

## Опыт работы реабилитационного отделения для больных алкоголизмом Пензенской областной наркологической больницы (2005—2009 гг.)

ШЕВЦОВА Ю.Б.

к.м.н., старший научный сотрудник ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава», Москва

УТКИН Ю.А.

гл. врач ГУЗ «Областная наркологическая больница» Пензенской области

САРАЙКИНА С.И.

клинический психолог ГУЗ «Областная наркологическая больница» Пензенской области

СОРОКИНА Н.Ю.

психолог, младший научный сотрудник ФГУ «Государственный научный центр

социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава»

АВЕРКОВА Е.И.

врач психиатр-нарколог, зав. наркологическим и реабилитационным отделениями

ГУЗ «Областная наркологическая больница» Пензенской области

*Реализуемая программа относится к разряду долгосрочных (период реабилитации от 10 мес.) и предусматривает первоначальное пребывание больных в условиях круглосуточного стационара с изоляцией от внешнего окружения, а затем — в условиях, сходных с дневным стационаром. В программу включаются пациенты областной наркологической больницы с алкогольной зависимостью, после активной мотивации высказавшие намерение пройти курс реабилитации. Это, как правило, лица с многолетним безремиссионным течением алкоголизма, самым низким реабилитационным потенциалом и слабым уровнем социального функционирования. После прохождения разработанной программы у этой неблагоприятной категории больных ремиссии длительностью свыше года отмечаются более чем в 55% случаев, что существенно выше, чем в аналогичной группе пациентов, не проходивших реабилитацию. К позитивным результатам, кроме собственно воздержания от алкоголя, относится восстановление социального функционирования. Ключевые слова: алкоголизм, реабилитация, патерналистский подход, эффективность*

### Введение

**В** последние годы в отечественном здравоохранении, в том числе и в наркологии, активно развивается новое направление — *реабилитология* [1, 4, 9]. Реабилитация в наркологии — это сложная система комплексного воздействия, направленная на возможно более полное восстановление физического, психического и духовного здоровья зависимого больного, его личностного и социального статуса, способности полноценно функционировать в обществе без употребления психоактивных веществ [5—8]. Мероприятия, проводимые на разных этапах реабилитации, существенно различаются и определяются как изменяющимися клиническими параметрами наркологического заболевания, так и иными факторами [2, 3]. Для больных наркоманией разработаны четкие стандарты реабилитации (протоколы «Реабилитация больных наркоманией», утвержденные приказом Минздрава №500 от 22.10.2003), но для лиц с алкогольной зависимостью они пока отсутствуют.

Как известно, у больных алкоголизмом с длительностью заболевания свыше 10—15 лет и низким уровнем социального функционирования применение одних только лечебных мероприятий чаще всего не позволяет добиться удовлетворительного восстанов-

ления всех сфер жизнедеятельности. Такие больные нередко полностью десоциализируются из-за невозможности прекратить злоупотребление алкоголем, потери работы, жилья, семейных связей, смысла жизни и являются, по сути, бременем для государственного бюджета. Адекватное лечение, долгосрочная медико-психологическая реабилитация и ресоциализация этого сложного контингента позволяют как повысить качество их жизни, так и в конечном итоге снизить затраты общества на их содержание. Эффективность лечебно-реабилитационного процесса зависит от таких взаимосвязанных составляющих, как четко обозначенные цели, задачи, принципы, дифференцированность и достаточная длительность программы, правильная организация лечебно-реабилитационной среды, четкость технологий, достаточное материально-техническое обеспечение, квалифицированные кадры, постреабилитационная психологическая и социальная поддержка больных [10].

### Общие вопросы организации реабилитационного отделения

В результате структурных преобразований Пензенской областной наркологической больницы 1 января 2005 г. открылось реабилитационное отделение.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

Была пересмотрена концепция построения единого лечебно-реабилитационного процесса, а реализация разработанной модели предполагала прохождение пациентами определенных этапов терапии и реабилитации. Основные акценты были сделаны на преемственности в деятельности структурных подразделений и на системности оказания комплексной помощи больным алкоголизмом. Начальные этапы реабилитации проходили в специально созданной для личностного восстановления среде, в которой целенаправленно реализовывалось как медико-социальное, так и личностно-духовное воздействие, включая систему ответственности и психологической поддержки, контроля, поощрения и порицания. Усилия специалистов были направлены на максимально возможную коррекцию мировоззрения, нозологически измененной аффективной сферы, устойчивой системы латентных негативных мотивов, усвоенных стереотипов девиантного поведения, периодически обостряющегося патологического влечения к алкоголю, а также на постоянное стимулирование конкретной социально приемлемой деятельности. Из механизмов психологического и социального воздействия использовались прямое внушение, убеждение, подражание и индуцирование.

За 2005 г. прошли реабилитационную программу 45 больных алкоголизмом, в 2006 г. — 59 чел., в 2007 г. — 68 чел., в 2008 г. — 54 чел. (всего 226 чел.); 59 чел. (26,1%) поступали на реабилитацию повторно, после срывов ремиссии. Средний возраст больных — 46,4 года (от 18 до 62 лет), длительность прохождения реабилитационной программы — от 10 до 15 мес. Всем реабилитантам был поставлен диагноз *синдром зависимости от алкоголя, 2-я стадия* (138 чел.) или *2—3-я стадия* (88 чел.).

Отделение находилось в 50 км от города на круглосуточно охраняемой территории психиатрической больницы, в отдельном здании. На этой территории, кроме корпусов больницы, расположены хозяйственные постройки, котельная, маленькая мебельная мастерская, садово-огородное и небольшое животноводческое хозяйство (все подразделения созданы исключительно для своих нужд).

На реабилитацию принимались больные алкоголизмом, прошедшие детоксикацию и комплексное медикаментозное и психотерапевтическое лечение в наркологическом стационаре в течение месяца. Лечение и реабилитация осуществлялись в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ №140 от 28.04.1998 «Об утверждении стандартов (моделей протоколов) диагностики и лечения наркологических больных» с некоторыми необходимыми дополнениями в рамках программы, разработанной совместно с ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского Росздрава».

В период курса стационарного лечения, который длился около месяца, врач и психолог проводили активную мотивацию пациентов на прохождение курса реабилитации. Далее психиатр-нарколог, клинический психолог, социальный работник и инструктор по труду оценивали реабилитационный потенциал больного (высокий, средний, низкий) на основании суммы таких показателей, как семейное положение, образование, наличие или отсутствие постоянной работы, постоянного места жительства, хронических соматических заболеваний, увлечений, не связанных с алкоголем, поддержки родственников и близких людей, критики к алкогольной зависимости и других. На участие в программе реабилитации соглашались, как правило, больные с недостаточным социальным функционированием, с утраченными трудовыми на-

Таблица 1

Первичная оценка реабилитационного потенциала (РП)

Вопросы / Ответы	ДА	НЕТ
Неотягощенная наследственность	1	0
Нормальное психическое и физическое развитие	1	0
Стабильное семейное положение	1	0
Высшее или среднее специальное образование	1	0
Наличие постоянной работы	1	0
Наличие "безалкогольных" интересов	1	0
Девиантное поведение отсутствует	1	0
Без интеллектуально-мнестического снижения	1	0
Морально-этическое снижение отсутствует	1	0
Критическое отношение к своему заболеванию	1	0
Примечание: 0—3 балла — низкий РП; 4—6 баллов — средний РП; 7—10 баллов — высокий РП		

выками, многие к этому моменту не имели работы, семьи, жилья и необходимых документов. Им были в значительной мере свойственны разочарованность в жизни, внутренняя опустошенность, клишированное использование деструктивных психологических защит, неприятие для себя определенных конвенциональных норм, иждивенческий или асоциальный образ жизни. Соотношение больных с низким и средним реабилитационным потенциалом (табл. 1) примерно 4:1, с высоким — не было ни одного человека.

На основании заключений специалистов разрабатывался соответствующий индивидуальный план мероприятий, который согласовывался с пациентом, что позволяло усилить психотерапевтическую значимость этого шага и повысить ответственность самого больного за его реализацию. Зачисление на реабилитационный курс происходило после полного информирования о правилах нахождения в реабилитационном отделении, с собственноручным написанием заявления. Заводилась и в дальнейшем тщательно поэтапно заполнялась «Индивидуальная карта реабилитации». Реабилитация строилась на комплексной основе и включала в себя медико-психологические и социальные мероприятия, проводившиеся с пациентами и их родственниками.

Реабилитанты проживали по 2 чел. в комнате с отдельной кухней и санузелом; выходить за пределы территории больницы запрещалось. Комнаты в любое время суток были не заперты, периодически проводился осмотр личных вещей; обязательным являлось строгое соблюдение распорядка дня. В правила реабилитационного отделения входила спонтанная проверка на содержание алкоголя (экспресс-диагностика по тест-полоскам в слюне). Замеченный в употребле-

нии алкоголя больной немедленно выписывался домой или направлялся в стационар для детоксикации и противорецидивной терапии с последующим возможным возвращением в реабилитационное отделение. Посещения пациентов родными заранее планировались, были редкими и возможными только после проверки передач. Родственники привлекались к совместной психотерапевтической работе с целью коррекции семейных взаимоотношений. На территории всей больницы и реабилитационного отделения и пациентам, и врачам, и обслуживающему персоналу не разрешалось курить и сквернословить. Правила нахождения в реабилитационном отделении: здоровый образ жизни; самообслуживание; коллективная ответственность; взаимопомощь и поддержка; умение поставить интересы коллектива выше собственных; уважение к правилам и традициям отделения, посильный регулярный труд.

Реабилитация проходила в несколько этапов — адаптации, интеграции и стабилизации, каждый из которых имел свои особенности. Полипрофессиональная бригада, в которую входили врач психиатр-нарколог, клинический психолог, социальный работник, инструктор по труду, являлась единой командой с четким распределением обязанностей и зон ответственности. Зачисление на курс, этапная аттестация, перевод с одного этапа реабилитации на другой (табл. 2 и 3), возможность отправки в краткосрочный отпуск и выписка проводились по индивидуально принятому комиссионному решению всей бригады специалистов. В реабилитационном отделении имелась молельная комната, где регулярно отправляла службу православный священник; специально мог быть приглашен мулла.

Таблица 2

## Критерии перехода с этапа адаптации на этап интеграции

Вопросы / Ответы	ДА	НЕТ
Активное участие в реабилитационном процессе	1	0
Отсутствие тревожно-депрессивных переживаний	1	0
Отсутствие суицидальных мыслей и переживаний	1	0
Критичное отношение к заболеванию	1	0
Наличие мотивации к трезвому образу жизни	1	0
Активность на групповых психотерапевтических занятиях	1	0
Соблюдение режима отделения	1	0
Соблюдение рекомендаций специалистов	1	0
Конструктивные межличностные отношения	1	0
Трудовая занятость	1	0
Примечание: 1—3 балла — результат отрицательный; 4—6 баллов — результат сомнительный; 7—10 баллов — результат положительный		

Критерии перехода с этапа интеграции на этап стабилизации

Вопросы / Ответы	ДА	НЕТ
Активное участие в реабилитационном процессе	1	0
Усиление чувства ответственности	1	0
Соблюдение режима трезвости в отпусках	1	0
Эмоциональная адекватность	1	0
Взаимодействие со специалистами (врачом, соцработником, инспектором по труду)	1	0
Участие в общественной жизни	1	0
Создание позитивной модели своей жизни	1	0
Планирование свободного времени	1	0
Трудовая занятость	1	0
Наличие навыков саморегуляции	1	0
Примечание: 1—3 балла — результат отрицательный; 4—6 баллов — результат сомнительный; 7—10 баллов — результат положительный		

Следует отметить, что все специалисты отделения отличались высоким уровнем личностного развития и гуманитарного мировоззрения, что вызывало неизменное уважение и безусловное их принятие больными. Они обладали такими профессионально значимыми качествами, как оптимальное лидерство, милосердие, эмпатия, доброта, отзывчивость, терпение, эмоциональная стабильность, которые весьма способствовали налаживанию доверительных отношений с реабилитантами и успешному решению их социально-психологических проблем. Социальный работник и инструктор по труду хорошо знали местную инфраструктуру, активно взаимодействовали с государственными и частными учреждениями и предприятиями, что позволяло обеспечить оптимальную занятость пациентов реабилитационного отделения, их социальную поддержку и правовую защиту.

С психологической точки зрения, реабилитационная среда была построена не на партнерской основе, как, например, в обществе «Анонимные Алкоголики», а на патерналистской с некоторым патриархальным уклоном. Учитывая значительную степень когнитивного снижения и личностного регресса реабилитантов, их несамостоятельность, зависимость, неустойчивость к воздействию окружающей среды, социальную неграмотность, отсутствие у них до реабилитации не только понятий, но и самих терминов, относящихся к морально-этической области, именно патерналистская модель подходила для данной непростой категории больных в наилучшей степени. Формировавшиеся в закрытой реабилитационной среде позитивные правила и традиции имели особое психотерапевтическое значение.

#### *Этап адаптации*

*Длительность:* от 3 мес.

*Условия:* закрытая реабилитационная среда.

*Основная направленность мероприятий* — медико-психологическая.

*Координатор* — врач психиатр-нарколог.

*Медицинская помощь.* С целью улучшения физического и психического состояния всем пациентам в плановом порядке проводилось поддерживающее медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Из медикаментозных средств могли назначаться противосудорожные, ноотропные, общеукрепляющие средства, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, витамины. При необходимости продолжалось начатое в стационаре лечение сопутствующих соматических заболеваний, например гипертонической болезни, заболеваний желудочно-кишечного тракта, воспалительных процессов бронхов и легких.

*Психологическая помощь.* 2—4 раза в неделю клиническим психологом проводились индивидуальные беседы с недавно поступившими пациентами, во время которых осуществлялись первичная психодиагностика и начальная психокоррекция. Больным помогали обжиться в отделении, привыкнуть к жесткому распорядку дня, к соблюдению гигиенических процедур и планированию времени, к поддержанию чистоты в своей комнате, внутри отделения и на прилегающей территории. В индивидуальном порядке шел анализ способности к общению и восприятию новой информации, внутриличностных противоречий у каждого больного; обязательно проводился разбор происшедших конфликтов, разъяснялись конструктивные пути их разрешения, проходило обучение продуктивному использованию времени. Уделялось внимание

понятиям *жизненные ценности, личная ответственность, духовное возрождение*, которые оказывались для большинства реабилитантов совершенно новыми. Методами прямого внушения укреплялась установка на трезвость, усиливалась мотивация на участие в реабилитационном процессе.

Один раз в неделю проводились занятия в «Школе трезвости», где разъяснялась суть алкогольной зависимости, ее причины у каждого пациента, внушалась надежда на возможность избавления от злоупотребления алкоголем. Психотерапия носила духовно-ориентированный характер. Регулярно демонстрировались тематические художественные и документальные фильмы, которые способствовали как общему развитию, так и привитию морально-нравственных ценностей.

Еженедельно священник служил молебны у иконы Божьей Матери «Неупиваемая чаша», разъяснял фрагменты текста Евангелия, проводил религиозно-нравственные беседы-проповеди, осуществлял таинства крещения, исповеди и причащения для желающих. Тематика проповедей — смысл жизни, борьба добра со злом в человеческой душе, библейское, духовное толкование смысла пьянства и трезвости, понятий *порок и добродетель, грех и страсть*. На молебны и проповеди добровольно ходило большинство реабилитантов, другие церковные таинства посещало около трети, православные праздники отмечали практически все. Принятие религиозных убеждений впоследствии играло значительную роль в предотвращении рецидивов алкогольной зависимости, порой успешно нивелировало личностные нарушения и психологические травмы.

*Социально-трудовая помощь.* Выяснялись трудовые навыки и конкретные профессиональные знания больных, предпринимались меры по восстановлению зачастую потерянной связи с родственниками, собирались сведения о наличии или отсутствии документов (паспорта, страхового полиса, документов на жилплощадь, пенсионного и водительского удостоверений). По мере улучшения соматического состояния пациенты подключались к уборке территории, нетяжелым разгрузочно-погрузочным работам для нужд отделения. Трудовая нагрузка на этом этапе была непродолжительная, умеренной интенсивности, с контролем соматического состояния. Разрешались прогулки, кратковременные работы, не связанные с источником опасности. Пациенты находились под постоянным наблюдением медицинского персонала (врачей, медицинских сестер, психологов) круглые сутки.

#### *Этап интеграции*

*Длительность* — 5—7 мес.

*Условия:* закрытая и полужакрытая реабилитационная среда.

*Основная направленность мероприятий* — социально-психологическая.

*Координатор* — клинический психолог.

Объем *медицинской помощи* на этом этапе сужался. Медикаментозной коррекции могли потребовать астенические, аффективные и поведенческие расстройства, обострение патологического влечения к алкоголю, а также соматические заболевания. Перед краткосрочными отпусками в течение недели назначались средства, сенсибилизирующие организм к алкоголю.

Акценты *психологической помощи* смещались на групповую дискуссионную и тренинговую работу, но при необходимости проводилась и индивидуальная психотерапия. Клиническим психологом использовались методы рациональной, духовно-ориентированной и суггестивной терапии, гештальт-терапии, психодрамы, ароматерапии, нейролингвистического программирования, арт-терапии. Предметами для обсуждения служили объединение жизненного опыта человека единым смыслом, позитивное отношение к общепринятым нормам социальной жизни, коррекция морально-этической и духовной сфер личности, поиск конструктивного взаимодействия с окружающими, распознавание и разграничение полезного и бесполезного — саморазрушающего поведения. Обговаривались конкретные проблемы прохождения реабилитации, разъяснялось непонятое или понятое неверно, шло обучение оказанию поддержки друг другу и вновь прибывшим, формировались навыки здорового образа жизни, полностью отсутствовавшие у большинства пациентов. Все реабилитанты в соответствии со своими возможностями вели дневники, где записывали переживания и мысли, которые потом могли стать предметом разбора в индивидуальных беседах с психологом или на психотерапевтической группе. Записи в дневнике облегчали осознание и анализ своей жизни, эмоций и поступков.

Два раза в неделю проводился социально-психологический тренинг, направленный на улучшение коммуникаций в трудовой сфере. Тренинг развивал навыки общения в коллективе, терпимость к иным точкам зрения, формировал умение жить в обществе и сотрудничать с другими людьми, не перекладывать на них свои обязанности, оказывать помощь окружающим, помогал принять ответственность за результаты собственной работы и понять необходимость подчинения.

По смыслу беседы объединялись в несколько блоков:

1. «Что я знаю о себе?» — включал в себя такие темы, как «Кто есть человек?», «Тело, душа и дух», «От чего зависит благополучие человека?», «Если бы моим другом был я сам», «Мои неудачи (о препятствиях в жизни и путях их преодоления)», «От чего зависит счастье?», «СОС — сам организуй себя», «Понять и принять себя»;

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

2. «Наши эмоции» — подразумевал обсуждение тем «Наше настроение — от чего и от кого оно зависит?», «Типы темпераментов — сангвиник, флегматик, меланхолик, холерик», «Что такое стресс?», «Стресс и саморегуляция. Пути преодоления стрессовых ситуаций», «Власть над собой — высшая власть (навыки управления самим собой)», «Внутреннее состояние: радость/уныние, покой/гнев, одиночество/востребованность», «Принципы перестройки себя: духовность, доброта, самоограничение, воздержание», «Полезный конфликт — разрешение проблемных ситуаций»;

3. «Сфера общения» — состоял из тем «Язык мой — друг мой», «Язык взгляда — несловесное общение», «Сквернословие — чем оно грозит?», «Комплименты, благодарности и поощрения», «Правила общения в рабочем коллективе», «Диалог с самим собой», «Выражения любви и дружбы». По желанию пациентов круг тем может быть расширен.

Особое внимание уделялось такому важному вопросу, как организация досуга, с учетом того факта, что практически для всех реабилитантов свободное времяпрепровождение на протяжении жизни было связано с употреблением алкогольных напитков. Ранее состояние безделья закономерно порождало ряд эмоциональных расстройств и негативных ассоциаций, приводило к обострению патологического влечения к алкоголю. В отделении отмечались государственные и религиозные праздники в соответствии с православными традициями, дни рождения реабилитантов. Оформлялись красочные стенды и стенгазеты, устраивались чаепития, вечера у костра, конкурсы мини-сочинений (например, на тему «Добро и зло в моей жизни»), просмотры художественных фильмов нравственного содержания, несложные спортивные

соревнования, заочные путешествия по историческим местам России.

В конце этого этапа начинались короткие, по 2—3 дня, отпуска, когда пациенты посещали родственников, оформляли документы, покупали себе необходимые вещи. Решение об отпуске принималось комиссионно, с соответствующей записью в истории болезни, четко оговаривался срок отпуска, а при возвращении проводился экспресс-тест на содержание алкоголя в слюне и осматривались вещи. Целью отпусков являлись закрепление воспитания ответственности за себя самого, формирование навыков упорядочивания своего времени, тренировка и проверка умения поддерживать трезвый образ жизни во внебольничных условиях.

Дважды в месяц проводились собрания всех пациентов и членов полипрофессиональной бригады, где открыто обсуждались хозяйственные и дисциплинарные проблемы, случаи невозвращения из отпусков или употребление в эти периоды алкогольных напитков, если они были, а также все остальные общие вопросы.

*Социально-трудовая помощь.* На этом этапе реабилитанты трудились полный рабочий день во всех подразделениях по собственному выбору. Под руководством инструктора по труду восстанавливались утраченные трудовые навыки или происходило обучение новым несложным видам деятельности — неквалифицированному рабочему труду, строительству, некоторым видам сельскохозяйственных работ. За каждым закреплялся определенный участок — огород, домашние животные, овощехранилище, котельная, которая топилась углем, убираемая площадь, строительство на территории больницы, теплицы, мебельная и швейная мастерские, заготовка сена и кормов для животных, сбор лекарственных растений. Летом

Таблица 4

### Заключительное тестирование

Вопросы / Ответы	ДА	НЕТ
Понимание алкоголизма как болезни	1	0
Понимание последствий алкоголизма	1	0
Понимание и преодоление обострений заболевания	1	0
Регулярная трудовая деятельность	1	0
Положительная самооценка	1	0
Наличие критики к алкоголизму	1	0
Наличие навыков сопротивляющегося поведения	1	0
Понимание важности проведенной реабилитации	1	0
Восстановление взаимоотношений с родными	1	0
Наличие постоянного места жительства	1	0
Заключение: 1—7 баллов — нуждается в дальнейшей реабилитации; 8—10 баллов — может быть выписан		

подъем на работу — в 6 ч утра, зимой — в 8 ч, отход ко сну — в 22 ч.

Социальный работник помогал в оформлении недостающих документов, пенсий и в поиске работы через биржи труда, центры занятости, в соответствии с трудовыми навыками реабилитантов.

#### *Этап стабилизации*

*Длительность:* 2—3 мес.

*Условия:* полузакрытая реабилитационная среда.

*Основная направленность мероприятий* — социально-психологическая, трудовая.

*Координатор* — инструктор по труду.

*Медицинская помощь* минимальна, только по обращению. В течение одного—полутора месяцев до выписки прерывистыми курсами по 10—14 дней назначались средства, сенсibiliзирующие организм к алкоголю (тетурам, метронидазол).

*Психологическая помощь* заключалась в подготовке к выходу из реабилитационного отделения, к самостоятельной жизни, что и являлось предметом целенаправленной работы и во время индивидуальных психотерапевтических беседах, и на групповых занятиях (сокращенным составом). Закреплялась значимость целенаправленной деятельности на благо общества как единственно приемлемого средства к своему собственному существованию, фиксировался нормативный уровень личных притязаний, вырабатывалось и подкреплялось умение дифференцировать положительные и отрицательные эмоции с акцентом на приоритет положительных эмоций при решении различных жизненных задач.

На тренингах происходило обсуждение ситуаций отказа от употребления алкогольных напитков и разыгрывание пациентами соответствующих сценок. Эти занятия проводились под контролем уровня тревоги и депрессии по тестам Спилбергера—Ханина, Цунга, Люшера, HADS.

Выписка из реабилитационного отделения могла обсуждаться только при нормальном уровне показателей этих методик непосредственно после тренингового занятия по отказу от алкогольных напитков и при достаточной аргументации трезвого образа жизни самим реабилитантом в процессе тренинга.

За две—три недели до выписки психолог работал вместе с выписывающимся над его самостоятельным отчетом о пройденном реабилитационном курсе, где еще раз закреплялись приобретенные знания и навыки.

*Социально-трудовая помощь* приближалась к реальной жизненной ситуации, с которой столкнутся пациенты по выходе из реабилитационного отделения. Наряду с возможностью продолжения трудовой деятельности на базе больницы они по желанию могли привлекаться к работам на объектах работо-

дателей области — наравне и на тех же условиях, что и остальные наемные рабочие. При возможности и желании пациентов инструктор по труду помогал им найти рабочие места, где они могли бы пройти повышение квалификации или переобучение. Проводились специальные «финансовые» занятия по планированию собственного бюджета, по разумному расходу заработанных денег. Если после выписки пациентам было негде жить, социальный работник помогал найти такое место работы, где есть общежитие, или найти иной вариант. При необходимости сопровождаемый социальным работником пациент получал бесплатную юридическую консультацию в специальной муниципальной службе. Социальный работник обучал и составлению трудовых договоров и контрактов.

В дальнейшем реабилитанты выписывались под диспансерное наблюдение по месту жительства. Амбулаторное диспансерное отделение осуществляло дальнейшее медико-психологическое и социальное сопровождение в постреабилитационном периоде без временных ограничений, но при желании больные, прошедшие реабилитацию, в любой момент могли обратиться в загородное реабилитационное отделение за консультацией и просто за советом.

### **Психологическое обследование**

Для уточнения личностных качеств, присущих лицам, прошедшим реабилитационную программу, клиническими психологами было проведено сравнительное патопсихологическое исследование по 16-факторной личностной методике Кеттелла, методике индекса жизненного стиля Р. Плутчика (в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева и др.) и тесту уровня субъективного контроля (УСК) двух групп больных, сопоставимых между собой по возрастным, клиническим и социальным параметрам. Между этими репрезентативными выборками существовало различие.

Больные первой группы (59 чел.) прошли реабилитационную программу, полностью прекратили употребление алкоголя и восстановили социальное функционирование.

У обследуемых второй группы (84 чел.) после 2—3-недельного стационарного лечения (во время которого проводилось патопсихологическое обследование) отмечались непродолжительные, не более 2 мес. ремиссии, а далее — рецидивирование алкоголизма и повторные госпитализации в течение календарного года; их социальное функционирование оставалось на том же низком уровне.

После статистической обработки полученных результатов выяснилось, что обследованные имели как

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

общие, так и различающиеся черты (табл. 5). Общими для всех пациентов в обеих группах были такие качества, как эмоциональная неустойчивость, наличие внутреннего напряжения, фрустрированности, пессимистичные жизненные установки, озабоченность будущим, обедненность в выборе адаптационных стилей и склонность к применению клишированных примитивных защитных механизмов, например проекции, т.е. приписывание другим собственных негативных черт, агрессивных импульсов. Значительный внутренний дискомфорт сочетался с повышенным чувством вины, недовольством самими собой и окружающими, а слабая ориентация на соблюдение социальных норм в повседневной жизни — с недоверчивостью, ригидностью и недостаточным самоконтролем.

Несмотря на описанное сходство, между пациентами первой и второй групп обнаруживались и статистически достоверные различия (далее описаны только те из них, при которых достоверность различия  $p < 0,05$ ). После прохождения реабилитационной программы больные отличались большей способностью управлять своими эмоциями, находить им реалистичное объяснение и адекватное выражение, большей устойчивостью «неалкогольных» интересов, более адекватным пониманием текущей ситуации и личной ответственностью за свои поступки, лучше умели держать себя в руках и проявлять определенную настойчивость в достижении личностно-значимых целей. Уровни диффузной неконструктивной тревоги и общего напряжения были существенно ниже, а уравновешенность, базовое доверие к окружающим и доброжелательность, наоборот, выше в первой группе, чем во второй.

Больные второй группы нередко пребывали в далеких от реальной жизни фантазиях, а о событиях, происходящих в своей жизни, часто имели неадекватные представления, жили по принципу «авось проне-

сет», не имели четких устремлений. Они не умели доводить дело до конца, были склонны уклоняться от ответственности при том, что зачастую безосновательно тревожились, легко расстраивались, приписывали свои поражения не себе, а другим людям, мало поддавались влиянию окружающих, в том числе и позитивному. Они демонстрировали более высокий уровень настороженности, недоверчивости и подозрительности, ожидание неприятностей и подвохов, склонность к зависти, раздражительность, нетерпимость к конкуренции, определенный эгоизм и обособленность от любого коллектива, скептическое отношение к моральным мотивам поведения. Реабилитанты, напротив, по результатам тестирования характеризовались как более открытые, доверчивые, уживчивые, независтливые, умеющие проявлять заботу об окружающих и работать в коллективе, не провоцируя конкурентные отношения. Вместе с тем, они были существенно более реалистичны, не склонны к пустым фантазиям и сантиментам, умели быстро справляться с полученными психотравмами благодаря более «зрелой» психологической защите — рационализации. Они обнаруживали большую предусмотрительность в бытовых ситуациях и умение планировать свои действия на случай конкретной неудачи.

Реабилитанты были чаще способны довольствоваться той простой жизнью, которая есть, наряду с уверенностью в возможности ее улучшения; они живо откликались на происходящие события, умели находить интерес и новизну в мелких повседневных делах. Однако предпочтение жить и работать в коллективе происходило не из повышенной общительности, а скорее, из-за отсутствия смелости и инициативы в принятии решений и выборе собственной линии поведения. При выборе основной жизненной линии обследованные первой группы проявляли существенно большую стабильность, нетребовательность, непри-

Таблица 5

Результаты теста Кеттелла

Группа		A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
	VALID N	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
Без ремиссий	MEAN	5,86	6,32	4,01	5,71	5,01	5,29	5,46	5,39	7,25	4,62	5,39	7,04	5,63	6,01	6,67	7,15
	ST. D	1,88	2,16	1,75	1,92	1,65	1,69	1,74	1,95	1,58	1,73	1,95	1,87	1,86	2,01	1,72	1,87
	ST.ERR	0,21	0,24	0,19	0,21	0,18	0,18	0,19	0,21	0,17	0,19	0,21	0,20	0,20	0,22	0,19	0,20
	VALID N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
С ремиссиями	MEAN	6,07	4,86	5,14	5,56	4,54	5,37	5,53	4,75	6,02	4,61	5,54	5,73	5,71	5,34	7,10	5,80
	ST. D	1,86	2,93	2,35	1,99	2,05	1,76	2,33	1,94	1,67	2,15	1,94	1,98	1,74	1,79	1,87	2,01
	ST.ERR	0,24	0,38	0,31	0,26	0,27	0,23	0,30	0,25	0,22	0,28	0,25	0,26	0,23	0,23	0,24	0,26
	P-LEVEL	0,641	<b>0,004</b>	<b>0,004</b>	0,937	0,162	0,899	0,716	<b>0,098</b>	<b>0,00001</b>	0,931	0,640	<b>0,0001</b>	0,689	<b>0,024</b>	0,148	<b>0,0001</b>



хотливость, удовлетворенность существующим положением дел. Пациенты второй группы, напротив, из-за «дурных предчувствий» и недооценки своих возможностей часто воспринимали обычные текущие события как неудачи и превращали их в конфликты, как внутри-, так и межличностные, были готовы пожертвовать любыми удобствами и стабильностью ради сохранения своей точки зрения. Эмоциональная неустойчивость с преобладанием пониженного настроения и нетерпеливостью сочетались со склонностью к необоснованным и непродуманным заранее переменам, а также с более выраженной склонностью к плохо контролируемым вспышкам агрессии.

Переходя к описанию защитных механизмов (табл. 6) следует отметить, что у реабилитантов в целом уровень напряженности был значимо ниже, чем у неремиссионных больных во второй группе. Следовательно, можно предположить, что преобладание более «зрелых» и менее деструктивных психологических защит в сочетании со способностью мириться с окружающей действительностью является предпосылкой к лучшей социальной и психической адаптации на имеющемся уровне. Указанное сочетание способствует также более продолжительным ремиссиям.

Что касается качественных различий психологических защит в изучавшихся группах, то тут имелись статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). Наибольшее расхождение между группами выявлено по применению таких защитных механизмов, как «проекция», «замещение» и «регрессия». Данные механизмы были свойственны в большей степени пациентам второй группы, не проходившим реабилитационную программу, не вышедшим в длительную ремиссию, и в существенно меньшей степени тем, кто прошел курс реабилитации и научился справляться с жизненными трудностями без применения защит. «Проекция» как одна из наиболее патогенных психологических защит в наибольшей степе-

ни наносила ущерб межличностным отношениям, заставляя видеть в искаженном свете не только себя, но и значимого другого. Приписывание собственных негативных импульсов окружающим, оправдание таким образом своей агрессивности и продолжающейся алкоголизации приводили к внешнеобвиняющему поведению, а вовсе не к проработке собственных недостатков. Привычное использование «замещения» выражалось в разрядке подавленных негативных эмоций на тех объектах, которые казались более безопасными или более доступными. Это приводило к разрешению эмоционального напряжения, возникшего под влиянием некоей фрустрирующей ситуации, но не давало возможности справиться с проблемой или насущным конфликтом. Агрессивное поведение в отношении близких людей и злоупотребление алкоголем как «выход» из трудных жизненных ситуаций можно отнести именно к этому защитному механизму. «Регрессия» способствовала тому, что для избегания тревоги личность использовала более примитивные реакции и способы поведения, чем это возможно на данном этапе развития. Преобладание такого защитного механизма коррелировало с импульсивностью, слабостью эмоционально-волевого контроля, упрощенностью мотивационно-потребностной сферы. По другим, менее патогенным механизмам психологических защит («компенсация», «реактивные образования», «отрицание», «интеллектуализация», «вытеснение»), между группами достоверных различий не обнаружено.

### Итоги

В результате прохождения разработанной программы реабилитации ремиссии (полная трезвость) свыше года отмечены у 57,6% больных (34 чел.), реабилитировавшихся в 2006 г., у 64,7% (44 чел.) — в 2007 г., у 72,2% (39 чел.) — в 2008 г. Все эти пациенты восстановили трудовую деятельность и постоянное место жительства, возобновили семейную жизнь,

Таблица 6

Результаты теста «Индекс жизненного стиля»

Группы		О	В	Р	К	П	З	И	Ро	Среднее
Без ремиссий	Valid N	84	84	84	84	84	84	84	84	
	Mean	67,58	66,16	69,80	64,61	66,72	71,15	69,58	58,69	66,79
	Std.Dev.	25,91	25,65	24,04	27,79	25,73	23,93	23,84	28,74	
	Standard	2,81	2,78	2,61	3,01	2,79	2,60	2,59	3,12	
С ремиссиями	Valid N	59	59	59	59	59	59	59	59	
	Mean	69,07	65,07	60,39	57,26	52,30	57,67	70,57	55,02	60,92
	Std.Dev.	25,01	27,36	30,21	29,96	30,53	26,38	22,82	31,17	
	Standard	3,40	3,72	4,11	4,08	4,16	3,59	3,11	4,24	
p-level		0,706	0,913	<b>0,081</b>	0,121	<b>0,005</b>	<b>0,002</b>	0,803	0,480	

сохранили навыки самообслуживания и самообеспечения, наработанные и закреплённые в процессе реабилитации. В качестве сравнения следует отметить, что больные из группы с аналогичными клинико-социальными параметрами, не проходившие реабилитацию, не достигли ремиссий длительностью свыше года (в среднем 1,7 мес., максимум — 4 мес.) и не улучшили уровень социального функционирования, который продолжал оставаться низким. По сравнению с реабилитантами они демонстрировали более низкую и неустойчивую самооценку, слабое стремление к самоактуализации, в своей жизнедеятельности гораздо реже ориентировались на общечеловеческие и религиозные морально-этические ценности.

Таким образом, внедрённая программа поэтапной полипрофессиональной медико-психолого-социальной работы с больными алкоголизмом, предполагающая комплексное психотерапевтическое, социально-трудовое и духовно-ориентированное воздействие, помогает осмыслить и принять морально-этические нормы общества, учит сопереживать, уважать общечеловеческие ценности и опираться на них. Эти базовые изменения ведут, в свою очередь, к тому, что достигается не только длительное воздержание от алкоголя, но и принципиально иной уровень социального функционирования больных алкоголизмом, принадлежавших к самой низкой социальной прослойке и имевших до этого самую неблагоприятную жизненную перспективу.

#### OPERATIONAL EXPERIENCE OF REHABILITATION OF ALCOHOLIC PATIENTS IN THE NARCOLOGICAL HOSPITAL OF PENZA REGION (2005—2009)

<b>SHEVTZOVA J.B.</b>	MD, PhD, senior researcher, Depart. of social and forensic problem of drug and alcohol dependence, Serbsky National Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow
<b>UTKIN Y.A.</b>	chief medical officer, Narcological Hospital of Penza region
<b>SARAYKINA S.I.</b>	clinical psychologist, Narcological Hospital of Penza region
<b>SOROKINA N.Y.</b>	clinical psychologist, researcher, Depart. of social and forensic problem of drug and alcohol dependence, Serbsky National Resercher Center of Social and Forensic Psychiatry, Moscow
<b>AVERKOVA E.I.</b>	MD, psychiatrist, chief of narcology and rehabilitation departments, Narcological Hospital of Penza region

*The presented program concerns to long-term — the period of rehabilitation more than 10 months. Initial stay of patients in conditions of a round-the-clock hospital in isolation from an external environment, and then — in the conditions similar to a hospital of open type («day time») has been stipulated. Patients have been included in the program with the alcoholic dependence, passing treatment in regional psychiatric (narcological) hospital which after active motivation have stated intention to pass a rate of rehabilitation. The given patients differed, as a rule, with long-term current of an alcoholism without remissions, the lowest potential to rehabilitation and a weak level of social functioning. Nevertheless, after passage of the developed program at this adverse category of patients remissions by duration over a year (more, than in 55% of cases) were marked. It essentially differs from similar group sick of an alcoholism, not passed rehabilitation. To positive results (include actually abstention from alcohol) restoration of social functioning also concerns.*

#### Список литературы

1. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. — 34 с.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Реабилитационные мероприятия, проводимые в условиях наркологических стационаров // Наркология. — 2004. — №8. — С. 33—37.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Реабилитационные мероприятия в наркологии, проводимые в амбулаторных условиях // Наркология. — 2004. — №9. — С. 48—52.
4. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцирования система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001. — 38 с.
5. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории: Методические рекомендации. — М., 2004. — 57 с.
6. Дудко Т.Н., Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Организационно-правовые и врачебно-этические принципы реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — М., 2004. — 52 с.
7. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях стационара: Методические рекомендации. — М., 2006. — 74 с.
8. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Вопросы наркологии. — 2006. — №1. — С. 31—41.
9. Иванец Н.Н. Научные и организационные основы реабилитации в наркологии // Сб. материалов 1-й Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии. — М., 2002. — С. 5—14.
10. Попов В.Н., Зиганшин И.М. Организация реабилитационной помощи в наркологическом учреждении Казани // Наркология. — 2005. — №2. — С. 14—16.