересованности в групповой работе, их ориентацию на решение текущих проблем.

Основной этап психосоциальной реабилитации включает в себя групповые и индивидуальные занятия. Одна из форм — работа во врачебной группе. С каждым членом группы обсуждаются особенности его заболевания, оговариваются способы разрешения конфликтных ситуаций. С помощью врача или психолога подыскивается наиболее приемлемый способ решения проблемы. Одной из задач работы группы является развитие навыков общения. Для этого проводятся упражнения разной направленности, в том числе на “отслеживание” проявлений собственных эмоций и чувств. Пациенты обучаются оценивать свое состояние. У них снижаются барьеры психологической защиты. В ходе работы в группе у пациентов начинают выявляться личностные проблемы, у них возникает много вопросов, для решения которых организуется индивидуальная работа с врачами и психологами. Во время работы в группе периодически проводится психологическое тестирование, данные которого используются для коррекции терапии.

План-схема психотерапевтической врачебной группы

Занятия проводятся 2 раза в неделю, продолжительность 1,5—2 ч с 10-минутным перерывом. В работе используются результаты психологического тестирования и видеоматериалы. Всего 38—44 занятия.

1. Знакомство. Беседа. — 1 занятие.

2. Выработка правил групповой работы. Обсуждение. — 1 занятие.

3. Межличностные взаимоотношения. Контакты вербальные, невербальные. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.

4. Беседа о работе мозга и его патологии. Обсуждение. — 2 занятия.

5. Личное видение своих болезненных проявлений. Обсуждение. — 1 занятие.

6. Лечение — виды лечения. Обмен опытом больных, получивших лечение в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь. — 1 занятие.

7. Органы чувств. Восприятие (зрение, слух и др.). Их роль в получении информации. Упражнения. Обсуждение. — 5—6 занятий.

8. Эмоции — определение. Упражнения. Обсуждение. — 10—12 занятий.

9. Агрессия — определение, виды, пути ее трансформации. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.

10. Чувства — определение. Упражнения. Обсуждение. — 12—14 занятий.

11. Заключение. Подведение итогов. — 1 занятие.

После окончания работы во врачебной группе пациент переходит в группу психологического тренинга. Ее задачи — развитие самопознания путем снижения барьеров психологической защиты и устранения неискренности на личностном уровне; постижение эффективных межличностных взаимодействий; овладение умением распознавания индивидуальных и групповых проблем и др. В групповой работе используются психологические диагности-

ческие тесты и тесты самодиагностики, элементы арт-терапии. Участники получают необходимую психологическую информацию и приобретают навыки успешного общения, такие, как коммуникация чувств, активное слушание и конфронтация. В ходе тренинга пациенты лучше осознают собственные и чужие потребности, расширяют диапазон своих поведенческих возможностей, становятся более подготовленными к решению жизненных проблем, вырабатывают адекватную самооценку и становятся более восприимчивы к чувствам других людей. Дополнением к тренингу является индивидуальная коррекционная работа для проработки выявившихся личностных проблем.

Если вследствие выраженной замкнутости или недоверия к окружающим, индивидуальных особенностей работа в группе вызывает у пациента затруднения, с ним проводится индивидуальная работа психологом или врачом с учетом его личностных характеристик и принятия им куратора. У пациента снижается чувство тревоги, напряжения и вырабатывается мотивация к групповой работе. В некоторых случаях эта индивидуальная работа оказывается единственно возможной.

План-схема социотерапевтической психологической группы “Основы конструктивного общения”

Занятия проводятся 2 раза в неделю, продолжительность 1,5–2 ч с 10-минутным перерывом. В работе используется психологическое тестирование (типы и уровень агрессивности, тест Томаса — стратегия поведения в конфликте), исследование самооценки, методика оценки коммуникативных и организаторских склонностей и видеоматериалы. Всего 73 занятия.

Раздел I. Введение в практическую психологию общения.

1. Формирование позиции взаимодействия на занятиях. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.
2. Межличностное взаимодействие. Упражнения. Обсуждение. — 5 занятий.
3. Рефлексия. Упражнения. Обсуждение. — 3 занятия.

Раздел II. Получение и расширение знаний о человеке, его психике.

1. Человек. Сферы психической деятельности. Здоровая психика, ее критерии. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.
2. Отклонения здоровой психики. Психическая болезнь и состояния. Аутодиагноз. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.

Раздел III. Невербальное общение и проблема эмоционального самовыражения.

1. Пространство и его организация в межличностном общении. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.
2. Эмоции и чувства. Упражнения. Обсуждение. — 6 занятий.
3. Самопомощь в ситуациях эмоционального дискомфорта. Упражнения. Обсуждение. — 3 занятия.

Раздел IV. Вербальное общение.

1. Слушание. Упражнения. Обсуждение. — 4 занятия.
2. Искусство полемики. Упражнения. Обсуждение. — 6 занятий.

Раздел V. Технология общения.

1. Этапы процесса общения. Упражнения. Обсуждение. — 6 занятий.

2. Роль личностных особенностей в процессе общения. Упражнения. Обсуждение. — 3 занятия.

3. Помехи в общении. Упражнения. Обсуждение. — 6 занятий.

Раздел VI. Общение в конфликте.

1. Конфликт и его диагностика. Упражнения. Обсуждение. — 6 занятий.
2. Стратегия сотрудничества в конфликте. Упражнения. Обсуждение. — 3 занятия.
3. Посредничество в конфликте. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.

Раздел VII. Основные стили общения.

1. Конвекциональный стиль общения. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.
2. Примитивный стиль общения. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.
3. Манипулятивный стиль общения. Упражнения. Обсуждение. — 3 занятия.
4. Актуализированное общение. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.
5. Духовное общение. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.

Раздел VIII. Общение в семье.

1. Общение в семье. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.
2. Семья как система. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.

Раздел IX. Заключительные занятия.

1. Общение в экстремальной ситуации. Упражнения. Обсуждение. — 2 занятия.
2. Заключительное занятие. Упражнения. Обсуждение. — 1 занятие.

Дополнительно проводятся занятия по арт-терапии, тематическому рисунку под аккомпанемент классической или “релаксационной” музыки. — 6 занятий.

Дополнительно проводятся тематические беседы:

1. Агрессия и агрессивность. — 2–3 занятия.
2. Потребности и ценности (пирамида потребностей Маслоу). — 2 занятия.

План-схема работы сестринской группы

В основной этап психосоциальной реабилитации входит групповая сестринская работа с пациентами, у которых были отмечены сложности (срывы) в работе во врачебных группах, неготовность к углубленной индивидуальной работе с психологом. Сестринские группы проводятся медицинской сестрой совместно с врачом и психологом. Здесь также осуществляется психологическое тестирование, например используются тесты самоанализа, необходимые для коррекции проводимой терапии.

Занятия проводятся 2 раза в неделю, продолжительность 1,5–2 ч с 10-минутным перерывом. В работе используются психологическое тестирование и видеоматериалы. Всего 80 занятий.

1. Знакомство. Беседа. — 1 занятие.
2. Выработка правил групповой работы. Обсуждение. — 1 занятие.
3. Формирование и развитие умений, навыков и установок эффективного общения. Упражнения. Обсуждение. — 10 занятий.

4. Развитие чувствительности к восприятию окружающего мира, психологических явлений, в первую очередь, других людей и самого себя. Упражнения. Обсуждение. — 30 занятий.

5. Тренинг креативности, в частности гибкости, оригинальности мышления, толерантности, способности к разрешению проблемных задач и ситуаций. Упражнения. Обсуждение. — 40 занятий.

Заключительный этап психосоциальной реабилитации.

В основном проведение работы возлагается на пациентов, успешно прошедших предыдущие этапы психосоциальной реабилитации. Они посещают психотерапевтические группы и группы личностного роста. Существенными элементами является работа в совете самоуправления и ведение “утренней группы свободного общения”. Работа пациентов и на этом этапе находится под контролем всех сотрудников отделения.

План-схема работы группы личностного роста

Для более продуктивного общения и жизни в социуме пациенту следует глубже понять себя как индивидуальность, как человека, который многим отличается от других. Главное — принять себя таким, каков ты есть сегодня, со всеми слабостями и недостатками. Только откровенно признав их и одновременно поняв свои сильные стороны, можно двигаться вперед.

Гуманистическая идея тренинга заключается в том, чтобы не “ломать” человека, а помочь ему стать самим собой, приняв и полюбив себя, преодолеть стереотипы, мешающие ему жить радостно и счастливо, прежде всего в общении с окружающими людьми.

1. Восприятие себя через отношение с другими, через рассмотрение другого в качестве модели, удобной для анализа. — 6 занятий.

2. Восприятие себя через восприятие другими, через использование информации, предоставляемой окружающими. Механизм “обратной связи”. — 6 занятий.

3. Восприятие себя через результаты собственной деятельности, т.е. через оценку того, что сделал. Механизм самооценки. — 6 занятий.

4. Восприятие себя через наблюдение собственных внутренних состояний, т.е. через осмысление, проговаривание, обсуждение с окружающими своих переживаний, эмоций, ощущений, мыслей. — 6 занятий.

5. Восприятие себя через восприятие собственного внешнего облика и принятие себя таким, каков есть. Развитие себя и своих возможностей. — 6 занятий.

Особенности групповой работы с пациентами с синдромом зависимости

Кроме психологической и психотерапевтической работы на всех этапах психосоциальной реабилитации проводится работа с данной группой пациентов. В ряде случаев она является основной, так как пациенту часто труднее признать себя алкоголиком или наркоманом, чем психически больным человеком, и все психологические проблемы таким образом перенести в плоскость заболевания алкоголизмом или наркоманией. Данную работу под контролем врачей и психологов проводят волонтеры по 12-шаговой программе АА и АН.

Групповая работа состоит из двух этапов: первый — большие группы, второй — малые.

План-схема работы большой группы

Занятия проводятся 2—3 раза в неделю, продолжительность 1,5—3 ч с 10-минутным перерывом. В работе используются психологическая литература и видеоматериалы, письменная работа пациентов (“домашние задания”), аудиоматериалы, лекции. Работа больших групп строится по принципу открытых групп. В ней могут участвовать начинающие пациенты с целью ознакомления с программой, получения необходимой информации. В так называемых спикерских группах они могут познакомиться с людьми, уже имеющими опыт воздержания (трезвости, выздоровления). Спикерские группы проводятся волонтерами из городских групп АА и АН, в том числе бывшими пациентами больницы. Официально зарегистрирована и работает группа “Зеркало”.

План-схема работы малой группы по 12-шаговой программе АА и АН

Занятия проводятся 2—3 раза в неделю, продолжительность 1,5—3 ч с 10-минутным перерывом. В работе используются программная литература и видеоматериалы, письменные работы пациентов (“домашние задания”), аудиоматериалы. Цель работы в предоставлении пациенту возможности:

1) самому себе поставить диагноз алкоголизма или наркомании, понять, что невозможно употреблять ПАВ и не иметь последствий. — 1-й шаг;

2) убедиться в возможности и необходимости получить помощь со стороны таких же “выздоровляющих алкоголиков и наркоманов”, работающих по программе 12 шагов. Принцип “Бессилен, но не беспомощен”. — 2-й шаг;

3) допустить, что в жизни существует более могущественная сила, чем его зависимость от ПАВ, найти эту “высшую силу” и поручить ей свою жизнь. — 2—3-й шаг;

4) исследовать и проанализировать истинные причины своего алкоголизма или наркомании, дефекты характера, поведения, моральных и нравственных принципов;

5) создать мотивацию дальнейшей работы по программе 12 шагов с целью изменения своего поведения, себя и своей жизни.

Работа в малой группе ведется углубленно и включает в себя:

работу с чувствами. Дневник чувств. Выравнивание чувств. Обратную связь;

прописывание и прочтение на занятии в группе “домашних заданий”.

В осуществлении психосоциальной реабилитации участвуют священнослужители, которые помимо проведения службы для всех пациентов в индивидуальном порядке помогают некоторым из них снять психологическое напряжение, в том числе возникающее в период работы в группе.

Исходя из сравнительно небольшого опыта работы больницы с использованием описанных выше технологий, можно определенно утверждать, что используемые в ходе лечения наиболее тяжелого психиатрического контингента лиц методы сочетания психофармакотерапии и психотерапии коренным образом меняют облик учреждения, позволяют в значительной мере увеличивать степень участия “человеческого фактора” в построении системы психосоциальной реабилитации. Тому, как оценить эффективность такого рода помощи, каковы должны быть кри-

терии оценки этой эффективности, включая аспект снижения риска рецидива криминального поведения пациента, должно быть посвящено специальное исследование.

Одна из важнейших и чрезвычайно трудно решаемых задач — осуществление принципа преемственности на пути психосоциальной реабилитации пациентов с зависимостью от ПАВ. Особенно это актуально для тех из них, кто находится на стационарном принудительном лечении, так как последнее даже в самых благоприятных условиях не позволяет использовать весь комплекс мер, способствующих социальной адаптации. Тем не менее, в больнице предпринимаются усилия по налаживанию контактов с другими учреждениями: психиатрическими стационарами с менее интенсивным режимом наблюдения, куда переводится часть пациентов больницы, психоневрологическими диспансерами, наркологическими центрами, различными общественными организациями, занимающимися вопросами лечения лиц с синдромом зависимости. С этой целью на базе реабилитационного отделения проводятся конференции, совещания, дни открытых дверей для администраторов и специалистов психоневрологических учреждений Санкт-Петербурга и других обслуживаемых больницей субъектов Российской Федерации. Сотрудники больницы являются постоянными участниками проводимых в Санкт-Петербурге научно-практических мероприятий по вопросам оказания наркологической помощи. Одним из примеров решения проблемы преемственности в лечении психически больных пациентов с синдромом зависимости от ПАВ является взаимодействие больницы с негосударственным реабилитационным центром «Дом Надежды на Горе», уже более 10

лет функционирующим в Санкт-Петербурге. Некоторые пациенты, успешно прошедшие программу психосоциальной реабилитации в больнице, после выписки на амбулаторное лечение направляются в этот центр.

Список литературы

1. Ванчакова Н.П. Психиатрия консультирования и взаимодействия: концепции, практика и психофармакологические возможности// Интегративная медицина. Новое содержание и перспективы развития. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Санкт-Петербург, 2002. — С. 29—32.
2. Д.Е. Мерсер, Д. Вуди. Индивидуальное консультирование наркозависимых. — Варшава, 2001. — 63 с.
3. Зыков О.В., Цетлин М.Г. Духовно-ориентированные методы лечения наркологических заболеваний// Лекции по клинической наркологии. — М., 1995. — С. 207—209.
4. Иванец Н.Н. Наркология — предмет и задачи НАН// Там же. — С. 12.
5. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. — М., 2000. — 436 с.
6. Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности наркологических заболеваний // Психиатрия и общество. Сб. научных работ, посвященный 80-летию ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Москва, 5—7 декабря 2001г. — М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 2001. — С. 64—73.
7. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. — СПб., 1998. — 232 с.
8. Казаковцев Б.А. Организация реабилитационного процесса при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи// XIII съезд психиатров России: Материалы. — М., 2000. — С. 17—18.
9. Рубина Л.П., Незнанов Н.Г. Фармакоэкономические аспекты терапии психических заболеваний// Региональная научно-практическая конференция психиатров Северо-Запада России: тезисы докладов. — СПб., 2002. — С. 4.
10. Рудестам К. Групповая психотерапия. — М., 1993. — С. 43.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH ADDICTION SYNDROME RECEIVED FORCED TREATMENT IN PSYCHIATRIC CLINIC

KAZAKOVCEV B.A. Dr.med.sci., Professor, Senior psychiatrist of Russian Federation Health Ministry, Moscow
 STJAZKIN V.D. Chief Doctor of specialized psychiatric clinic with intensive inspection, Sankt-Peterburg
 TARASEVITCH L.A. vice-chief Doctor of specialized psychiatric clinic with intensive inspection, Sankt-Peterburg

The experience of rehabilitation course with addict patients, whose received forced (unvoluntary) treatment in connect with court decision is described. Rehabilitation programme was approbated during 4 years in Sankt-Peterburg psychiatric hospital with special intensive inspection on drug addict patients who has high risk to social dangerous actions. The practical recommendations for optimal therapeutical midst organization are presented.