

УДК 614.2:616.89-008.441.13-036.82

**ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СТРАТЕГИЙ
В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ В ЛЕЧЕНИИ
И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Сквира И. М.¹, Абрамов Б. Э.¹, Сквира М. И.², Медушевская Н. В.²

**¹Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
²Реабилитационный центр «Формула трезвости»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Проблема лечения алкогольной зависимости (АЗ) остается чрезвычайно актуальной по масштабам распространения, величине медицинских, экономических и нравственных потерь [1; 2, 379]. Еще более эта проблема усугубляется тем, что конечная эффективность терапии пациентов с АЗ, определяемая длительностью ремиссии, продолжает оставаться совершенно недостаточной [1].

Наркологическая практика и данные научных исследований показывают, что эффективность лечения АЗ снижается из-за того, что социально-поддерживающий процесс у пациентов с этим хроническим заболеванием характеризуется функционированием дезинтегрированных, распадающихся социальных сетей («семья», «друзья», «значимые другие») [3, 94].

Вполне очевидно, что эффективность оказания помощи лицам с АЗ определяется не только профессиональным уровнем специалистов, но и тем, как относятся к наркологической помощи потребители и население в целом. Если люди, нуждающиеся в психиатрической помощи, будут ее бояться, избегать, считать неэффективной — вряд ли тогда служба будет работать эффективно [4, 461].

Сегодня уже очевидно, что при хронических заболеваниях достижение состояния полного физического, духовного и социального благополучия (традиционное понимание здоровья) практически невозможно. В то же время ориентация медицинской помощи на позитивное здоровье с максимальным удовлетворением потребностей пациента, развитием его способностей к адаптации и саморегуляции в целом будет способствовать повышению эффективности функционирования системы здравоохранения [5, 92].

Общепризнанно, что в наркологии интегрированные стратегии вмешательства в области регионального здравоохранения с созданием терапевтических сообществ — естественный путь решения этой задачи [1].

Целью работы было создать в условиях действующей терапевтической программы лечения алкогольной зависимости г. Гомеля открытое, эффективно функционирующее сообщество пациентов с алкогольной зависимостью.

Идея создания клуба пациентов с АЗ исходила, прежде всего, от самих пациентов, а также специалистов программы курса психиатрии УО «Гомельский государственный медицинский университет» и была поддержана бывшим заведующим кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии, д.м.н., профессором В. Я. Латышевой и заведующим кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П, д.м.н., профессором Т. М. Шаршаковой, а также администрацией Новобелицкого и Советского районов г. Гомеля.

Одной из главных задач было найти среди находившихся в ремиссии высокого качества пациентов-энтузиастов с личностными характеристиками, необходимых для достижения поставленной цели. Общими усилиями эта задача была решена в 2006 г. Одна из пациенток, Н., имеющая большой опыт лечения АЗ и общения с другими зависимыми и созависимыми 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.

Установлено, что даже после самого хорошего лечения, в результате которого у лиц с АЗ формировалась ремиссия высокого качества, когда сами пациенты смотрели на мир уже другими, чем прежде, глазами, мир вокруг них не изменялся. Сохранялось прежнее мнение о пациенте в семье, среди друзей, знакомых, на работе, в обществе в целом. Окружающие не понимали новых, трезвых установок пациента, в любой момент могли напоминать о прошлом, насмехаться над настоящим, уговаривать выпить «чуть-чуть», искусственно подталкивая их к срыву ремиссии. Чтобы устоять в таких условиях, важно, чтобы у пациентов в процессе лечения была сформирована цель и план действий на новое будущее в старом мире, для чего люди и стали приходить в клуб. Очень быстро число постоянных членов клуба выросло до 8, а затем до 25 человек, у них появлялись свои обязанности, всем хватало дела, а главное, 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 подгруппу. Репрезентативная по всем параметрам, в том числе по проведенному лечению и качеству ремиссии, контрольная подгруппа пациентов была образована из 80 лиц с АЗ (F 10.200), отказавшихся посещать клуб взаимопомощи пациентов.

При лонгитудинальном сравнении пациентов основной и контрольной подгрупп установлено следующее. Годичная ремиссия (которая, как известно, является критерием эффективности лечения пациентов с АЗ) наблюдалась у 22 (88 %) участников программы «Формула трезвости» против 54 (67,5 %) из 80 пациентов контрольной подгруппы ($p < 0,05$). За четырнадцать лет наблюдений выбыли из терапевтической программы только 4 (16,0 %) пациента из 25 лиц основной подгруппы и 25 человек (31,25 %) из 80 пациентов контрольной подгруппы ($p < 0,001$). После 14 лет наблюдения продолжали участие в терапевтической программе и находились в ремиссии 21 (84,0 %) из 25 пациентов основной подгруппы против 42 (52,5 %) из 80 пациентов контрольной подгруппы ($p < 0,001$).

Кроме того, за 14 лет в клубе побывали более 500 лиц с АЗ, которые получили необходимую консультацию, социальную поддержку, психологическую помощь.

Работа клуба складывалась как из традиционных встреч, так и из 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 испытали настоящее счастье от новой жизни и полноценного человеческого общения.

Членов клуба чрезвычайно волновало, что в обществе фактически сформировано и внедряется с раннего детства приемлемость участия алкоголя в жизни людей. Во многих семьях дети выпитывают 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.

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. Чаще всего это была психокоррекционная группа, характеризующаяся неструктурированным взаимодействием здесь и сейчас, 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.

Выводы

Интегрированные терапевтические стратегии с организацией на региональном уровне клуба взаимопомощи пациентов с алкогольной зависимостью являются естественным процессом, и при минимальных экономических затратах, в условиях административной поддержки позволяют достоверно ($p < 0,01$) повысить эффективность профилактики и лечения алкоголизма, способствует формированию здорового образа жизни населения. Опыт создания клуба пациентов «Формула трезвости» необходимо и возможно использовать для повышения эффективности функционирования системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клінічна наркологія: підручник безперервного професійного розвитку (за редакцією проф. В. Г. Марченко, ХМАПО) / Колектив авторів: І. К. Сосін [та інш.]. — Харків: Колегіум, 2020. — 1080 с.
2. Максимчук, В. П. Оценка уровня алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь / В. П. Максимчук, А. В. Копытов // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2019. — Т. 10, № 3. — С. 379–388.
3. Сквиря, И. М. Копинг-стратегии у лиц с алкогольной зависимостью в ремиссии и в рецидивоопасных клинических состояниях / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 3 (29). — С. 90–94.
4. Евсегнеев, Р. А. Колонка главного редактора / Р. А. Евсегнеев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2017. — Т. 8, № 4. — С. 461–462.
5. Шаршакова, Т. М. Теоретико-методологические основы концепции позитивного здоровья / Т. М. Шаршакова, Н. В. Гапанович-Кайдалов // Современные подходы к продвижению здоровья: сб. матер. VII Междунар. науч.-практ. конф., 25–26 окт. 2018 г., Гомель / А. Н. Лызинов [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 1,2 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — С. 90–92.