

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ»

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Сборник научных статей

Под общей редакцией доктора медицинских наук,
профессора В.В. Смычка

Выпуск 16

Минск
Издатель А. Н. Вараксин
2014

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3
М42

Рецензенты:

д-р мед.наук, проф., заведующий кафедры медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии Гродненского государственного медицинского университета *Л.А. Пирогова*;
канд. мед.наук, заместитель академика-секретаря отделения медицинских наук Национальной академии наук Беларуси *А.А. Гракович*.

М42 **Медико-социальная экспертиза и реабилитация** : сборник научных статей / под общ.ред. В.Б. Смычка. – Минск: А. Н. Вараксин, 2014. – 306 с.

ISBN 978-985-7092-06-2.

В сборнике отражены результаты научных исследований и практической деятельности организаций здравоохранения и других организаций по проблемам медико-социальной экспертизы, реабилитации, профилактики, эпидемиологии, а также другим вопросам, косвенно освещенным в названных проблемах.

Материал систематизирован в четыре крупных раздела.

Опубликованные материалы представляют научный и практический интерес для широкого круга специалистов, занимающихся проблемами медико-социальной экспертизы и реабилитации.

За точность и достоверность изложенного материала несет ответственность автор(ы) статьи.

ISBN 978-985-7092-06-2.

УДК 616-036.86
ББК 51.1(2)3

© ГУ «РНЦ медицинской экспертизы и реабилитации», 2014

© Оформление. Издатель А. Н. Вараксин, 2014

Эффективность применения системы комплексной реабилитации при синдроме зависимости от алкоголя

И.В. Григорьева, В.В. Иванов

ГУ «РНПЦ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Реабилитация пациентов с наркологическими заболеваниями является одним из приоритетных направлений современной наркологии – это сложная медицинская, психологическая, социальная и духовная система, направленная на восстановление здоровья наркологического пациента его личностного и социального статуса [1].

Реабилитация – это не только освобождение пациента от болезненной зависимости, но и возвращение его в семью, общество, где он будет способен выполнять свои социально полезные функции гражданина, члена семьи или трудового коллектива [2, 4].

В настоящее время уже не вызывает сомнения тот факт, что реабилитационные мероприятия должны проводиться на всех этапах лечебного процесса и строиться комплексно, в большинстве специализированных стационаров основной реабилитационной программой являются различные варианты адаптации «Миннесотской» модели организации лечебного процесса, которая, в свою очередь, опирается на широко известную программу «12 шагов», впервые предложенную обществом Anonymous Alcoholics в 1935 году в США.

Практически не развита система позитивной реконструкции личности, диагностики и коррекции нарушенных в ходе болезни и создания новых конструктивных отношений пациента с семьей, ближайшим окружением и обществом, а существующие наработки, при всем их разнообразии, в основном представляют собою не завершенные и разобщенные наработки не достигшие эффекта реконструкции в целом.

Определены в настоящее время принципы медико-социальной реабилитации: добровольность, комплексность (бригадность), единство медико-биологических и психосоциальных методов реабилитации, приемственность (этапность), доверие, партнерство и метагративность [2, 3]. Цель исследования: разработать систему комплексной реабилитации для пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 200 пациентов основной группы (I группа): 56 женщин и 144 мужчины – с синдромом зависимости от алкоголя в возрасте старше 25 лет с которыми проведена система комплексной реабилитации по программе 21 дня и 150 пациентов контрольной группы (II группа): 24 женщины и 126 мужчин, которым проводилось стандартное лечение. Средний возраст обследованных пациентов в I группе – $38,17 \pm 0,64$, во II группе – $38,38 \pm 0,70$ лет.

Методами исследования явились:

1. Клинико-психопатологический с использованием исследовательских диагностических критериев МКБ-10 V раздела [5];

2. Оценка тяжести зависимого расстройства производится в соответствии с Белорусским Индексом Тяжести Аддикции – (Бел-ИТА/В-ASI) (Версия № 1) (ASI. Fureman B., Parikh G., Bragg A., McLillan A.T. Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI interviews base. 1990) до и после психореабилитационных воздействий [6];

3. Методика «Стратегии совладающего поведения» (ССП) – «W. у. of Coping Questionnaire» (WCQ) (Lazarus R., 1986) [7];

4. Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, модифицированная и адаптированная Ю.Л. Ханиным (ШТС, 1976) [8].

Результаты. Исследование полученных данных по Бел-ИТА/В-ASI выявило доминирование множества факторов потребности в помощи в обеих группах относительно вопросов, связанным с оценкой состояния своего физического здоровья (89,5% и 91,3%), оценкой употребления алкоголя (96% и 94,7%), состояния психического здоровья (85,5% и 88,7%), оценкой взаимоотношений в семье (76% и 79,3%), оценкой организации досуга (64% и 64,7%), оценкой отношения со своими родными и близкими (72,5% и 74,7%), что подтверждает необходимость многогранности реабилитационной программы и ее продолжительного действия в течение длительного промежутка времени для обеспечения устойчивых ремиссий.

Полученные результаты оценки стратегии совладания со стрессом между пациентами I и II группы с синдромом зависимости от алкоголя после терапии по данным методики стратегии совладающего поведения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки стратегии совладания со стрессом между пациентами I и II групп с синдромом зависимости от алкоголя после терапии, M±m

Шкалы опросника	Группа I (n=200)	Группа II (n=150)	P
Конфронтация	58,19±1,16	62,85±1,17	0,004
Дистанцирование	61,72±1,05	65,44±1,14	0,032
Самоконтроль	69,36±0,83	65,3±1,01	0,002
Поиск социальной поддержки	67,44±1,24	58,04±1,49	0,001
Принятие ответственности	76,92±1,16	70,22±1,47	0,001
Бегство-избегание	60,79±1,06	63,64±1,08	0,072
Планирование решения проблемы	65,22±1,23	54,18±1,3	0,001
Положительная переоценка	61,83±1,32	50,95±1,39	0,001

Отмеченное статистически значимое различие между I и II группами после проведенного курса комплексной реабилитации показателей по следующим стратегиям совладания: самоконтроль (p=0,002); поиск социальной поддержки (p<0,001); планирование решения проблемы (p<0,001); положительной переоценки (p<0,001) свидетельствует о эффективности проведен-

ного курса системы комплексной реабилитации. Выявленная сопоставимость показателей I и II группы пациентов до и после проведения терапии практически по всем неадаптивным стратегиям, проявляющихся в виде конфронтации, дистанцирования и бегства-избегания, уклонения от использования стратегии принятия ответственности ($p>0,05$) свидетельствует о наличии имеющихся структурных личностных деформаций, недостаточности развития личностно-средовых копинг-стратегий и копинг-ресурсов, непризнания своей роли в возникновении проблемы алкоголизации и принятия ответственности за ее решение. Существенным моментом были отмечены значительные эмоциональные проявления в виде наличия чувства тревоги и внутреннего напряжения в обеих исследуемых группах.

Результаты анализа показателей по уровню РТ и ЛТ после терапии между I и II группами представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты анализа показателей по уровню РТ и ЛТ с помощью критерия Манна-Уитни после терапии между I и II группами, $M \pm m$

Шкалы опросника	Группа (n=200)	Группа II (n=150)	P
Реактивная тревожность	28,67±0,55	38,97±0,46	0,001
Личностная тревожность	45,33±0,49	51,89±0,56	0,001

Статистически значимое снижение в I группе, после проведенного курса комплексной реабилитации, уровня РТ: ($p<0,001$) и отсутствие таких изменений во II группе, наличие статистически значимых различий по уровню РТ между I и II группой ($p<0,001$), свидетельствует о превалировании эффективности подхода при применении системы комплексной реабилитации относительно снижения тревожного компонента; высокие показатели ЛТ после курса лечения в I и II группе – 53,46±0,73; 53, 53, 37±0,64 и отсутствие статистически значимых различий между показателями, внутри каждой из групп ($p>0,05$), являются отличительной чертой и характеризует пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, как категорию высокотревожных людей, их склонность, при отсутствии адаптивных навыков, использовать примитивные способы преодоления тревожного реагирования, одним из которых является употребление алкоголя.

Выводы: снижение уровня РТ в I группе ($p<0,001$) свидетельствует о эффективности проведенного курса системы комплексной реабилитации относительно снижения тревожного компонента, значимое различие между I и II группами после проведенного курса показателей по стратегиям совладания: самоконтроль ($p=0,002$); поиск социальной поддержки ($p<0,001$); планирование решения проблемы ($p<0,001$); положительной переоценки ($p<0,001$) также подтверждает эффективность проведенного курса системы комплексной реабилитации и показывает на значительное расширение использования адаптивных стратегий, вовлеченности в процесс планирования и начала проведения пациентами целенаправленного анализа сложившейся алкогольной ситуации, разрешения и интенсивного

осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки плана своих последовательных действий относительно трезвления.

Литература

1. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова // – М., 2001. – С. 7-38.
3. Дудко, Т.Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами // Вопросы наркологии. – 2012. – №4. – С. 70-77.
4. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб.: Изд. Наука, 1998. – 445 с.
5. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / пер. на рус. яз. под ред. Ю.Б. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.
6. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) В.В. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. – Дата доступа: 10.01.2013.
7. Вассерман, Л.И. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие / Под ред. Л.И. Вассерман. – СПб.: Речь, 2010. – 56 с.
8. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – М.: ЛенНИИ физич. культуры, 1976. – 411 с.

Определяющая роль реабилитационного потенциала в формировании ремиссий при синдроме зависимости от алкоголя

И.В. Григорьева, В.В. Иванов

ГУ «РНПШ психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

Острота социальных и экономических последствий, обусловленных систематической алкоголизацией (алкогольная деградация личности; нарушения межличностных и семейных отношений; профессиональная и социальная дезадаптация), отсутствие завершенной и стройной системы комплексной реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью, определяющей достижение клинических ремиссий высокого качества, требуют целенаправленного разрешения.

Статистические данные за последние 40 лет показывают, что уровни ремиссий среди лиц, зависимых от алкоголя значительно не изменились, несмотря на происшедшие за этот период изменения в медикаментозных и психотерапевтических подходах, а также совершенствовании организации наркологической помощи. Достижение клинических ремиссий высокого качества, то есть состояния устойчивого воздержания от употребления алкоголя, является основной целью терапии в наркологии.