

При возникновении на фоне ремиссии РОКС (III подгруппа) у лиц с АЗ структура МПЗ была следующей (в порядке убывания частоты использования): «замещение», «регрессия», «компенсация», «отрицание», «интеллектуализация» «реактивные образования», «подавление» и «проекция». При сравнении МПЗ в РОКС и в ремиссии (таблица 1) видно, что большинство МПЗ меняются мало ( $p > 0,05$ ). В РОКС увеличиваются, в сравнении с пациентами в компенсированной ремиссии, «замещение» с  $53,93 \pm 29,77$  баллов до  $75 \pm 14,14$  баллов ( $p = 0,007$ ) и «регрессия» с  $54,82 \pm 33,10$  до  $73,29 \pm 18,36$  баллов ( $p < 0,05$ ). Рост использования такого МПЗ как «замещение» в РОКС клинически проявлялся в разрядке подавленных эмоций (в частности, связанных с актуализацией у пациентов влечения к алкоголю) на доступных объектах, чаще всего, своих близких (раздражительность, вплоть до дисфории, агрессия). А рост выраженности в РОКС МПЗ «регрессия» проявлялся возвратом к онтогенетически более древним и менее зрелым способам поведения, что в обоих случаях повышало риск срыва и рецидива алкогольной зависимости.

Таким образом, впервые исследованы особенности механизмов психологической защиты у лиц с алкогольной зависимостью в процессе формирования терапевтической ремиссии и при возникновении на ее фоне рецидивоопасных клинических состояний. Установлено, что вначале терапевтической ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью характерными являлись такие механизмы психологической защиты как «отрицание», «реактивные образования», «проекция», «интеллектуализация» и реже всех встречался «компенсация». По мере формирования компенсированной ремиссии большинство механизмов психологической защиты использовались пациентами с алкогольной зависимостью все реже, и только использование такого механизма как «компенсация», становившейся стабильной чертой пациентов с установившейся компенсированной ремиссией, учащалось ( $p < 0,05$ ). При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода у пациентов с алкогольной зависимостью происходил значимый рост использования механизмов психологической защиты «замещение» ( $p < 0,01$ ) и «регрессия» ( $p < 0,05$ ).

#### **Заключение**

По мере формирования компенсированной терапевтической ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью наблюдается уменьшение ( $p < 0,01$ ) использования непродуктивных и рост ( $p < 0,05$ ) использования относительно продуктивных (компенсация) механизмов психологической защиты. При возникновении рецидивоопасных клинических ситуаций, несмотря на стабильность выработанной в ремиссии компенсации, наблюдается статистически значимый ( $p < 0,05$ ) возврат к использованию онтогенетически более древних бессознательных способов поведения, непродуктивных механизмов психологической защиты. Поэтому, в процессе реабилитации лиц с алкогольной зависимостью следует развивать их компенсаторные возможности, но не полагаться на бессознательные механизмы психологической защиты, а готовить пациентов к сознательному преодолению рецидивоопасных клинических ситуаций.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [и др.] (мол.) (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва). — Харків, 2014. — 1428 с.
2. Сквіра, І. М. Влияние психологических рецидивоопасных факторов на устойчивость ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью / И. М. Сквіра // Медична психологія. — 2013. — № 2. — С. 73–77.
3. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2012. — 400 с.
4. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л. И. Вассерман [и др.]. — СПб., 1999. — 49 с.
5. Чернявская, И. Ю. Механизмы психологической защиты у лиц с алкогольной аддикцией / И. Ю. Чернявская // Психологія. — 2010. — № 4. — С. 24–28.

**УДК 613.816 – 084-036.35**

### **СООБЩЕСТВО ВЗАИМОПОМОЩИ «ФОРМУЛА ТРЕЗВОСТИ» КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ**

*Сквіра І.М.<sup>1</sup>, Абрамов Б. Э.<sup>1</sup>, Ткачева О. Н.<sup>2</sup>, Сквіра М. І.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Реабилитационный центр «Формула трезвости»

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>3</sup>Негосударственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования

«Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов»

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

#### **Введение**

Проблема лечения алкогольной зависимости (АЗ) остается чрезвычайно актуальной по масштабам распространения, величине экономических, демографических и нравственных потерь и пред-

ставляет серьезную угрозу здоровью, благополучию, стабильности и развитию общества [1–5]. Еще более эта проблема усугубляется тем, что при всем многообразии подходов и техник, конечная эффективность терапии пациентов с АЗ, определяемая длительностью ремиссии, продолжает оставаться совершенно недостаточной [3, 4].

Наркологическая практика и данные научных исследований показывают, что эффективность лечения АЗ снижается из-за того, что социально-поддерживающий процесс у пациентов с этим заболеванием характеризуется функционированием дезинтегрированных, распадающихся социальных сетей («семья», «друзья», «значимые другие») [2, 3, 5].

Поэтому, для формирования ремиссий у пациентов с АЗ, одной из важнейших задач является восстановление, по возможности, старых, но чаще формирование новых, эффективных социально-поддерживающих сетей, и обучение пациентов готовности восприятия социальной поддержки. Общеизвестно, что создание терапевтических сообществ наркологических больных с включением самого больного в лечебный процесс, — естественный путь решения этой задачи [1, 2, 5]. Здесь можно привести в пример более 10 лет успешно работающую в г. Минске реабилитационную программу «Ковчег» [2].

Но таких реабилитационных центров на пространстве СНГ немного, к тому же они чаще функционируют как самостоятельные терапевтические образования по принципу закрытых учреждений, что не позволяет подавляющему большинству пациентов с АЗ, желающих лечиться без отрыва от привычных условий жизни, участвовать в них.

### **Цель**

На основе системного подхода в исследовании рецидивоопасных клинических ситуаций (РОКС) ремиссионного периода разработать способ эффективной и доступной реабилитации и социальной адаптации пациентов с алкогольной зависимостью.

### **Материал и методы исследования**

Под нашим наблюдением находились 105 лиц в возрасте от 25 до 55 лет (средний возраст  $39,8 \pm 6,4$  лет) с синдромом алкогольной зависимости (шифр F 10.200 по МКБ-10), прошедших начальные этапы лечения [1] и перешедших на этап становления ремиссии. В это время, после проведенной интенсивной психотерапии, в результате которой у них были сформированы твердые терапевтические установки, пациенты смотрели на мир другими, чем прежде, глазами. Но мир не изменился. Сохранилось прежнее мнение о пациенте в семье, среди друзей, знакомых, на работе, в обществе в целом. Окружающие не понимали новых установок пациента, в любой момент могли напоминать о прошлом, насмехаться над настоящим, могли уговаривать выпить «чуть-чуть», искусственно создавая рецидивоопасные для пациентов ситуации. Поэтому нужно, чтобы у каждого пациента в процессе лечения была сформирована цель и план действий на новое будущее в старом мире.

Идея создания клуба пациентов с АЗ, находящихся в терапевтической программе, исходила, прежде всего, от самих пациентов, а также специалистов программы и была поддержана администрацией Советского района г. Гомеля.

Одной из главных задач было найти среди находившихся в компенсированной ремиссии пациентов энтузиастов с личностными характеристиками, необходимыми для достижения поставленной цели. Общими усилиями эта задача была решена. Одна из пациенток, Н., имеющая опыт лечения АЗ, срывов и рецидивов, повторного лечения, а также опыт общения и взаимопомощи с другими зависимыми и со зависимыми людьми, энергично взялась за организацию клуба. Ей помогли другие, в это время прошедшие активный этап противоалкогольного лечения пациенты и клуб был создан, получил всеми участниками признанное название «Формула трезвости» и начал функционировать. Изначально приглашались в клуб все желающие, но только с условием — быть абсолютно трезвыми. Проводили консультирование пациентов, делающих первые шаги на пути трезвости, пациентов, которые только хотели пролечиться, но боялись или не знали, как это сделать и желающих помочь своим близким в лечении АЗ.

И люди стали проявлять заинтересованность, приходить в клуб. Очень быстро число постоянных членов клуба выросло до 8-и, а затем до 25-и человек, и во всех возникали свои обязанности, всем хватало дела, а главное, что все в клубе почувствовали себя нужными друг другу, клуб становился их увлечением, а помощь другим — потребностью.

Эти первые 25 постоянных участников клуба были отнесены нами в основную группу. Репрезентативная по всем параметрам, в том числе и по проведенному лечению, контрольная группа была образована из 80 лиц с АЗ (F 10.200), отказавшихся посещать клуб взаимопомощи пациентов.

### **Методы исследования**

Клинико-психопатологический, анамнестический со сбором субъективного и объективного анамнеза, экспериментально-психологический и катамнестический при длительности наблюдения 9 лет. Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета программ «Microsoft Excel 2000», статистическую значимость отличия определяли по критерию согласия  $\chi^2$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При лонгитудальном (в течение 9 лет) сравнении пациентов основной ( $n = 25$ ) и контрольной ( $n = 80$ ) групп установлено следующее. Годичная ремиссия наблюдалась у 22 (88 %) участников программы «Формула трезвости», против 54 (67,5 %) из 80 пациентов контрольной группы (не посещающих клуб взаимопомощи на этапе реабилитации) ( $p < 0,05$ ). В течение пяти лет от начала лечения рецидивоопасные клинические ситуации приводили к рецидиву заболевания в основной группе у 5 (20 %) из 25 человек, а в контрольной группе — у 60 (75 %) из 80 пациентов ( $p < 0,001$ ). За девять лет наблюдений выбыли из терапевтической программы 2 (8 %) пациента из 25 лиц основной группы и 29 человек (36,25 %) из 80 пациентов контрольной группы ( $p < 0,001$ ). После 9 лет наблюдения продолжали участие в терапевтической программе и находились в ремиссии 23 (92 %) из 25 пациентов основной группы против 38 (47,5 %) из 80 лиц контрольной группы ( $p < 0,001$ ).

За 9 лет работы через клуб прошли более 500 человек [5], которые получили необходимую консультацию, социальную поддержку, психологическую помощь для преодоления рецидивоопасных ситуаций на всех этапах формирования ремиссии.

Работа клуба складывалась как с традиционных встреч в клубе, так и с организации проведения досуга. Это были совместные походы, в том числе и семьями, с детьми в театр, на выставки, дискотеки, бассейн, ледовый дворец и многие другие интересные проекты. Сами члены клуба, участники совместных мероприятий, не переставали удивляться, что, прожив столько лет, они не замечали красоты природы при встрече рассвета во время совместных выездов в выходные дни за город. Многие испытывали настоящее счастье от новой жизни и полноценного человеческого общения.

И дело не только в счастье трезвой жизни для себя. Команда клуба рассматривала все свои поступки, каждодневные дела, даже короткие общения в любых ситуациях под знаменателем «принципа удовольствия», который можно по-настоящему реализовать только в единственно нормальной и правильной — абсолютно трезвой жизни. Членов клуба чрезвычайно волновало, что в обществе фактически сформировано и внедряется с раннего детства приемлемость участия алкоголя в жизни людей. Во многих семьях дети впитывают питейные ритуалы порой раньше, чем начинают говорить. А в детском саду, школе, лицеях и университетах практически нет пропаганды трезвой жизни. А что творится на телевидении, в рекламе? Получается, что пьянство — это норма жизни. Сейчас ситуация в быту просто парадоксальная. Никто не спрашивает себя и других «почему он пьян?», но спрашивают обычно «почему он трезв?». В обиходе «простой» человек уже видит нечто подозрительное в трезвом человеке, считая трезвость девиацией от общепринятой «нормы».

Именно эта, как нами установлено, часто встречающаяся позиция подозрительного, иронического, негативного отношения микросоциального окружения к трезвым людям являлась источником наибольшего количества острых и пролонгированных стрессов с рецидивоопасными клиническими ситуациями для пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии. Поэтому клуб видел одну из своих задач в формировании трезвого мировоззрения в общественном сознании. С этой целью в клуб приглашались представители, заинтересованных в формировании здорового человека, профессий: врачи, психологи, представители центра семьи, журналисты, священнослужители, чтобы за круглым столом решать, как не только устоять самим пациентам в рецидивоопасных ситуациях, но и помочь другим предотвратить развитие АЗ и ассоциированных с ним проблем. С этой же целью члены клуба сами ходили в школы, больницы, отделы внутренних дел, в медицинский вытрезвитель, церковь и на своем собственном примере показывали, как можно измениться и изменить мир вокруг себя.

Фактически деятельность клуба представляла собой непрерывный процесс групповой, а в определенные моменты единения, сплоченности во имя достижения общей цели (трезвой, здоровой, социально значимой жизни) коллективной психотерапии, не ограниченной только официальными занятиями, а продолжающимися в постоянном взаимодействии членов клуба между собой и окружающим социумом. Это долгосрочная психотерапия в период ремиссии, адаптированная к стрессовым, рецидивоопасным ситуациям, в которых оказывались пациенты. Чаще всего, это была психокоррекционная группа, характеризующаяся неструктурированным взаимодействием здесь и теперь, при котором решались проблемы, терапевтические задачи, стимулировалось самосовершенствование, навыки самосознания, самораскрытия и межличностного взаимодействия. Со временем в клубе выработались нормы (правила) поведения (в частности, такие как абсолютная трезвость, открытость и искренность, конкретность высказываний и обязательность выслушивания других, помощь другим в освоении этих правил и не вынесение за пределы того, что происходит во время групповой работы). Участие в деятельности клуба помогало самим пациентам своевременно выявлять появление первых признаков рецидивоопасных клинических ситуаций, давало мощную социальную поддержку в лице других членов клуба, учило принимать эту поддержку, позволяло своевременно обращаться, при необходимости, к врачам для противорецидивного лечения.

## **Вывод**

Реабилитационный противорецидивный центр в структуре терапевтической программы (клуб взаимопомощи пациентов с алкогольной зависимостью «Формула трезвости») является естественно-групповым, аутопоейтическим (самотворящим) образованием, новой формой обучения пациентов трезвому образу жизни, эффективным способом реабилитации и социальной адаптации.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Наркологія: Національний підручник / І. К. Сосін [и др.] (мол.) (під ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чусва). — Харків, 2014. — 1428 с.
2. Иванов, В. В. Реабилитационные центры и программы для пациентов наркологического профиля / В. В. Иванов // Психиатрия. — 2010. — № 1 (07). — С. 48–58.
3. Обьедков, В. Г. Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год / В. Г. Обьедков, О. А. Скугаревский // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2011. — № 2 (4). — С. 142–147.
4. Копытов, А. В. Алкогольная зависимость у подростков и молодых людей мужского пола (социально-психологические аспекты): монография / А. В. Копытов. — Минск: Изд. Центр БГУ, 2012. — 400 с.
5. Negative Affect, Relapse, and Alcoholics Anonymous (AA): Does AA Work by Reducing Anger? / J. F. Kelly [et al.] // J. Stud. Alcohol and Drugs. — 2010. — № 71. — P. 434–444.

**УДК 616.89-008.441.13-07**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕЦИДИВООПАСНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В РЕМИССИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

*Сквира И. М.<sup>1</sup>, Сосин И. К.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Харьковская медицинская академия последипломного образования»

г. Харьков, Украина

## **Введение**

Основная задача наркологии при лечении алкогольной зависимости (АЗ) — достижение ремиссии (абсолютного воздержания от употребления алкоголя с ослаблением признаков болезни) [1]. Решение этой задачи на практике затрудняется вследствие, чаще всего неожиданных, непрогнозируемых, рецидивов заболевания, среди основных причин которых общепризнано значение стержневого синдрома АЗ — патологического влечения к алкоголю (ПВА) («craving») [1–2]. Для диагностики и количественного измерения ПВА в наркологии разработаны специальные психометрические шкалы [1–3].

Однако в комплексном исследовании последних лет, с использованием клинических шкал и лабораторных тестов, было установлено, что ПВА в ремиссии АЗ является редким феноменом [4]. Поэтому в настоящее время в генезе рецидивов АЗ придается значение многим другим клиническим факторам дестабилизации ремиссии, количественное измерение которых как в отечественной, так и мировой наркологии ранее не проводилось.

Нами в течение многолетних исследований впервые эти факторы дестабилизации ремиссии АЗ («скрытые признаки» болезни) были систематизированы, определены как «рецидивоопасные клинические ситуации» (РОКС), был разработан, апробирован и валидизирован метод скрининга и количественной оценки РОКС «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [5].

## **Цель**

Изучение возможностей применения опросника «Шкала экспресс-диагностики РОКС» для прогнозирования рецидивов алкогольной зависимости.

## **Материал и методы исследования**

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» были исследованы 132 пациента в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов  $41,8 \pm 7,2$  года) с алкогольной зависимостью в полной ремиссии (шифр F 10.202 по МКБ-10 [1]). Критериями исключения были: пациенты, злоупотребляющие алкоголем без признаков зависимости (F 10.1), с эндогенными психическими заболеваниями (F 20–39 по МКБ-10), а также лица в период острых и (или) обострения хронических соматических заболеваний.

Разделение на группы сравнения было произведено по признаку наличия РОКС: I группа пациентов ( $n = 88$ ) находилась в состоянии качественной ремиссии (без клинически выраженных рецидивоопас-