

И. В. Григорьева, А. А. Кралько

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

В статье рассмотрены новые подходы к комплексной медицинской реабилитации лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ, находящихся в пенитенциарных учреждениях. Показана эффективность применения разработанного авторами метода комплексной медицинской реабилитации пациентов наркологического профиля в условиях лечебно-трудового профилактория, основанного на предварительном изучении патопсихологических характеристик. Установлено, что у лиц, находящихся в лечебно-трудовом профилактории, доминирующими мотивами потребления алкоголя являются псевдокультуральные, атарактические и похмельные. У большинства исследуемых отмечено преобладание неадаптивных coping-стратегий (дистанцирование, бегство-избегание) и среднего уровня реабилитационного потенциала (у 72% лиц). Полученные результаты положены в основу разработки комплексной программы медицинской реабилитации.

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, психоактивные вещества, комплексная реабилитация, реабилитационный потенциал, лечебно-трудовой профилакторий, пенитенциарное учреждение.

I. V. Grigorieva, A. A. Kralko

MODERN APPROACHES TO MEDICAL REHABILITATION OF PERSONS WITH THE SYNDROME OF DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN PRISONS

New approaches to complex medical rehabilitation of persons with a syndrome of dependence on psychoactive substances in penitentiary institutions are considered. The effectiveness of the method of complex medical rehabilitation of patients with the syndrome of dependence on psychoactive substances developed in the conditions of a medical-labor centre based on a preliminary study of pathopsychological characteristics is developed. It is established that among the people who are in the medical-labor centre, pseudocultural, ataractic and hangover motives are the dominant motives of alcohol consumption. The majority of the subjects noted the predominance of non-adaptive coping strategies (distancing, escape-avoidance) and an average level of rehabilitation potential (in 72% of patients). The results obtained are the basis for the development of a comprehensive program of medical rehabilitation.

Key words: alcohol dependence syndrome, psychoactive substances, comprehensive rehabilitation, rehabilitation potential, medical and labor centre, penitentiary institution.

В последние годы в наркологии приоритетным направлением является медико-социальная реабилитация пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) [2, 3, 7]. После утверждения в 2015 году Концепции социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду [8] интерес к этой теме актуализировался и все чаще стал подниматься вопрос о необходимости разработки комплексных программ медико-социальной реабилитации для контингента пенитенциарных учреждений, в том числе лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП).

В пенитенциарных учреждениях Республики Беларусь программы медицинской реабилитации для лиц, зависимых от ПАВ, до недавнего времени отсутствовали. Вместе с тем, потребность в медико-социальных реабилитационных мероприятиях для контингента уголовно-исполнительной системы существовала всегда [5, 9]. Особенно актуально это оказалось для лиц, находящихся в ЛТП. Лица, находящиеся в ЛТП относятся к категории граждан, характеризующихся зависимым от ПАВ и криминогенным поведением, находящихся в состоянии социальной дезадаптации. Период нахождения таких лиц в ЛТП является благоприятным моментом для вовлечения их в комплексные

реабилитационные программы. Учитывая это, нами предприняты усилия по разработке комплексного метода реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в условиях ЛТП. Предварительно были изучены психологические особенности этих лиц и факторы, влияющие на алкогольные паттерны их поведения.

Цель исследования: изучить патопсихологические особенности лиц, находящихся в ЛТП для разработки метода комплексной медицинской реабилитации с применением трудотерапии (МКРТ).

Материалы. Исследование проводилось на базе ЛТП № 1 и ЛТП № 5 Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь. Выборку составили 300 пациентов мужского пола с синдромом зависимости от алкоголя.

Пациенты были распределены в 2 группы: I группа (150 пациентов), участвующая в программе комплексной медицинской реабилитации, и II группа (150 пациентов), проходящая стандартную программу реадaptации.

Методы исследования: клинико-психопатологический, с использованием диагностических критериев МКБ-10; оценка тяжести зависящего расстройства по Белорусскому индексу тяжести аддикции (Бел-ИТА) [10]; опросник «Уровень реабилитационного потенциала (УРП)» (Дудко Т. Н., 2006) [3, 6], опросник «Мотивация потребления алкоголя (МПА)» (Завьялов В. Ю., 1986) [4], методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП) для дифференцированной оценки ведущих тенденций и совладающего поведения личности, определения модели адаптации к стрессу (Lazarus R., 1986) [1].

Результаты. Перед разработкой метода комплексной медицинской реабилитации нами было проведено интервью для заполнения вышеуказанных психометрических шкал у 300 пациентов мужского пола с зависимостью от алкоголя, находящихся в ЛТП. Средний возраст обследованных пациентов – $39,8 \pm 9,4$ лет, средний стаж злоупотребления алкоголем – 16,6 лет.

Полученные до проведения реабилитации данные по УРП свидетельствуют о преобладании среднего УРП у 72% лиц (низкий УРП выявлен у 28% пациентов), что подтвердило на-

личие у большинства пациентов ЛТП психосоциальных ресурсов для эффективного участия в реабилитационном процессе, возвращения способности к общественно-полезному труду, самостоятельной жизни без употребления алкоголя и формирования продолжительных ремиссий высокого качества.

Опросник Бел-ИТА позволил осуществить скрининг проблем пациентов в 10 проблемных областях. Акцент врач-психиатр-нарколог делал на потребности в помощи (3–4 балла) по четырем ключевым сферам зависимости от ПАВ: употребление ПАВ, психическое здоровье, отношения в семье и взаимоотношения с близкими, взаимоотношения с законом. Составлялся профиль оценки тяжести проблем и потребности в помощи для пациента.

Отмечена потребность в помощи в I группе пациентов по вопросам, связанным с оценкой состояния своего физического здоровья (87%); оценкой употребления алкоголя (96%); оценкой состояния психического здоровья (85%); оценкой взаимоотношений в семье (77%); оценкой организации досуга (71%); оценкой состояния законопослушности (50%); оценкой работы, трудоустройства (50%) и финансов (70%), что подтвердило необходимость многокомпонентности и длительной проработки данных директорий в процессе реабилитации для предупреждения прогрессирования зависимости.

Анализ показателей потребности в помощи показал, что после проведения МКРТ у пациентов I группы произошли позитивные изменения по всем четырем значимым при синдроме зависимости от алкоголя сферам, со статистически значимым различием ($p < 0,001$) (отношение к алкоголю; проблемы с законом; проблемы с работой и трудоустройством; взаимоотношения в семье), что в значительной мере подтверждает динамику изменений приоритетов и ценностей, появившийся интерес к лечению.

Положительные изменения показателей потребности в помощи у пациентов I группы после проведения МКРТ в сферах физического и психического здоровья, организации досуга и финансов, со статистически значимым различием ($p < 0,001$), свидетельствуют об

улучшении физического и психического функционирования, обусловленного длительным периодом воздержания от приема алкоголя и восстановлением трудоспособности.

го здоровья ($p < 0,001$), по вопросам отношений в семье и взаимоотношений с близкими ($p < 0,001$), по вопросам взаимоотношений с законом ($p < 0,001$), что в целом подтверж-

Таблица 1. Оценка потребности в помощи по Бел-ИТА до и после проведения МКРТ у пациентов I группы (критерий Уилкоксона)

Проблемная область	I группа (n = 150)		p
	До МКРТ	После МКРТ	
Физическое здоровье	2,77±1,063	0,97±1,237	0,001
Алкоголь	3,04±1,414	0,75±0,991	0,001
Наркотики	0,47±0,981	0,28±0,451	0,356
Психическое здоровье	2,93±1,205	0,73±1,001	0,001
Семья и взаимоотношения	3,42±0,813	0,93±1,257	0,001
Закон	3,28±0,928	1,55±1,603	0,001
Обучение и образование	1,01±1,499	0,59±1,211	0,036
Работа и трудоустройство	2,98±1,298	0,97±1,356	0,001
Финансы	3,18±1,193	2,03±1,563	0,001
Организация досуга	3,25±0,996	0,95±1,252	0,001
Жилье	0,55±1,207	0,37±1,058	0,081

Произошедшие трансформации профиля проблем у пациентов I группы до и после проведения МКРТ в сравнении с пациентами II группы отражают положительные изменения в аддиктивном поведении по четырем критериям – социальному, психологическому, физиологическому и клиническому.

дает более высокую эффективность предложенного МКРТ по сравнению с традиционным подходом ресоциализации лиц в условиях ЛТП.

По данным опросника «Мотивация потребления алкоголя» статистически значимых различий между группами по основным мотивам

Таблица 2. Оценка потребности в помощи после проведения МКРТ у пациентов I и II групп с синдромом зависимости от алкоголя (критерий U-Манна-Уитни)

Проблемная область	I группа (n = 150)	II группа (n = 150)	p
Физическое здоровье	0,97±1,237	2,3±1,140	0,001
Алкоголь	0,75±0,991	1,49±1,116	0,001
Наркотики	0,28±0,451	0,23±0,424	0,356
Психическое здоровье	0,73±1,001	2,87±1,246	0,001
Семья и взаимоотношения	0,93±1,257	3,21±1,178	0,001
Закон	1,55±1,603	2,72±1,452	0,001
Обучение и образование	0,59±1,211	0,74±1,223	0,133
Работа и трудоустройство	0,97±1,356	2,23±1,699	0,001
Финансы	2,03±1,563	2,95±1,305	0,001
Организация досуга	0,95±1,252	3,03±1,346	0,001
Жилье	0,37±1,058	0,46±1,060	0,193

Анализ показателей потребности в помощи на момент освобождения у лиц из I и II групп убедительно показывает статистически значимое различие в следующих сферах: относительно вопросов, связанных с употреблением алкоголя ($p < 0,001$), в отношении психическо-

потребления алкоголя не выявлено. Болезненное пристрастие отметили 67,7% пациентов I группы и 78,8% у пациентов II группы ($p > 0,05$), что подтвердило активный характер имеющегося синдрома зависимости от алкоголя у данных лиц.

В мотивационно-потребностной сфере среди «социально-психологических» мотивов приема алкоголя преобладающими явились псевдокультуральные мотивы – у 49,46% пациентов I группы и 56,57% у пациентов II группы ($p < 0,02$). Среди личностных мотивов преобладали атарактические мотивы – у 50,54% у пациентов I группы и 61,41% пациентов II группы ($p > 0,05$). В группе собственно патологической мотивации преобладала «похмельная» мотивация – у 43,01% пациентов I группы и 51,52% у пациентов II группы ($p > 0,05$).

Отмеченная высокая напряженность мотивационной сферы и выделение доминирующих мотивов потребления алкоголя (псевдокультуральный, атарактический и «похмельный») позволили найти необходимые терапевтические мишени для формирования приверженности к проведению комплексной медицинской реабилитации с применением трудотерапии.

После проведения комплексной медицинской реабилитации выявлены статистически значимые различия между I и II группой по индексу общего мотивационного напряжения ($p < 0,05$).

Анализ показателей стратегий совладающего поведения показал отсутствие статистически значимых различий между пациентами I и II групп ($p > 0,05$). Пациенты выбирали дезадаптивные эмоционально-ориентированные копинг-стратегии: бегство-избегание, конфронтацию, дистанцирование и поиск социальной поддержки, как поиск одобрения своей зависимости со стороны окружающих людей. Данный выбор менял их эмоциональную негативную реакцию на внутренний стресс и не менял ситуации относительно выбора трезвого образа жизни и эффективных поведенческих копингов: принятия ответственности, планирования решения проблемы, положительной переоценки произошедшего с ними в результате зависимого поведения.

Отмечено, что у большинства лиц, находящихся в ЛТП, преобладают неэффективные модели совладания со стрессом. Наличие дезадаптивных копинг-стратегий привело к снижению стрессоустойчивости, формированию тенденции предпочтения употребления алкоголя, как средства борьбы со стрессом, фор-

мированию делинквентности на фоне злоупотребления алкоголем. Эти факторы, сочетающиеся с криминогенным поведением данного контингента лиц, учитывались в период проведения мероприятий по их медико-социальной реадaptации и разработке подходов, используемых в методе комплексной медицинской реабилитации.

Проведенный анализ показателей стратегий совладающего поведения показал, что после проведения МКРТ у пациентов I группы произошли позитивные изменения по следующим стратегиям: дистанцирование, принятие ответственности, бегство-избегание со статистически значимым различием ($p < 0,001$). Снижение показателя по стратегии «дистанцирование» ($p < 0,028$) после МКРТ свидетельствует о снижении субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и изменении уровня восприятия стрессовой ситуации, включении поиска решений волнующих вопросов, использовании адаптивных приемов. Повышение показателей по стратегии «принятие ответственности» ($p < 0,001$) свидетельствует о признании личной роли в возникновении трудностей, принятии ответственности за ситуации, связанные с алкогольным поведением, правильной оценке собственных возможностей в разрешении возникающих вопросов и использовании конструктивного разрешения данных ситуаций. Снижение показателей по стратегии «бегство-избегание» ($p < 0,001$) показывает активное признание своего участия в разрешении имеющегося положения и принятии ответственности за сложившиеся последствия зависимого поведения, принятие активной позиции в разрешении возникающих трудностей.

Выводы: при разработке программ комплексной медицинской реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя следует учитывать особенности их психопатологических характеристик, определять реабилитационный потенциал, мотивы потребления алкоголя, изучать используемые пациентами копинг-стратегии.

Разработанный на основе указанного подхода метод МКРТ позволил объединить организационные и функциональные ресурсы в целостную систему, повысить целенаправленное

воздействие на формирование социально-нормативных качеств реабилитируемых лиц, возвращение их в семью и общество, восстановление трудового статуса, сформировать и структурировать новые жизненные стандарты трезвости.

Литература

1. *Вассерман, Л. И.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие / Под ред. Л. И. Вассермана. – СПб.: Речь, 2010. – 56 с.
2. *Гастфренд, Г. Б.* Международные подходы к организации системы комплексной реабилитации наркозависимых / Г. Б. Гастфренд, Ю. Б. Шевцова // Наркология – 2013. – № 2. – С. 16–21.
3. *Дудко, Т. Н.* Методические рекомендации «Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров» / Т. Н. Дудко [и др.]. – М., 2006. – 74 с.
4. *Завьялов, В. Ю.* Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых / В. Ю. Завьялов // Психологический журнал. – 1986. – № 5. – С. 102–111.
5. *Кралько, А. А.* Распространенность хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании среди контингента учреждений уголовно-исполнительной системы Республики Беларусь / А. А. Кралько // Взаимодействие территориальных органов внутренних дел

Республики Беларусь с учреждениями здравоохранения в борьбе с пьянством и алкоголизмом среди населения: Материалы респ. науч.-практ. конф., Минск, 30 мая 2007 г. – Минск, 2008. – С. 38–40.

6. *Кулагина, И. Ю.* Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях / И. Ю. Калугина, Л. В. Сенкевич // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11. – № 1. – С. 50–60.

7. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

8. Об утверждении Концепции социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, с обязательным привлечением их к труду: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 25 сент. 2015 г., № 803 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2014.

9. *Петров, В. И.* Медицинская реабилитация осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного регистра / В. И. Петров, А. А. Кралько, И. Н. Берсенев, Н. Н. Когутенко. – М., 2007. – 100 с.

10. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В. В. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2013.