



Ежемесячный научно-практический журнал

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Подписные индексы:

по каталогу агентства
«Роспечать» —
20124

по каталогу агентства
«Пресса России» —
20425

Телефон:
(495) 518 14 51

Факс:
(495) 601 23 74

Адрес для писем:
125315, Москва, а/я 9

E-mail:
genius-media@mail.ru

1
2014

Читайте в номере

Шишков С.Н., Гречишкина Н.А.

Рассмотрение Конституционным Судом РФ жалоб на не соответствие Конституции некоторых положений Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», предусматривающих применение недобровольных психиатрических мер

Филаткина Н.В.

Современные подходы к организации деятельности медицинской сестры в психоневрологическом интернате в составе полипрофессиональной бригады

Колядко С.П., Воробьева Т.М.

Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда

Кулаков С.А., Береза Ж.В., Корчагина Е.К.

Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей

Макаров В.В., Беляков Д.А.

Новая методика саморегуляции на основе полимодальной психотерапии

Рожнова Т.М.

Генетические и психологические характеристики аддиктивных расстройств в форме алкогольной зависимости и феномена созависимости

Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л., Агибалова Т.В., Румбешт В.В.

Эмоциональный интеллект при шизофрении

Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В., Палатов С.Ю., Лебедев М.А.

Когнитивная составляющая репрезентации лечения и качество жизни при соматических заболеваниях

Зобнев В.М., Илюк Р.Д., Ипатов К.А.

Терапевтическое сообщество в системе реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных

Скугаревская М.М., Хоменко Н.В.

Нарушение распознавания эмоций и памяти на лица как маркер риска развития психоза

Мехтиева Л.Г.

Посттравматическое стрессовое расстройство в сложные социальные периоды

Павлов И.С.

Проблема расстройств эмоциональной сферы и их комплексной (фармакологической и психотерапевтической) терапии

Блок информационных сообщений

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Шишков С.Н., Гречишкина Н.А.

Рассмотрение Конституционным Судом РФ жалоб на не соответствие Конституции некоторых положений Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», предусматривающих применение недобровольных психиатрических мер. – С. 3—8.

Статья посвящена практике рассмотрения Конституционным Судом РФ жалоб на предмет соответствия Конституции РФ положений Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», регулирующих применение недобровольных психиатрических мер.

Анализируются аргументы лиц, обращавшихся с жалобами, а также доводы и решения Конституционного Суда РФ. Анализ указанной судебной практики позволяет сделать вывод о том, что Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» не нарушает Конституции РФ и в целом соответствует общепринятым международно-правовым стандартам в сфере оказания психиатрической помощи. Не соответствующими Конституции РФ были признаны лишь отдельные нормы Закона, не затрагивающие его концептуальных основ.

Ключевые слова: *жалобы, Конституционный Суд России, недобровольные психиатрические меры, решения суда, конституционные права, Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».*

Филаткина Н.В.

Современные подходы к организации деятельности медицинской сестры в психоневрологическом интернате в составе полипрофессиональной бригады. – С. 9—11.

Сообщается о традиционных обязанностях палатной медсестры, работающей в психоневрологическом интернате, которые с современных позиций находят особое место в полипрофессиональных бригадах, осуществляющих реабилитацию инвалидов. Представлен разноуровневый подход к деятельности медицинской сестры, пути взаимодействия медицинской сестры в рамках ее компетентности с другими специалистами.

Ключевые слова: медицинская сестра, психоневрологический интернат, инвалиды, реабилитация, полипрофессиональная бригада.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Колядко С.П., Воробьева Т.М.

Эмоциональная абстиненция как биопсихологический феномен в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда. – С. 12—15.

На основе многолетних исследований клинических проявлений невротических расстройств и данных, полученных в эксперименте на моделях невротических расстройств, аддиктивного и гедонического поведения, предложена концептуальная модель эмоциональной абстиненции как био-психологического феномена в переходных процессах при неравновесном гомеостазе эмоционального фонда.

Ключевые слова: эмоциональная абстиненция, невротические расстройства.

КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ

Кулаков С.А., Береза Ж.В., Корчагина Е.К.

Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей. – С. 16—22.

Изложена концепция медицинской (психотерапевтической) модели реабилитации наркозависимых. Необходимость ее создания вызвана увеличением коморбидных пациентов с низким реабилитационным потенциалом. Она основана на системности, синергичности, интеграции традиционных подходов с инновационными технологиями. Этапы реабилитации соотносятся с классификацией мишеней, принятых в Санкт-Петербургской школе психотерапии. Изложены основные задачи на каждом этапе реабилитации. В отличие от 12-шаговой модели акцент делается не на групповой, а индивидуальной психотерапии. Приведены катamnестические данные по эффективности модели. Подчеркивается, что предмет зависимости обусловлен скорее синергетикой факторов и не влияет на тактику лечения.

Ключевые слова: наркозависимость, расстройства личности, реабилитация, психотерапия

Макаров В.В., Беляков Д.А.

Новая методика саморегуляции на основе полимодальной психотерапии. – С. 23—29.

Отражены взгляды авторов на использование релаксационных практик в современной психотерапии. Описана модификация варианта Практики переключения, сосредоточения и погружения «Океан» профессора В.В. Макарова, для больных алкогольной зависимостью. Даны рекомендации по использованию данного метода в краткосрочной групповой полимодальной психотерапии алкогольной зависимости.

Ключевые слова: психотерапия, практика «Океан», полимодальная, аутогенная тренировка, методика релаксации, дыхательные упражнения, йога, медитация.

Рожнова Т.М

Генетические и психологические характеристики аддиктивных расстройств в форме алкогольной зависимости и феномена созависимости. – С. 30—36.

Представлены краткие результаты комплексного междисциплинарного исследования генетических и психологических характеристик лиц с наличием аддиктивных расстройств в форме алкогольной зависимости и феномена созависимости. Моделью исследования выбраны семьи больных алкоголизмом мужчин. Полученные данные свидетельствуют о наличии ассортативности браков по признаку изученных генетических характеристик и патологической комплементарности личностных особенностей супругов из семей с наличием исследованных форм аддиктивного поведения.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, феномен созависимости, генетические характеристики, психологические характеристики, комплементарность, ассортативность.

Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л.,

Агибалова Т.В., Румбешт В.В.

Эмоциональный интеллект при шизофрении. – С. 37—42.

Статья посвящена изучению нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией, проявлений социальной ангедонии с учетом клинической симптоматики. Представлен обзор различных теорий эмоций в психологии, включая современную модель «эмоционального интеллекта». Все большее внимание уделяется экспериментальному изучению патологии эмоциональной

сферы, и данная работы следует указанной традиции. У больных шизофренией были выявлены значительные по интенсивности негативные эмоциональные переживания. Также были обнаружены дефициты социального познания, восприятия эмоций, запрет на выражение чувств; описан ряд важных для понимания структуры нарушений эмоциональной сферы при шизофрении связей.

Ключевые слова: *шизофрения, эмоциональный интеллект, социальная ангедония, депрессия, социальное познание, восприятие эмоций, запрет на выражение чувств.*

Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В., Палатов С.Ю., Лебедев М.А.
Когнитивная составляющая репрезентации лечения и качество жизни при соматических заболеваниях. – С. 43—50.

Субъективные репрезентации болезни и лечения при соматических заболеваниях являются ключевыми факторами соблюдения рекомендаций врача и качества жизни. В работе описаны структура и возможности диагностики репрезентации болезни и лечения в соответствии с моделями саморегуляции здоровья и болезни Г. Левентала (Leventhal et al, 2003) и восприятия лечения Р. Хорна (Horne, 2003). В исследовании связи репрезентации лечения с репрезентацией болезни и качеством жизни, проводившегося на выборке 98 больных терапевтического и неврологического отделений, показано, что субъективная необходимость и субъективные опасения по поводу лечения коррелируют с представлениями больного о длительности заболевания, его контролируемости и негативных последствиях. Представления о необходимости лекарств, но не опасения связаны со снижением качества жизни, что мы объясняем тем, что пациент принимает роль «больного» и более отрицательно относится к своему состоянию и возможностям. Результаты позволяют предполагать, что диагностика и модификация отношения к лечению могут способствовать формированию готовности следовать рекомендациям врача и повышению качества жизни.

Ключевые слова: *субъективная репрезентация лечения, модель саморегуляции здоровья и болезни, качество жизни, психосоматика.*

Зобнев В.М., Илюк Р.Д., Ипатова К.А.

Терапевтическое сообщество в системе реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных. – С. 51—57.

*Рассматриваются вопросы организации и формы деятельности
Терапевтических сообществ, описаны современные подходы к реабилитации
ВИЧ-инфицированных наркологических больных, освещены взгляды современных
исследователей на проблему создания Терапевтических сообществ
ВИЧ-инфицированных наркологических больных в России и за рубежом.*

Ключевые слова: *Терапевтическое сообщество, ВИЧ-инфекция,
наркозависимость, реабилитационная среда.*

Скугаревская М.М., Хоменко Н.В.

Нарушение распознавания эмоций и памяти на лица
как маркер риска развития психоза. – С. 58—62.

*Выделение состояний клинически высокого риска развития шизофрении является
в настоящее время весьма перспективным для развития профилактических
вмешательств. Однако имеющиеся критерии риска нуждаются в дальнейшем
совершенствовании с целью усиления их предикторной мощности. Одним из
путей такого улучшения является поиск нейрокогнитивных
маркеров заболевания, в том числе особенностей распознавания эмоциональных
выражений лиц. Субъекты, имеющие клинически высокий риск развития психоза,
продемонстрировали худшие по сравнению со здоровыми и лучшие по сравнению
с больными шизофренией показатели памяти на лица и распознавания эмоций.*

Ключевые слова: *шизофрения, риск развития психоза, эмоциональное
восприятие, распознавание эмоций, память на лица.*

Мехтиева Л.Г.

Посттравматическое стрессовое расстройство в сложные социальные периоды.
– С. 63—65.

*На материалах исследования 106 пациентов с посттравматическим
стрессовым расстройством, причиной которого стали пережитые острые
стрессовые ситуации в период становления государственности и военного
конфликта 1991—1994 гг. в Азербайджане, установлены факторы,
способствовавшие возникновению заболевания у пострадавших. Предлагаются
меры профилактики, раннего выявления и лечения посттравматического
стрессового расстройства.*

Ключевые слова: *социальные факторы риска, посттравматическое
стрессовое расстройство, клинические проявления, терапия, реабилитация*

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Павлов И.С.

Проблема расстройств эмоциональной сферы
и их комплексной (фармакологической и психотерапевтической) терапии. – С.
66—76.

ИНФОРМАЦИЯ

Блок информационных сообщений. – С. 77—84.

Терапевтическое Сообщество в системе реабилитации

ВИЧ-инфицированных наркологических больных

Зобнев В. М., Илюк Р.Д., Ипатова К.А.

Аннотация: в статье рассматриваются вопросы организации и формы деятельности Терапевтических Сообществ, описаны современные подходы к реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных, освещены взгляды современных исследователей на проблему создания Терапевтических Сообществ ВИЧ-инфицированных наркологических больных в России и за рубежом.

Ключевые слова: Терапевтическое Сообщество, ВИЧ-инфекция, наркозависимость, реабилитационная среда.

В России по оценкам экспертов общее число потребителей наркотиков составляет от 4 до 5 миллионов человек, от потребления наркотических веществ ежегодно умирает несколько десятков тысяч человек в возрасте до 30 лет [13,17,20]. Потребители инъекционных наркотиков являются основной группой официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных граждан. Стигматизация ВИЧ-инфицированных приводит к их изоляции в обществе, агрессивнo-рискованному поведению и затрудняет возможности их успешной медико-психологической и социальной реабилитации. Стихийно возникающие группы самопомощи и общественные объединения ВИЧ-инфицированных, как правило, существуют вне поля профессиональной психотерапевтической, наркологической и психиатрической помощи и не могут являться звеньями, контролируемых здравоохранением реабилитационных программ.

Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. [22] отмечают, что традиционные медицинские подходы оказываются недостаточно эффективными и не могут быть реализованы в существующей структуре наркологических диспансеров и больниц. В индивидуальной терапевтической работе с ВИЧ-инфицированными наркологическими больными не всегда удается нормализовать их нервно-психическое состояние, сформировать установку на лечение и приверженность к антиретровирусной терапии (АРВТ). Для многих такая работа должна дополняться медико-социальными реабилитационными стационарными и амбулаторными программами, в которых пациент из объекта терапевтических воздействий превращается в субъекта, который не только принимает на себя ответственность за исход

лечения, но и начинает помогать другим больным, обретает новые жизненные цели и ценности, успешно социализируется в семье и обществе.

Необходимость создания Терапевтических Сообществ (ТС) ВИЧ – инфицированных больных наркоманией обусловлена тем, что интеграция ВИЧ-инфицированных в нормальную жизнь сталкивается с рядом объективных и субъективных трудностей, обусловленных общественной изоляцией, притеснением ВИЧ-инфицированных людей и игнорированием их запросов, а также уязвимостью психологической защиты и проблемой двойной стигматизации ВИЧ-инфицированных больных наркоманией.

Основной целью создания ТС ВИЧ-инфицированных и их родственников является формирование в специально организованном пространстве наркологического реабилитационного центра новых адаптационных навыков у членов ТС, а также решение основных лечебных задач устойчивыми терапевтическими группами, в основе функционирования которых лежит взаимопонимание, взаимопомощь и взаимоподдержка.

ВИЧ- положительный статус является для человека серьезной психологической травмой и ассоциируется у многих пациентов со смертным приговором, что оказывает значительное влияние на его психику и поведение. Первые реакции пациентов на обнаружение у них ВИЧ-инфекция разнообразны и обусловлены преморбидными особенностями личности, системой отношений с окружающим миром, типами психологической защиты, уровнем информированности о природе заболевания, формами ее проявления и возможностях лечения. Ухудшение состояния здоровья и пребывание в медицинском учреждении зачастую вынуждают человека оставить работу, изменить круг привычных занятий и общения. В этот период психологический кризис усугубляется рядом социальных проблем: возникают материальные проблемы, меняются социальные роли в семье, возрастает стремление употребить наркотик. В основе личностных трансформаций лежит экзистенциальный кризис, меняющий отношение пациентов к вопросам страдания, одиночества, изоляции, жизни и смерти. У таких больных может также отмечаться гетероагрессивность, которая выражается в делинквентном поведении, включающем попытки активного или пассивного распространения инфекции [21].

Кольцова О.В. [19] описывает переживания, связанные с получением ВИЧ-статуса: у человека «возникает беспокойство не только о продолжительности жизни, но и ее

качестве...», а также «ожидаемой социальной изоляцией». Она обращает внимание на наличие у ВИЧ-инфицированных состояния раздражительности при одновременной нерешительности и неуверенности, появления страха мучительной смерти или инфицирования близких.

Люди воспринимают ВИЧ-инфицированных как угрозу своей личной безопасности, относятся к ним враждебно, стремятся защититься от них самыми разными способами вплоть до открытой дискриминации и даже изоляции [2].

«Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных и больных наркоманией обусловлена эволюционно сложившимся отрицательным отношением общества к опасным и хроническим болезням, а также негативным отношением к людям с отклоняющимся от общепринятой нормы поведением или отличающимися социально-психологическими характеристиками» [15].

Двойная стигматизация – по ВИЧ-инфекции и зависимости от психоактивных веществ - существенно отягощают психологический и социальный статус пациентов. Значимые общественные и жизненные ценности становятся для таких больных недостижимыми, они часто теряют смысл жизни, у них не хватает сил для борьбы за свою жизнь и здоровье. «Дискриминация больных ВИЧ может быть явной и скрытой. Явная сказывается в том, что от больного отворачиваются, узнав о его диагнозе, или, когда официально, основываясь на норме права, больные ВИЧ лишаются работы или возможности быть принятыми на определенную работу, когда им отказывают во въезде в страну, и т.д.» [11]. Скрытая дискриминация выражается в том, что доступность медицинской помощи декларируется, но при этом не учитываются пожелания самих пациентов участвовать не в общих программах, а в модифицированных, учитывающих их статус и состояние.

Киселев М.Ю. [18] описывает следующее: «Постановка диагноза ВИЧ-инфекция, является для личности кризисной, поскольку она связана с реальной опасностью для жизни; это прямое столкновение с возможностью собственной смерти. Как и любая другая критическая ситуация, она актуализирует целый ряд экзистенциальных проблем: необходимость принятия смерти, переосмысление жизни, принятие ответственности и т.д. Человек сталкивается один на один с болезнью, начинает осознавать и ощущать свою беспомощность перед лицом произошедшего, свою оторванность от мира, других людей, а часто, и самого себя. Приходит отчаяние и потеря надежды».

Последствиями трудной жизненной ситуации для личности могут быть:

1. Негативные эмоциональные переживания – печаль, горе, обида, гнев, стыд, вина.
2. Снижается самооценка, изменяется представление о мире и себе.
3. Процесс обособления преобладает над идентификацией и стремлением к единению с другими людьми
4. Сужается круг общения и снижается интенсивность социальных контактов.

Однако, существует и обратная ситуация, когда перспектива смерти становится пусковым механизмом позитивных изменений и дальнейшего личностного роста, что подтверждается характерными высказываниями больных: «Если умереть, то умереть человеком». Жизнь при этом приобретает особую ценность, в которой доминирующей является ее продление и наполнение смыслом. Увеличивается внимание к собственному здоровью, растет ответственность перед собой и социальным окружением, возникает более глубокий контакт с близкими людьми [21].

Основными терапевтическими мишенями в медико-психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных являются: опустошенность, одиночество, обида, страх, апатия, чувство вины, не критичность к употреблению наркотического средства, агрессия (аутоагрессия). Значимые общественные жизненные ценности становятся для таких больных недостижимыми, у них часто теряется смысл жизни и не хватает сил для борьбы за свою жизнь и здоровье. Опасение осложнений при приеме антиретровирусных препаратов, недоступность профессиональной психологической и психотерапевтической помощи, запрет на получение заместительной терапии, отсутствие возможности анонимного лечения в специализированных реабилитационных центрах усиливает чувство ненужности и враждебности к обществу, для которого они стали изгоями и обузой.

Терапевтические Сообщества (ТС) для больных наркоманией получили широкое распространение в 60-80 гг. XX столетия, и за 50 лет своего существования претерпели эволюцию, отвечая запросам общества и интересам членов ТС.

Многочисленные научные исследования структуры и типов ТС посвящены описанию демографического состава пациентов, критериев отбора и длительности нахождения в ТС, содержания реабилитационных и психотерапевтических программ, оценке эффективности ТС

на основании самоотчетов больных наркоманией и данных объективных катamnестических обследований [7, 9,10, 23, 24, 26, 28].

Первые описания новых форм организации и деятельности ТС для психиатрических пациентов принадлежат М. Jones [34]. Общим делом больных и медицинского персонала стало не только лечение, но и ведение хозяйства, обсуждение общих проблем. Именно тогда и появился новый термин "therapeutic community" [3], обозначающий лечебные сообщества пациентов и специалистов. В основу ТС был положен опыт групп самопомощи 12-шаговых программ АА и НА. Концепция классических ТС наркологических больных была сформирована позже с учетом многолетнего опыта деятельности ТС в США [30,40].

В настоящее время ТС работают в 65 странах мира и объединены в национальные и межгосударственные Федерации (Союзы). Старейшими федерациями ТС являются (WFTC – Всемирная федерация ТС; EFTC- Европейская федерация ТС; TCA – Терапевтические сообщества Америки; AFTC- африканская федерация ТС; ATCA- австралийская Терапевтических Сообществ и др.). В 1998 году была создана FTCSSEE (Федерация Терапевтических Сообществ Средней и Восточной Европы) в которую входит 11 стран (в их числе Россия и Украина) председателем FTCSSEE является польский психиатр Анджей Май-Маевский, директор лечебно-наркологического центра "Familia" в Гливицах [27]. История создания и развития ТС позволяет утверждать, что реабилитационные модели возникали в разных странах в связи с необходимостью изменения (модификации) поведения наркозависимых в специально организованной для этой цели среде (пространстве) и последующей адаптации трезвого больного наркоманией к жизни в современном обществе.

В старейших ТС Америки «Синаноне» и «Дайтопе» разрабатывалась методология традиционных ТС для наркозависимых, определялись оптимальные сроки пребывания в стационарном ТС, стадии реабилитации: ориентация, индукция, первичное лечение и подготовка к возвращению в общество [30].

В последнее десятилетие наметилась тенденция сокращения сроков пребывания резидентов в долгосрочных программах (с 18-24 месяцев до 3-12 месяцев). Традиционная модель ТС явилась основой для появления множества модифицированных программ, в том числе и амбулаторных [32,33,35]. По данным многочисленных научных исследований ТС является эффективным и экономически выгодным для лечения некоторых подгрупп

наркозависимых. По мнению De Leon, G., [32] в ближайшие годы потребуются специальные исследования в рамках доказательного подхода в изучении эффективности ТС.

Обязательными для всех видов ТС являются общие правила нахождения участника в программе ТС:

- запрещено употребление алкоголя, наркотических веществ и лекарственных средств (без назначения врача);
- запрещено моральное и физическое насилие и даже угрозы его применения;
- запрещены сексуальные отношения.

В некоторых (особенно религиозных ТС) также запрещается курение табака.

Основной целью ТС является создание благоприятных условий для изменения асоциального образа жизни наркозависимого через сообщество активных и заинтересованных людей, работающих и обучающих вместе, чтобы помочь самим себе и друг другу [39].

Терапевтические Сообщества представляют собой достаточно сложные институты по оказанию реабилитационных услуг. Понятие Терапевтическое Сообщество является общим и включает множество краткосрочных и длительных программ с проживанием, а также дневных и амбулаторных программ, которые предлагают широкий спектр услуг наркозависимым пациентам [37].

Таким образом, одним из наиболее полных определений термина “Терапевтическое сообщество” является - свободная от наркотиков окружающая среда, в которой люди с проблемами зависимости сосуществуют в организованном и структурированном пространстве, чтобы способствовать изменению и сделать возможным свободную от наркотиков жизнь в обществе. Терапевтическое сообщество формирует миниатюру общества, в котором жители, выполняют различные роли и придерживаются ясных правил, чтобы продвинуться в выздоровлении [29].

В специфическом смысле ТС обозначает реабилитационное учреждение, использующее в своей практике некое характерное множество принципов и методов. Основной задачей ТС можно считать освобождение больных от тех личностных и

социальных ограничений, которые неизбежно создает психическое и наркологическое заболевание, чтобы они, вернувшись в общество, могли жить свободно и более содержательно. Функциональные особенности ТС полярно отличаются от «рациональной бюрократии» обычных наркологических учреждений. Вместо четкой вертикальной иерархии здесь имеют место сознательная попытка смешивания ролей и определенное снижение значимости отдельных профессиональных квалификаций, повышение роли социальных работников, консультантов и волонтеров из выздоравливающих больных. ТС в наркологии-это метод реабилитации , отличающийся от других лечебно-реабилитационных подходов намеренным использованием объединения равных по положению людей (пациенты и персонал), чтобы способствовать выздоровлению наркологических больных [5,6].

ТС исходят из того, что возвращение в нормальную жизнь зависимого от наркотических веществ должно проходить через интеграцию в общественную жизнь ТС, напоминающего большую семью, в которой есть система поощрений и наказаний, распределение обязанностей, уважение прав члена семьи, оценка его возможностей выполнения конкретных заданий, пример для подражания со стороны старших, создание атмосферы защищенности и заботы и т.п. Большинство ТС используют иерархическую или демократическую модель построения взаимоотношений. Считается, что большинство ТС используют классическую модель, разработанную в США (“Phoenix House”, “Daytop”), в Европейских странах чаще используется демократический стиль руководства ТС.

Каклюгин Н.В. [16] занимаясь анализом Терапевтических Сообществ, отмечает работу польского «Монар»: « Эта система, первые звенья которой по образу и подобию “Daytop” психолог Марк Котаньский начал создавать еще в конце 60-х годов, сегодня представляет собой широкую сеть реабилитационных центров для наркозависимых по всей Польше и с филиалами в других странах». Один из таких филиалов существует на территории России – в Калининграде. Продолжительность курса реабилитации в Центрах «Монар» составляет не менее 12 месяцев. Жесткая регламентация жизни пациентов, строгие правила поведения- абсолютная трезвость, запрет на сексуальные отношения, взаимная вежливость и добропорядочность, полное самообслуживание , обязательное участие в групповых занятиях, самоуправление, учеба и работа постоянно контролируются специалистами и старшими реабилитантами (выпускниками). Деятельность центров координируется методическим советом и управлением в Варшаве, издаются журнал и информационные бюллетени, методические пособия и руководства. В настоящее время в

центрах «Монар» проходят реабилитацию в основном люди молодого возраста и ВИЧ-инфицированные пациенты. На русском языке, подробно были описаны принципы функционирования подобных ТС [4].

Основной целью создания ТС ВИЧ-инфицированных наркологических больных (и их родственников) является формирование в специально организованном реабилитационном пространстве новых адаптационных навыков, позволяющих не только преодолеть чувство одиночества, изменить стиль жизни, но и активировать их позитивные жизненные установки. При организации ТС ВИЧ-инфицированных наркологических больных в условиях существующих стационарных и амбулаторных реабилитационных центров необходимо разработать оптимальную структуру ТС, обосновать основные критерии отбора пациентов и определение реабилитационного потенциала, правила поведения участников реабилитационной программы, описать алгоритм лечебных мероприятий, методы и формы психологической и социальной работы. Система реабилитации должна соответствовать потребностям следующих групп клиентов: инфицированным потребителям наркотиков без клинических симптомов, инфицированным потребителям наркотиков с проявлениями заболеваний, связанных со СПИД и психическими расстройствами, для тех, кто отказался от приема наркотиков и для тех, кто продолжает их принимать. Для ВИЧ-инфицированных наркологических больных эффективнее предлагать "низкопороговые" терапевтические и реабилитационные технологии, ориентированные на временное прекращение или снижение уровня употребления и других рискованных форм поведения, более длительные периоды воздержания, уменьшение симптомов наркотической зависимости, уменьшение психиатрических симптомов, улучшение качества и сохранение жизни, уменьшение криминального поведения. В системе реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных важными принципами являются:

- доступность - применение низкопороговых программ, толерантность к медико-социальному, юридическому и финансовому статусу пациента;
- партнерство - основанное на взаимном доверии и сотрудничестве;
- индивидуальность - учет био-психо-социальных характеристик пациента (УРП);
- ступенчатость - поэтапное прохождение реабилитационных воздействий;
- комплексность-использование междисциплинарных медико-психологических интервенций и интегрированных стратегий медицинского ухода, сконцентрированных

в одном месте; социально- педагогическое воздействие (образование, трудотерапия, профориентация и подготовка, трудоустройство).

- длительность - для ВИЧ-инфицированных наркологических больных предпочтительнее длительное (от трех месяцев до года) участие в реабилитационных программах в качестве пациента, а затем и волонтера, желающего и способного помогать другим, принявшего идеи, традиции и нормы ТС.

Дудко Т.Н. с соавт., [8] отмечает необходимость создания Реабилитационной Среды (РС), для успешной реализации реабилитационных программ в наркологическом учреждении. При этом РС является «не только терапевтическим инструментом реадaptации и ресoциализации», но и защищает пациентов реабилитационного центра «от пагубного воздействия наркоманической среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков». Реабилитационная среда предоставляет возможность наркологическим больным активно включиться в процесс медико-психологической реабилитации и создает необходимые условия для формирования трезвеннического мировоззрения участников реабилитационной программы и их успешной социализации в дальнейшем. Кроме того, РС способствует развитию навыков самоуправления, конструктивному разрешению межличностных и интерперсональных конфликтов, принятию персональной ответственности реабилитантов за психологический климат в лечебном коллективе.

В основе многих реабилитационных наркологических программ за рубежом и в нашей стране лежит 12-ти шаговая программа Анонимных алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (НА), а также для родственников больных алкоголизмом (АлАнон) и больных наркоманией (НарАнон).

История групп самопомощи больных алкоголизмом берет свое начало с религиозных «Оксфордских групп» имевших широкое распространение в США (в конце XIX-начале XX в.). Помощь в группах единомышленников обретения трезвости основывалась на вере в Бога и взаимоподдержке. Однако, больные алкоголизмом в этих группах тяготились лидерством людей не имеющих алкогольной зависимости и отсутствием понимания их специфических проблем – одиночества, самообвинения после запоев, поиска замены алкоголю, лживость и самооправдание. В 1935 году была создана первая группа Анонимных Алкоголиков (АА), положившая основу массового движения АА. Были разработаны 12 шагов и 12 традиций АА, которые положены в основу теоретических и организационных подходов Сообщества. К. Юнг проанализировав свой опыт первых групп

АА, предложил больным алкоголизмом строить свое личностное восстановление опираясь на «Силу», более могущественную, чем «Я».

Миннесотская модель зарекомендовала себя в мире как одна из наиболее разработанных психотерапевтических систем, с помощью которой больные добиваются достаточно высокого уровня эмоциональной, духовной и поведенческой зрелости, позволяющей им справиться с зависимостью. Однако приходится с сожалением констатировать, что в России в большинстве реабилитационных стационаров методика применяется недостаточно квалифицированно. Больные не осваивают 12-шаговую программу в полном объеме и ограничиваются в основном первыми тремя и последними шагами. У большинства из них отсутствует стойкая мотивация на отказ от ПАВ, имеется психологическое неприятие необходимости обращения за помощью к божественным силам и основных постулатов программы: «Я наркоман (алкоголик)», «Я болен на всю жизнь», «Я никогда уже не стану здоровым», «Мне не хватает терпения и усердия для освоения сложной программы».

Наиболее полно отечественный опыт применения 12-шаговой программы в наркологических стационарах описан в методических рекомендациях Батищева В.В. и Негериш Н.В. [1] и в статье Игониной А.Л. о перспективах деятельности АА в России [14].

Соловьев А.В. [25] полагает, что «группы самопомощи являются, видимо, лучшим способом реализации на практике принципа стимулирования собственной активности клиентов». Он предлагает рассматривать группы само- и взаимопомощи «как важный элемент гражданской инициативы» в современном обществе, но «сама эта инициатива обычно исходит от профессионалов», которые работают с социально неблагополучными группами населения. Врачи, психологи, социальные работники понимают необходимость вовлечения больных и родственников в лечебный процесс, привлекают своих пациентов к активному участию в достижении поставленных целей – восстановлению социального статуса и повышения качества жизни. Положительный опыт участия в групповых формах психотерапии, в том числе и семейной, побуждает наиболее активных и творческих пациентов закрепить эти навыки группового общения за пределами наркологического учреждения в группах взаимопомощи.

Валентик Ю.В. [2, 3], отмечает, что в программе АА и НА основной акцент делается на формирование надежды больных на Высшую Силу, которая поможет в

преодолении их слабости и зависимости, а в Терапевтических Сообществах главным является формирование ответственности человека, как за его зависимость, так и за его выздоровление: «ты сюда себя привел, и ты должен себя вытащить отсюда с помощью других». В этом их принципиальное отличие.

В отечественной наркологии принято, что ВИЧ –инфицированные наркологические больные проходят медико-психологическую реабилитацию вместе с пациентами, не имеющими положительного статуса ВИЧ. Считается, что ВИЧ-инфицированные зависимые от ПАВ вполне могут справляться с физическими и психическими нагрузками участника реабилитационной программы. Однако сами ВИЧ-инфицированные предпочитают обсуждать личностные и социальные проблемы среди себе подобных, создают неформальные группы взаимопомощи ВИЧ-инфицированных, образуют устойчивые семейные пары.

За рубежом описан многочисленный опыт работы специальных групп поддержки для ВИЧ-инфицированных пациентов и для тех людей, кому уже поставлен диагноз СПИД [31,36]. В России специальные психотерапевтические программы для ВИЧ-инфицированных создаются психологами в инфекционных больницах или Центрах профилактики СПИДа, но наркологические больные затрудняют планомерную работу групп ВИЧ-инфицированных из-за частых рецидивов, асоциального образа жизни и безответственного поведения. В последние годы в наркологических реабилитационных центрах до 50-60 % участвующих в медико-психологических программах составляют ВИЧ-инфицированные наркологические больные. В этих центрах имеются все условия для оказания разносторонней медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным наркологическим больным, осуществляется объективный контроль за трезвостью пациентов, поощряются их положительные инициативы, осуществляется контроль за получением консультаций врача-инфекциониста и регулярным приемом назначенных АРВ- препаратов.

Необходимость создания ТС ВИЧ-инфицированных больных наркоманией обусловлена их желанием участвовать в длительных реабилитационных программах с меньшими физическими и эмоциональными нагрузками, с возможностью интимного обсуждения в терапевтических группах проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, агрессивным-рискованным поведением и травмирующими взаимоотношениями с близкими людьми, социальным окружением.

Показаниями к отбору пациентов в Терапевтические Сообщества ВИЧ-инфицированных наркологических больных являются добровольное желание больных и их родственников участвовать именно в этом виде реабилитационной программы; ВИЧ-инфекция, зависимость от психоактивных веществ. В свою очередь, противопоказания включают прежде всего состояние наркотической или алкогольной интоксикации; наличие выраженного суицидного риска; наличие психотических состояний с бредом, галлюцинациями или выраженные аффективные нарушения; выраженное интеллектуальное снижение (СПИД-связанная энцефалопатия); выраженная сопутствующая соматическая патология; асоциальный характер поведения больного.

Основными целями интервенций Терапевтического Сообщества ВИЧ-инфицированных наркологических больных являются :

- Удержание пациентов в реабилитационной программе;
- Поддержание мотивации к отказу от приема наркотических веществ;
- Коррекция рискованного поведения;
- Профилактика рецидивов употребления наркотиков;
- Помощь в решении экзистенциальных проблем - преодоление тревоги, страха, депрессии;
- Принятие диагноза ВИЧ, формирование приверженности к получению антиретровирусной терапии (АРВТ).

При организации ТС ВИЧ-инфицированных наркологических больных возможны следующие осложнения - возобновление больными наркотизации, досрочный уход пациентов из ТС и реабилитационной программы, проявление "госпитализма" (нежелание пациента возвращаться к активной социальной и трудовой деятельности вне стен реабилитационного Центра), употребление лекарственных средств без назначения врача, агрессивное поведение, целенаправленный пропуск занятий. Для профилактики этих осложнений необходим постоянный контроль наличия психоактивных веществ в биологических средах организма пациентов, объективная оценка установок и поведенческих реакций участников реабилитационных программ, учёт их уровня реабилитационного потенциала (УРП).

Демократичность ТС ВИЧ-инфицированных наркологических больных , наряду с неукоснительным выполнением основных правил и норм - полное воздержание от алкоголя

и запрещенных психоактивных веществ его членами, запрещение физического и морального насилия, полное или частичное самоуправление - позволяют существенно расширить возможности реабилитационных центров и создать лечебную перспективу не только для участников ТС, но и для других больных, начинающих свой путь к обретению абстиненции, духовному и социальному благополучию.

На стабильность ТС ВИЧ-инфицированных наркологических больных влияют многие факторы: потребность людей в неформальном доверительном общении; возможность идентификации и отреагирования; добровольность принятия и создания правил поведения по традиции ТС; возможность реализации потенциальных способностей человека; общественная значимость общей цели - достижение здорового образа жизни. Привлекательным в деятельности ТС является совместное избирательное проведение досуга по интересам членов сообщества. ТС позволяет соблюсти принципы анонимности, неразглашения врачебной тайны, и одновременно открытости, добровольного входа и выхода из ТС.

Успешность социально-психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных наркологических больных может определяться следующими критериями:

- Завершение полного курса медико-психологической реабилитации (удержание в программе);
- Выработка способности адекватной самооценки пациентов (его болезни, эффективности собственной учебной и трудовой деятельности, содержательности досуга);
- Поддержание мотивации к отказу от приема наркотических веществ;
- Коррекция рискованного поведения;
- Профилактика рецидивов употребления наркотиков;
- Помощь в решении экзистенциальных проблем - преодоление тревоги, страха, депрессии;
- Принятие диагноза ВИЧ, формирование приверженности к получению антиретровирусной терапии. (АРВТ)
- Активизация позитивных жизненных взглядов и представлений;
- Преодоление эгоцентризма и выработка активной жизненной позиции;

- Уход от стигматизации ВИЧ-инфицированного наркозависимого (преодоление чувства “неполноценности”).

Перечисленные выше критерии могут иметь качественную и количественную оценку, как для отдельного участника реабилитационной программы, так и для всего ТС, если сравнивать его с отдельными частями реабилитационной программы для наркозависимых (консультирование, индивидуальная, групповая, семейная психотерапия) или с успешностью деятельности других реабилитационных центров, ТС, групп само- и взаимопомощи.

Новые реабилитационные программы для ВИЧ-инфицированных больных, основываются на классической модели ТС и используют основные приемы помощи наркозависимым в рамках одного лечебного учреждения (психологическое консультирование, групповая и индивидуальная психотерапия, фармакологическое лечение, совместный отдых и труд, трудоустройство и юридическая помощь). Основным «терапевтом и учителем» в ТС, является само сообщество, а сотрудники и специалисты ТС служат ролевыми моделями и осуществляют роль руководителей процесса реабилитации и старших наставников для участников программы.

Для традиционных и модифицированных ТС характерным является самоуправление (полное или частичное) членов сообщества, поддержание основных норм и правил, создающих возможности для самопомощи, взаимной поддержки и изменения образа жизни наркологических больных. Sacks S. [38] утверждает, что успешная деятельность ТС с момента его создания позволяет проявить творческую инициативу и заинтересованность участников реабилитационной программы, создать лечебную перспективу для ВИЧ—инфицированных наркологических больных.

Модель «Терапевтического Сообщества» реализуется в России в эклектических вариантах. Реабилитационные учреждения испытывают трудности в формировании и долгосрочном функционировании подлинной терапевтической (реабилитационной) среды, для создания которой необходимы высококвалифицированные кадры, проникнутые идеологией реабилитации и способные работать как единая «бригада» в рамках партнерских (непатерналистских) отношений с пациентами. К сожалению, в настоящее время наркологическая служба далеко не везде располагает такими возможностями, но попытки создания и тиражирования модели «Терапевтического Сообщества» обнадеживают [12].

Список литературы

1. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «решение» : теория и практика.-М., 2001, -181 с.
2. Беляева В.В. Методические рекомендации по повышению приверженности пациентов к антиретровирусной терапии. Методическое руководство. Москва, 2007, -52 с.
3. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. // Наркология №1, 2002 г. с.43-47.
4. Валентик Ю.В. Реабилитационные центры "Casa Famigilla Rosetta" для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). — М., 2001. - 106 с.
5. Гузиков Б.М., Зобнев В.М, Голубев А.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных (пособие для врачей), СПб, НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000г., -28 с.
6. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Профилактика и реабилитация в наркологии №1, 2002 г. с.66-79
7. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) //Вопросы наркологии. -2006. -№ 1. с. 31-41.
8. Дудко Т.Н., Арзуманов Ю.Л., Огурцов П.П., Райзман Е.М., Котельникова Л.А., Абакумова А., Мазурчик Н.В., Адамова Т.В. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией (Методические рекомендации), М., - 2009 г., -28 с.
9. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. и др. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории (Методические рекомендации), - М., 2004. -57 с.
10. Дудко Т.Н. Учебный семинар «методика лечения и реабилитации наркологических больных в семейных и терапевтических сообществах (опыт работы реабилитационных центров “Daytop”) // Вопросы наркологии , 1997, №1 , с.36-38
11. Жужгова И.В., Васильева Т.В., Островский Д.В., Исаева Г.Н.. Медико-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированных пациентов. Методическое руководство, СПб, 2006, -74 с.
12. Иванец Н.Н., Пелипас В.Е., Дудко Т.Н., Цетлин М.Г. Организационно-методические аспекты реабилитации наркологических больных. Наркомания в России- угроза национальной безопасности страны// Сборник материалов под ред. А.А. Нелюбина. Издание Совета Федерации, - М., 2005 г., 135 с.
13. Иванов В. П. Основные направления разрабатываемой Стратегии государственной антинаркотической политики. Журнал "Наркология" 1/2010, с.12-17
14. Игонин А.Л. Общество Анонимных Алкоголиков и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение), Наркология, №1, 2007, с.54-58

15. Зобнев В.М., Илюк Р.Д. Медико-психологические и социальные проблемы стигматизации ВИЧ-инфицированных больных наркоманией как мишени для психотерапии. Сборник «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. НИПНИ им. В.М. Бехтерева.-2006 г.- с. 164-165.
16. Каклюгин Н.В. Нерелигиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообществах (ТС) «Монар» (Польша) и «Знаменка» (Калининградская область).// Наркология, 2008 г. , №11, с.70-80
17. Каклюгин Н. В. Современная наркоситуация в России.// «Наркология», №1, 2010 г., с.86-92
18. Киселев М. Ю. Страх и стигма: о социально-психологических механизмах стигматизации больных СПИДом и жертв радиационных катастроф. Психологический журнал, 1999, том 20, №4, с. 40-47
19. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. – СПб, Речь,2007.- 160 с.
20. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики.// Наркология № 8, 2009г., с.41-46
21. Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Экзистенциальный кризис у ВИЧ-инфицированных наркозависимых как психотерапевтический ресурс. Сборник Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.-2005- с. 163
22. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии.// Наркология № 1 , 2002 г., с.40-42
23. Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. Под ред. Валентика Ю.В., М., 2003, с.112-115
24. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных, ООН, Управление по наркотикам и преступности, Вена, 2003 г., -17с.
25. Соловьев А.В. Группы самопомощи: их специфика и возможность, сб. «Человек в трудной жизненной ситуации» М., 2004, с.77-79.
26. Campling, P., Haigh, R. Therapeutic Communities: Past, Present and Future, London: Jessica Kingsley Publishers, 1999, 272p.
27. Bunt GC, Muehlbach B, Moed CO. The Therapeutic Community: an international perspective. // Subst. Abus., 2008, 29 (3) , p. 81
28. Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts : prediction of long-term outcomes.// Addict Behav., 2004, 29 (9), p. 1833
29. De Leon G., Sacks, S., Staines, G., Mc Kendrick, K. Modified therapeutic community for homeless mentally in chemical abusers: emerging subtypes.// Am. journal of drug and alcohol abuse , 1999, 25 (3) , pp. 495-515
30. De Leon, G. Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York, Springer, 2000, p. 472
31. De Leon G. Therapeutic community: AIDS/ HIV risk and harm reduction. // Journal of substance abuse treatment , 1996, 13 (5) , p. 411-420
32. De Leon, G.. Is The Therapeutic Community an Evidence-based Treatment? What the Evidence Says.// Therapeutic Communities, 2010, vol. 31(2), p.323-346
33. Guydish J., Werdegard D, Sorensen LJ, Clark W, Acampora A. A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes. The Walden House Day Treatment Program. // J Subst Abuse Treat., 1995, 12(6), p.441
34. Jones M. The therapeutic community, social learning and social change//Therapeutic communities. -1979. -p. 1-10.
35. Kennard D. An incomplete history of the Association of Therapeutic Communities /Therapeutic Communities, 32(2), 2011, p.97-107

36. McCusker J., Sorensen JL. HIV and Therapeutic Communities. *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*. NIDA Research monograph 144 , 1994, 280 p., p.232-258
37. Melnick, G; De Leon , G., Hiller , M. et al.: Therapeutic communities : diversity in treatment elements // *Subst. Use Misuse* 35, 2000, p. 1819-1847
38. Sacks S. et al. Modified therapeutic community aftercare for clients triply diagnosed with HIV/AIDS and co-occurring mental and substance use disorders. *AIDS Care*, 23(12), 2011, p.1676-1686.
39. Soyez V., De Leon, G., Broekaert, E., Rosseel, Y. The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: a quasi-experimental study. // *Addiction* (Abington, England), 2006, 101 (7) , p.1027
40. Sugarman B: *Daytop Village: A Therapeutic Community*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1974, Psychology , p.134