

Владимир Худолин

# КЛУБ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

(перевод с хорватского Нестеренко Е.Н.)

Москва.  
2016

ББК 51.1.592  
УДК 613.81:061.3 (497.5)  
X 98

**В. ХУДОЛИН.**  
X 98 Клуб леченых алкоголиков — М.: 2016. — 100 с.

ISBN 978-5-9905614- 6-5

Настоящее издание представляет собой перевод четвертой главы книги «Справочник по алкоголии», изданной в Загребе в 1991 году. Автор книги — известный хорватский психиатр, мировой эксперт по проблемам, связанным с алкогольной зависимостью, профессор кафедры неврологии, психиатрии и клинической психологии медицинского факультета Загребского университета, директор университетской психоневрологической и наркологической клиники больницы «Сестры милосердия» в Загребе, президент Всемирной социально-психиатрической ассоциации Владимир Худолин.

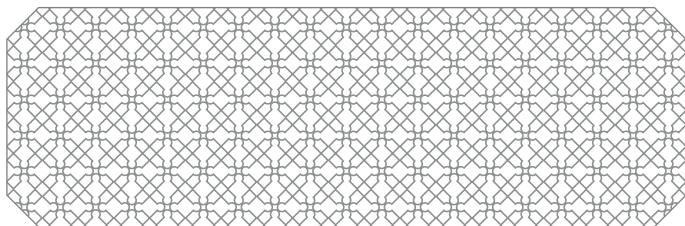
В данной книге представлен подход Владимира Худолина к работе клубов леченых алкоголиков, существующих в Хорватии, как способу реабилитации и ресоциализации людей, имеющих алкогольную зависимость, а также описаны история возникновения и развития клубной системы в Хорватии, основные принципы функционирования клубов.

Книга рекомендуется для научных сотрудников, аспирантов, преподавателей, а также студентов медицинских вузов и факультетов. Книга может представлять интерес для должностных лиц государственных органов, органов государственной власти и местного самоуправления, занимающихся решением проблемы алкоголизма.

ISBN 978-5-9905614- 6-5

ББК 51.1.592

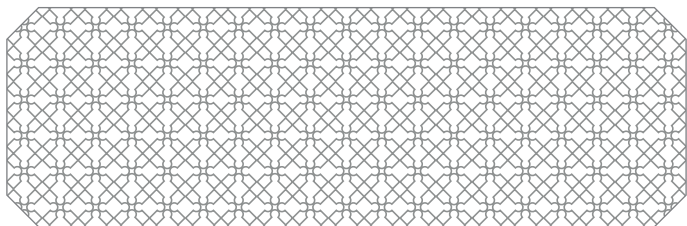
© МОД «СКТ», 2016



## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРАВОСЛАВНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ — ПРОДОЛЖАТЕЛИ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА.....	5
ЗАВЕЩАНИЕ ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА .....	15
КРАТКАЯ БИОГРАФИЯ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА .....	19
КЛУБ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ .....	23
РАЗВИТИЕ КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ.....	35
РАБОТА КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ.....	39
ОРГАНИЗАЦИЯ КЛУБОВ .....	45
ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ .....	45
Семья в клубе.....	53
РЕЦИДИВ .....	61
Рецидив алкоголика .....	68
Рецидив семьи .....	70
Рецидив работника клуба .....	71

Рецидив клуба.....	71
Рецидив программы местной или трудовой организации .....	73
Заключение о рецидиве .....	74
<b>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ .....</b>	<b>75</b>
<b>ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ В КЛУБЕ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ .....</b>	<b>75</b>
<b>ПАТРОНАЖ В КЛУБЕ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ.....</b>	<b>79</b>
<b>ВЗАИМНОЕ ОБЩЕНИЕ .....</b>	<b>85</b>
<b>АЛКОГОЛИКОВ В КЛУБЕ.....</b>	<b>85</b>
Абстиненция членов семьи .....	89
Посещение клуба извне .....	91
<b>ДИПЛОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВО ИЛИ ПРИЗНАНИЕ АБСТИНЕНЦИИ.....</b>	<b>94</b>
<b>РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ С 1964 ГОДА ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ .....</b>	<b>97</b>



**Протоиерей Алексей Бабурин,**  
*клирик храма Ризоположения (По-  
ложения Ризы Господней) на Донской  
г. Москвы, старший научный сотруд-  
ник Научного центра психического  
здоровья РАМН, председатель Совета  
Межрегионального общественно-  
го движения в поддержку семейных  
клубов трезвости (МОД СКТ)*

## **ПРАВОСЛАВНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ ТРЕЗВОСТИ — ПРОДОЛЖАТЕЛИ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА**

Предлагаемый вниманию читателя перевод главы о клубах леченых алкоголиков (КЛА) из книги профессора Владимира Худолина «Алкология», позволяет понять, что называется из первых рук, от их основателя, в чём их смысл и каково их назначение, как их организовать и как они работают.

Мне и моим коллегам посчастливилось впервые познакомиться с такими клубами в августе 1992 года, когда известный итальянский священник дон Сильвио Франк пригласил нас через председателя Отдела по церковной благотворительности и социальному слу-

жению Московского Патриархата архиепископа Сергия (Фомина) в г. Тренто, чтобы мы собственными глазами увидели, какое массовое распространение КЛА получили в Италии и как они плодотворно работают. Дон Сильвио считал, что таким образом России будет оказана помощь, не менее важная, чем снабжение её хлебом и одеждой.

Первые пять добровольцев из Православного центра наркологической помощи, состоящем при Никольской церкви подмосковного села Ромашково, отправились на учебу в Информационно-исследовательский центр по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (Италия, Тренто), возглавляемый профессором Ренцо Де Стефани.

Уже 5 декабря 1992 года в Ромашково открылся первый семейный клуб трезвости. Работником (ведущим) его стала, после ознакомления с деятельностью трезвеннических клубов в Италии, бывший главный врач Московского наркологического диспансера №11 — Марина Николаевна Карпова. Вскоре появились другие клубы. Работниками их становились подготовленные в Италии волонтеры. В 1994 — 1996 г.г. нам удалось организовать курсы подготовки работников клубов и в России. Проф. Ренцо Де Стефани и его коллеги обучили в общей сложности более 150 добровольцев. Большую часть курсантов составляли врачи и психологи. Прошли полный теоретический и практический курс обучения также 7 священнослужителей Московской епархии.

Нам импонировало то, что клубы леченных алкоголиков были основаны Владимиром Худолиним на принципах терапевтических общин и социальных клубов, семейном подходе и были открыты для обще-

ства. К тому же автор методики рассматривал алкоголизм не как отдельно взятую проблему, а, наоборот, предлагал комплексно решать разные проблемы, связанные с потреблением алкоголя.

Учитывая мнение генетиков, что среда во многом программирует работу генов, мы охотно взяли на вооружение руководящую идею наших учителей: “Алкоголизм — не болезнь, а образ жизни”. Более того, такая позиция как нельзя лучше соответствовала христианскому пониманию природы человеческих страстей и способов их преодоления. Ещё в IV веке Святитель Иоанн Златоуст писал по этому поводу: “Составляй, человек, товарищества для того, чтобы истреблять страсть к пьянству».

Между тем, в процессе адаптации к существующим местным условиям и российским традициям импортируемые нами клубы постепенно обрели новый облик, самобытность и стали именоваться православными приходскими семейными клубами трезвости (ППСКТ).

В работе ППСКТ, по-прежнему, опираются на метод В.Худолина, но при этом использует также богатый опыт трезвеннических обществ, «училищ труда, трезвости и добрых нравов», основанных и руководимых российским ученым, педагогом, просветителем, профессором Московского университета, членом-корреспондентом Императорской Санкт-Петербургской Академии Наук, Сергеем Александровичем Рачинским.

18 июля 1882 года С.А.Рачинский, чтобы приобщить людей к трезвому образу жизни, в сельской церкви села Татево Тверской области со своими учениками произносит торжественный обет воздержания от употребления спиртных напитков и учреждает

«согласие» трезвости. По его примеру во многих городах и сёлах стали возникать аналогичные сообщества. В 1912 г. их существовало уже около 2000, в которых состояло свыше полумиллиона человек<sup>1</sup>.

Созданные в России на началах самоуправления, взаимопомощи, солидарности и бескорыстия ППСКТ изначально стали использовать свой религиозный ресурс. Сочетанное воздействие на личность участников клубов соборного литургического общения, церковных таинств, личной и общественной молитвы, пастырского душепопечения, деятельного участия членов ППСКТ в приходской жизни приводит к их оздоровлению и духовно-нравственному росту.

Таким образом, в концепцию реабилитации нами был привнесён религиозный компонент, пастырский подход, имеющий в основе опытно-теоретические знания православной антропологии, аскетики, а также многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения страждущих. Благодаря такой интеграции, мы получили, как выражается академик П.И.Сидоров, единую синергетическую методологию для коррекции всех форм зависимого поведения<sup>2</sup>.

Важно также отметить, что семейный клуб трезвости не подменяет собой приходские церковные общины, так как не ставит перед собой религиозных и сотериологических целей.

Тем не менее, мы не довольствуемся лишь только отказом пьющих от употребления спиртного, но стре-

---

1 Труды II-го Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6–12 августа 1912 года. Т. 1. С. 29.

2 П.И.Сидоров, И.А.Новикова. Ментальная медицина. Москва, «Геотар-Медиа», 2014. с.523.



мимся привить членам ППСКТ желание жить трезво и благочестиво, быть трудолюбивыми и добродетельными, приобщаем их к традиционным нравственным нормам и ценностям.

Мы предостерегаем наших трезвенников об опасности впасть в новые виды патологических зависимостей, в том числе и от клубной опеки, а также создавать себе кумира в виде сверхценной идеи трезвости.

На наш взгляд, в этом и состоит сочетание новаторского начала с традиционными нравственными ценностями и принципами, к чему призывает всех нас глава РПЦ<sup>1</sup>.

Работа на духовном уровне в ППСКТ базируется на Концепции РПЦ по утверждению трезвости и профилактике алкоголизма, принятой на заседании Священного Синода РПЦ от 25 июля 2014 года. В ней алкоголизм рассматривается как «тяжкое душевное заболевание, сопровождающееся глубокими повреждениями психосоматического характера, излечение которого невозможно без осознания болящим духовной природы своего недуга, полного и искреннего покаяния, обращения к полноте благодати Христовой»<sup>2</sup>.

Таким образом, в ППСКТ со страждущими недугом пьянства и его окружением занимаются не только специально подготовленные работники клуба, но и курирующие их духовники, врачи и психологи.

Следует особо отметить одну отличительную особенность ППСКТ — это возможность ради утвержде-

---

1 См.: Слово Святейшего Патриарха Кирилла на открытии IV Рождественских парламентских встреч в Совете Федерации ФС РФ от 29 января 2016 г. <http://www.patriarchia.ru/db/text/4362065.html> [Дата обращения: 18.03.2016].

2 <http://www.patriarchia.ru/db/text/3696047.html> [Дата обращения: 18.03.2016]

ния в трезвом образе жизни использовать добровольно налагаемое на себя обязательство не употреблять спиртных напитков.

Обеты трезвости получили в России очень широкое распространение с конца 19 века. Сотни тысяч людей давали на особом молебне обещания Богу не пить вина на тот или иной срок в присутствии священника и людей, вступали в общества трезвости.

Только в Даниловском обществе трезвости в Москве с 1905 г. по 1908 г. было дано 173 966 обетов, то есть в среднем каждый день около 119 человек связывали себя словом не употреблять спиртных напитков на тот или иной срок.

Врач Марковников А.В. на II-м Всероссийском Съезде практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, проходившем в Москве 6–12 августа 1912 года в своем выступлении о народных обычаях — «зароках», т.е. обетах воздержания от алкоголя, делал вывод об их пользе. Он говорил: «Встречаясь нередко с отрицательным отношением к этим «зарокам», особенно, со стороны интеллигенции, я задался целью исследовать этот вопрос. Мои благоприятные для этого обычая выводы, мне кажется, могут считаться достаточно объективными, ибо я сам нерелигиозный человек, и, кроме того, большой поклонник и пропагандист лечения алкоголизма гипнозом». По сведениям Марковникова А.В. обеты, данные на один год, выдерживались в дореволюционной России в среднем в 56 % случаев<sup>1</sup>. За это время можно оценить

1 Труды II-го Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6–12 августа 1912 года. Том первый. Марковников, А.В., д-р. Значение народного обычая — обетов воздержания от алкоголя, так называемых «зароков». С. 1135-1138.

все преимущества трезвой жизни и решиться окончательно расстаться с питейной потребностью, пролив свое воздержание от употребления алкоголя на всю жизнь.

По наблюдениям другого выступавшего на съезде, священника Трехсвятительской церкви у Красных ворот в Москве Николая Колосова, «количество действительно исправляющихся и бросающих пить или по крайней мере выдерживающих обещания колеблется между двумя третями и тремя четвертями всего числа дающих обещания».<sup>1</sup> При этом отец Николай говорил: «Конечно, священник не должен прерывать связи с давшими обещание и пастырски наблюдать и поддерживать их».<sup>2</sup>

Обеты трезвости тогда были достойно оценены духовенством, священноначалием и учеными-медиками.

Примечательно, что и в наше время дача зарокот от пьянства была одобрена Священным Синодом РПЦ 25 июля 2014 года. Это одобрение было выражено следующими словами: «Для укрепления в борьбе за трезвость люди могут давать обет трезвости. Обет дается человеком с благословения духовника и в надежде на благодатную помощь Божию. Обеты трезвости даются как самими страждущими, так и их родственниками, а также людьми, занимающимися профилактикой алкоголизма и желающими вести трезвый образ жизни».<sup>3</sup>

---

1 Труды II-го Всероссийского Съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом, Москва, 6–12 августа 1912 года. Том первый. Колосов, Николай, свящ. Одно из средств борьбы с народным пьянством. С.187.

2 Там же. С.191.

3 <http://www.patriarchia.ru/db/text/3696047.html> [Дата обращения: 18.03.2016].

Однако в ППСКТ обеты трезвости не являются обязательными для всех его членов. Они даются только теми, кто к ним должным образом подготовился и получил на то одобрение духовника и врача.

В настоящее время в России действуют 23 ППСКТ при храмах и 2 СКТ при государственных наркологических учреждениях. Еженедельно по программе клубов помощь оказывается свыше 250 страждущим и членам их семей.

В 2011 году создано Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости (МОД СКТ), объединяющее клубы Москвы и Московской области, Санкт-Петербурга, Калуги, Стерлитамака.

Московский драматический театр «Камерная сцена» стал первым коллективным членом Межрегионального общественного движения в поддержку семейных клубов трезвости. Уже не первый год на его сцене с успехом идет спектакль «По самому по краю». Пьеса создана на основе документальных материалов (протоколы встреч, истории реальных семей), накопленных в клубах трезвости. Большинство актеров — как профессионалов, так и любителей — занятых в спектакле, являются членами МОД СКТ и в свое время сами отказались от алкоголя или наркотиков. Сценическое воплощение идеи принадлежит режиссерам, заслуженным деятелям искусств РФ Тамаре Басниной и Михаилу Щепенко. Спектакль занимает существенное место в репертуаре театра и его гастрольных планах. Постановка вызывает живой интерес у «коллег» — православных трезвенников со всей страны.

Ежегодно в московском Доме Кино открывается новый сезон киноклуб «Психореальность кино»,

организованный активной участницей семейных клубов трезвости, пресс-секретарем Союза кинематографистов России Татьяной Москвиной-Яценко. Просмотр специально отобранных картин сопровождается последующим их обсуждением с участием профессиональных кинокритиков, а также создателями фильмов.

МОД СКТ проводит всероссийские встречи семейных клубов трезвости на международном фестивале «Татевские чтения» в селе Татеве Оленинского района Тверской области — на родине С.А. Рачинского.

Движение взаимодействует с церковными, государственными и общественными организациями, в частности, с Координационными центрами по противодействию алкоголизму и наркомании при Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ (КЦ ПАН СВ) и Северного викариатства Московской епархии, обществом православных врачей России имени священноисповедника Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского и Крымского (ОПВР), Научным центром психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Московским научно-практическим центром наркологии (МНПЦН), кафедрой наркологии Российской медицинской академии последипломного образования (ГБОУ ДПО РМАПО).

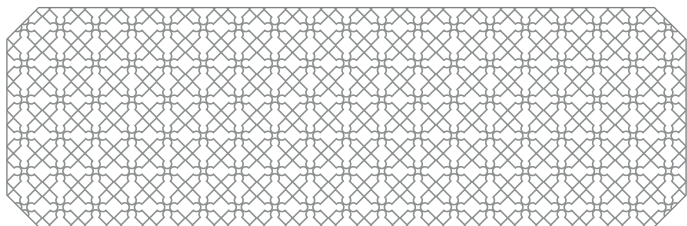
Благодаря методу Владимира Худолина ППСКТ стали и у нас необходимым звеном в реабилитации пациентов, имеющих проблемы, связанные с потреблением психоактивных веществ.

И мы очень надеемся, что, заинтересовавшийся читатель, ознакомившись с концепцией клубов леченных алкоголиков, светлой памяти профессора Ху-

долина, станет активным сторонником трезвенного движения, и любимая нами Россия, Бог даст, переместится с четвертого места в рейтинге стран по уровню потребления алкоголя на душу населения на одно из последних, как это было 100 лет назад<sup>1</sup>.

---

1 Для сведения: в 1913 году душевое потребление алкоголя составляло 3,14 л, а в 2014 году по данным ВОЗ — 15,76 л. Напомню, по мнению экспертов ВОЗ, уровень потребления начинает представлять национальную опасность, когда он превышает 8 литров на человека в год.



**Зоран Зоричич,**  
*профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Загребского университета (Загреб, Хорватия), Президент Хорватской Ассоциации Клубов Леченых Алкоголиков. Руководитель Института алкоголизма и болезней зависимости КБЦ «Сестёр милосердия», президент HSKLA*

## **ЗАВЕЩАНИЕ ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА**

Прошло уже более 50 лет со дня создания первого Клуба леченных алкоголиков в Хорватии. Объединение Клубов является крупнейшей Ассоциацией в стране, деятельность которой направлена на укрепление общественного здоровья. В связи с этим нет необходимости говорить о ее значении для помощи лицам с зависимыми формами поведения, и уж тем более с расстройствами, вызванными злоупотреблением алкоголем. Вместе с тем, было бы неправильно рассматривать работы Владимира Худоллина в отрыве от всего его наследия, актуальность которого не вызывает сомнений и до настоящего времени.

Между тем, давайте начнем с самого начала и кратко вспомним, как происходило появление и развитие

Клубов в начале 60-х гг. прошедшего столетия: после внезапного возникновения и распространения клубного движения в Хорватии произошло постепенное развитие научной парадигмы, заключавшейся в необходимости использования семейной терапии при лечении алкоголизма. Вслед за этим первые Клубы появились в Италии, а профессор Худолин, прекратив свою деятельность в Хорватии, начал активно развивать клубную работу в Италии. В последующем произошло резкое сокращение числа Клубов в Хорватии, что было связано с событиями хорватской Войны за Независимость, после которой хорватское клубное движение вновь стало набирать силу вследствие благотворного влияния самых различных причин.

Конечно, достаточно сложно в нескольких словах рассказать о деятельности Вл. Худолена. В то же время в настоящей статье хотелось бы не просто отметить его основополагающую роль в развитии современного клубного движения, но и охарактеризовать наследие, оставленное им для будущего развития алкологии как науки.

Работа Клуба основывается на комплексном, интеграционном и мультидисциплинарном подходе к решению проблем, связанных с алкоголизмом. В Клубах внеинституционально реализуется программа мероприятий, направленных, как мы сказали бы раньше, на реабилитацию, а сейчас наиболее предпочтительно было бы использовать понятие психосоциальное и духовно-культурное развитие. Необходимо отметить, что огромное количество наших пациентов обрели уверенность в себе и смогли раскрыть не только те способности, которыми они обладали еще в период предшествовавший употреблению психоактивных веществ, но также благодаря открывшимся возмож-



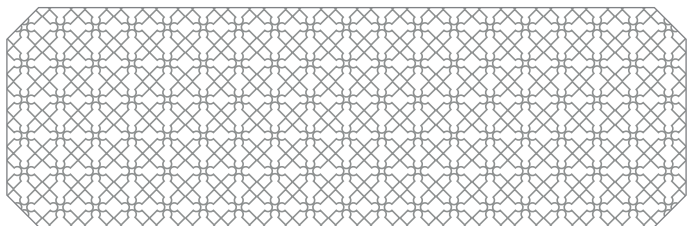
ностям у них, произошло развитие новых личностных качеств. В результате исследований Вл. Худолиным была разработана концепция антропологической духовности, основывавшаяся на экологическом подходе, который предвосхитил современный этап развития психосоциальной терапии. Экологический подход, эффективное применение которого приводило к положительному влиянию Клубов на местное общество, предполагал необходимость вовлечения субъекта с целью лечения в сообщество и принятие обществом ответственности за проблемы, возникающие в семье. Такой подход, который мог быть предложен исключительным мыслителем, каким был Владимир Худолин, действительно стал прорывом в алкологии. И до настоящего времени применение этого подхода является непростой задачей и профессиональным вызовом для многих исследователей и практических деятелей.

Сопротивление, возникающее со стороны психиатрического сообщества, и неспешность в принятии новой модели частично могут быть обусловлены влиянием главенствующей медицинской модели работы с пациентами, в том числе имеющими различные формы зависимостей. Данная традиция, которая в ущерб психосоциальной модели вплоть до настоящего времени принимает за основу медицинскую, биологическую модель лечения, вступает в противоречие с современной моделью, используемой в западной психиатрии. К сожалению, психосоциальный или экологический подход чаще провозглашается как принцип, чем как реальность. Ни медицинские специалисты, ни психиатры не заинтересованы в должном участии в лечении проблем зависимости, включая алкогольную зависимость. Вместе с тем, недостаточная широта био-

логических причин не может во всей полноте объяснить мотивы формирования у человека зависимостей, не говоря уже о тех результатах, которые обнаруживаются при внутриспсихическом самоанализе в рамках психодиагностики. Для того, чтобы сформулировать ответ на комплексный вопрос, каким является проблема зависимости, необходимо использовать межличностную парадигму, основывающуюся на социальном круге причин, приводящих к появлению зависимости. Вот уже много лет мы заявляем о слиянии этих двух подходов, и в дальнейшем будем настаивать на этом.

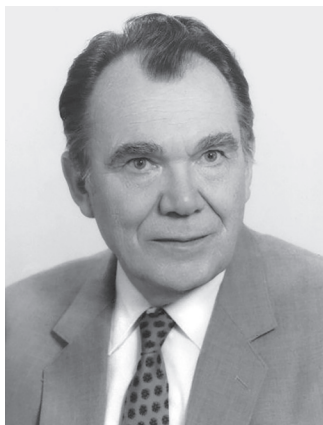
В своей дальнейшей перспективе развитие Клубов, безусловно, будет зависеть от дальнейшего совершенствования системы психиатрической помощи, темпа развития психиатрического сообщества, а также от поддержки клубного движения со стороны системы НКО. Следуя итальянскому опыту, Клубы могли бы развиваться на базе региональных центров по профилактике расстройств, связанных с алкоголизмом, таким образом, оставаясь тесно связанными с институциональным лечением. Время покажет, какое направление будет выбрано Клубами и хорватским сообществом.

В завершении хотелось бы подчеркнуть, что возможность выбора направления для последующего развития системы в ответ на современные вызовы заключена в работах Вл. Худолена и является логичным продолжением его идей. Клубы — это его реальный, живой завет и самое ценное, что он оставил после себя. Хорватская алкология потеряет свою истинную ценность, если основанная на семейной терапии и экологическом подходе деятельность Клубов не будет поддерживаться и развиваться. Можно констатировать, что тогда профессор Худолин будет неизбежно забыт.



## КРАТКАЯ БИОГРАФИЯ ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА

Владимир Худолин (Огулин, 2.05.1922—Загреб, 26.12.1996), хорватский психиатр, автор социально-экологической теории алкоголизма.



**Владимир Худолин**

Владимир Худолин родился 2 мая 1922 года в Огулине.

В средней школе и гимназии учился в Сушаке (Риека, Хорватия). В гимназии был одним из лучших студентов и состоял членом молодёжной католической организации «Домагой», отстаивавшей христианские ценности перед лицом нападок либеральной идеологии на церковь. В 1948 году закончил

медицинский факультет Загребского университета. В течение трёх лет специализировался в области неврологии и психиатрии. По стипендии ВОЗ проходил в 1952/53 годах стажировку в клиниках Великобритании и Шотландии. С 1953 года — заместитель руково-

дителя, а с 1959 года — руководитель отдела неврологии и психиатрии университетской больницы имени «Доктора Младена Стояновича» (в настоящее время она переименована в клиническую больницу «Сестёр милосердия»). В 1961 году защитил докторскую диссертацию, а в 1962 году получил профессиональное звание Примариус. В 1963 году хабилитирован на доцента медицинского факультета Загребского университета.

В 1964 году он основал первый клуб леченых алкоголиков в Хорватии — первый в больнице, в качестве пилотного, а затем клуб «Максими́р» вне клиники, вслед за которым стали образовываться КЛА во всём Загребе и Хорватии, а также во всех республиках бывшей Югославии. Параллельно им были созданы Ассоциация по борьбе с алкоголизмом и научно-методический центр в борьбе с алкоголизмом.

В 1970 году на базе отдела неврологии и психиатрии университетской больницы “Сестёр милосердия” была организована первая в Югославии кафедра неврологии, психиатрии, алкоголизма и других зависимостей. Вл. Худолин стал её заведующим и ассоциированным профессором. В 1973 году он был избран ординарным профессором. В 1987 году ушел в отставку и до его преждевременной смерти работал в основном в Италии. В 1979 году он создал первый итальянский КЛА в г. Триесте, а в г. Удине проводил первые подготовительные курсы для работников клубов. Постепенно под его руководством создавались также сотни социально-ориентированных клубов леченных алкоголиков в Италии, которые, в свою очередь, передали свой опыт в другие страны Европы и мира.

**Его работа в области образования и профессиональной подготовки:**

— заведующий кафедрой неврологии, психиатрии и клинической психологии стоматологического факультета Загребского университета,

— адъюнкт-профессор социальной психиатрии и музыкотерапии в Академии музыки в Загребе,

— профессор Неврологии, психиатрии и социальной психиатрии в Школе социальных работников в Загребе,

— гонорарный профессор неврологии и психиатрии в колледже медицинских сестер и медицинских техников в Загребе,

— гонорарный профессор социальной психиатрии и заведующий кафедрой в колледже социальных работников в Триесте (Италия)

— преподаватель в общемедицинской ординатуре в школе общественного здравоохранения «Андрея Штампара» медицинского факультета Загребского университета,

— преподаватель в Школе специализации по психиатрии в психиатрической клинике в Триесте.

В качестве лектора его приглашали во многие университеты, институты и медицинские и социальные учреждения и ассоциации в Европе, Северной и Южной Америке, Азии и Африке.

Он основал в Загребском университете в 1974 году аспирантуру по социальной психиатрии, алкоголизму и другим видам зависимостей.

Доктор Худолин был организатором и соорганизатором большого числа национальных и международных конгрессов, симпозиумов и совещаний специалистов.

В 1984 году он основал в Делникаме (Хорватия) европейскую школу алкоголизма и экологической психиатрии, которая затем была перенесена в Италию (Триест), и оставался её директором до конца жизни. Вл. Худолин был одним из основателей Всемирной и средиземноморской организаций социальной психиатрии, и в ряде избирательных периодов был их президентом и почетным президентом.

Был членом многих научных и профессиональных организаций и ассоциаций в области медицины, психиатрии и алкоголя в стране и за рубежом.

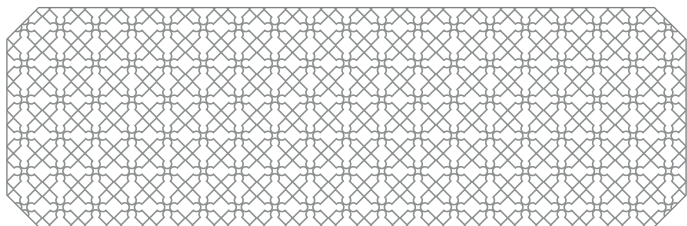
Основал и был главным редактором нескольких национальных и международных журналах и членом редколлегии нескольких международных журналов.

Опубликовал ряд научно-исследовательских работ, в частности, в области алкоголизма.

Написал более 50 книг и около 600 научных и профессиональных статей по психиатрии и алкологии.

Он умер в Загребе 28 декабря 1996 года, где он был похоронен на кладбище Мирогой.

За работу в области психиатрии, особенно в алкологии, получил ряд национальных и международных наград.



## КЛУБ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

Общепризнанной считается необходимость включения семьи алкоголика в круг групповой терапии для достижения абстиненции и изменения образа жизни. С 1964 года действуют клубы леченых алкоголиков, которые успешно соединяют деятельность медицинских и социальных служб и частной инициативы граждан.

Клуб леченых алкоголиков является основой комплексной экологической программы предотвращения негативных последствий злоупотребления алкоголем. Поскольку на сегодняшний день существует большое число подобных клубов, было бы нелишним в этой работе раскрыть их деятельность более подробно. Трудности, с которыми сталкиваются в своей работе эти клубы, связаны с тем, что практикующие там специалисты недостаточно ознакомлены с алкоголией. Чаще всего это связано с применением ими в своей работе классического медицинского подхода и незнанием альтернативных технологий и приемов не только в алкогологии, но и в медицине вообще. Сегодня, в отличие от ситуации 30-40-летней давности, алкогология становится все более привлекательным полем деятельности для профессионалов.

На сегодняшний день (1994 год, ред.) в Хорватии для лечения алкоголиков в стационарах используется

более 900 койко-мест.<sup>1</sup> Деятельность многих медицинских учреждений и их персонала связана с лечением алкоголиков. В Хорватии многие врачи и другие специалисты получили ученую степень кандидатов и докторов наук благодаря работам в области алкологии. В то же время многие врачи и работники социальных служб по-прежнему получают классическое медицинское образование и в достаточной степени не подготовлены для оказания помощи и защиты лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Они также не готовы применять альтернативные программы лечения и предпринимать профилактические меры. При этом надо отметить, что сейчас для подготовки специалистов выпускается все больше специализированной литературы. Опубликованы книги и пособия по алкологии (Pattison M. F. и сотр., 1982; Feuerlein, W. и сотр., 1985; Arif, A. и сотр., 1988; Hudolin, Vl., 1990). Все еще случается, что алкоголика осматривают и лечат специалисты, которые в недостаточной степени осведомлены об алколизме и его лечении. Также они не знают о клубах леченых алкоголиков, то есть об альтернативных методах лечения, в то время как насущная ситуация требует открытия новых клубов и подготовки специалистов для работы в них. Для лечения алкоголиков не обязательно выделять в стационарах койко-места, нехватка которых ощущается в большинстве стран в связи с реформами здравоохранения. В то же время можно добиться прекрасных результатов в лечении, благодаря развитию сети клубов. Случается, что из-за

1 В это число не включены койко-места, где проходят лечение больные, страдания которых являются последствиями алколизма (алкольный цирроз печени, алкольная эпилепсия, психоз и др.), то есть те, госпитализация которых не связана напрямую с алколизмом.



отсутствия в клубе квалифицированных специалистов он существует лишь формально, а работа в нем проводится, опираясь на стандарты классической медицины. Работа с алкоголиками в клубе, как и в алкологии в целом, опирается на принципы демедиализации и психиатрической деинституционализации. Это не означает отказ от необходимости помощи в больничных стационарах, если в этом есть потребность. С другой стороны еще раз хочется подчеркнуть, что помощь алкоголикам должна оказываться в первую очередь вне условий стационара. В наше время создается впечатление, что стационарное лечение в основном применяется для заполнения больничных коек, а не с целью оказания помощи алкоголику и членам его семьи.

Клубы леченых алкоголиков стремятся освободить подопечных от классических методов лечения, вызывающих в них отторжение и не дающих долгосрочных результатов. Работу с алкоголиками и членами их семей требуется проводить вне больничных условий, в рамках ближайшего окружения по территориальному и производственному признаку. Однако в медицинской среде, напротив, все чаще преобладает точка зрения о необходимости лечения алкоголиков в рамках медицинских учреждений, как минимум на начальной стадии процесса. Причину этой настойчивости можно объяснить стремлением заполнить больничные койки и нежеланием вести работу вне этих рамок, хотя данный подход зачастую не учитывает интересы алкоголика и его семьи. Как правило, после окончания лечения в стационаре ни больница, ни медицинский персонал, проводивший лечение, не проявляют интерес к дальнейшей судьбе пациента и его семьи. Данной ситуации способствуют и неа-

декватные законы здравоохранения и медицинского страхования, регулирующие как оказание первичной помощи, так и работу медицинских служб вообще. Обязанность по проведению первичной, вторичной и третичной профилактической помощи возложена на врачей общемедицинской практики (по оказанию первичной помощи) и членов их профессиональной команды. Врачи, первыми вступающие в контакт для оказания первичной помощи и прошедшие исключительно лечебную подготовку, как правило, не имеют опыта профилактической работы и нацелены только на оказание лечебной помощи. Таким образом, чаще всего они выступают как амбулаторное звено в составе больницы, а не как самостоятельная территориальная служба. Вопреки реформам здравоохранения, которые проводятся во многих странах, ничего в принципе не сможет измениться, пока специалисты общемедицинской практики не получают соответствующее дополнительное образование. Также должен измениться принцип, согласно которому оплата за медицинское обслуживание будет производиться за приобретенное здоровье, а не за болезнь.

Сегодня в литературе все больше появляется публикаций о лечении и реабилитации алкоголиков на основе классического медицинского подхода. При этом многие забывают, что эти методы уже были опробованы и отвергнуты, как не дающие долгосрочных положительных результатов. К тому же, применение классического подхода к лечению алкоголизма не предполагает проведение необходимой первичной профилактики.

Профилактический подход к лечению алкоголиков можно сравнить с учебным процессом в начальной

школе, когда заслуживающий всяческого уважения добросовестный учитель с исключительным упорством и преданностью в течение многих лет вновь и вновь приходит в первый класс и учит детей читать и писать, начиная с буквы «а». То есть в нашем случае — это осуществление первичных профилактических мероприятий и раннее вмешательство в случае проявления нарушений. Ни один процесс обучения не может исключить этот первоначальный период. Случается так, что некоторые устают или им становится скучно, они перестают выкладываться, забывая о современных методах борьбы с алкоголизмом, и возвращаются к подходам, принятым в классической медицине, которые занимаются, в сущности, только устранением последствий алкоголизма. Таким образом, они начинают «обучение» с последней буквы алфавита. В подходах, используемых в традиционной медицине, не принято уделять внимание первичной профилактике, как это принято во время постоянного и непрерывного процесса взаимодействия с подопечным в клубе леченых алкоголиков. Опыт показывает, что такой процесс непрерывного взаимодействия в рамках клуба необходим в течение всей жизни алкоголика, хотя и сейчас еще бытует ошибочное мнение, что достаточно пяти лет пребывания в клубе, после чего процесс изменения образа жизни будет завершен и работу с алкоголиком и его семьей можно прекратить. В действительности в течение первых пяти лет воздержания формируется новый стиль поведения, однако и после пятилетней абстиненции нередко рецидивы. Рецидивы случаются даже после десяти и более лет воздержания, если алкоголик не будет придерживаться нового образа жизни. Поэтому на IV-ом конгрессе клубов леченых

алкоголиков Югославии и Италии, проходившем в городе Тревизо в 1988 году, была принята программа, рассчитанная первоначально на десятилетний срок клубной работы. В клубе алкоголик осваивает новый образ жизни, от которого в случае успешной работы он уже не отказывается. Вследствие этого преждевременное прекращение взаимодействия в рамках клуба, оказывающего всестороннюю помощь и поддержку, может привести и часто приводит к рецидиву.

Во время лечения алкоголику бывает легче достичь состояния абстиненции, но гораздо тяжелее происходит изменение образа жизни. В процессе изменения наряду с приобретением абстиненции происходит закрепление нового типа поведения. Случается, что добившись трезвости, алкоголик сохраняет прежний стиль поведения. При этом невольно возникает сомнение в том, достигнута ли полнота абстиненции, если она не сопровождалась изменением его поведения.

Другие члены семьи, являясь составной частью нефункционального гомеостаза<sup>1</sup> (Jackson, D.D., 1959), должны вместе с больным алкоголизмом отказаться от сложившегося стиля поведения. Основываясь на ясных представлениях о том, что такое алкоголизм, они должны согласиться с принятием абстиненции.

---

1 Нефункциональный или дисфункциональный гомеостаз является формой сохранения существующего положения, статуса-кво в семье, в которой нарушены взаимоотношения ее членов. В таких случаях сохранение нефункционального гомеостаза удерживает семью от распада. Чаще всего это случается, когда в семье появляется больной, которого можно считать виновным во всех семейных неприятностях. Прекращается рост семьи, происходит перераспределение ролей, когда, например, муж-алкоголик не в состоянии содержать семью и передает эту функцию жене, и семья продолжает существовать в искаженной форме.

Клуб алкоголиков — это место, в котором семья алкоголика может найти всестороннюю поддержку в своем стремлении изменить привычный образ жизни, доставляющий ей страдания. Является ли оказываемая поддержка лечением в узком медицинском смысле? Является ли специалист, который катализирует данный процесс, терапевтом в классическом медицинском смысле? Эти вопросы неминуемо возникают при организации мер по защите и укреплению здоровья и должны быть рассмотрены нами в данной работе.

На Первом конгрессе клубов леченых алкоголиков Югославии и Италии, состоявшемся в 1985 году в Опатии, было высказано мнение, что алкоголизм не является болезнью в классическом, медицинском смысле. Алкоголизм — это скорее образ жизни или стиль поведения. Подобная точка зрения существовала с давних пор и была основана на нравственном отношении к употреблению алкогольных напитков вообще и тем более к злоупотреблению ими. Если взять за основу утверждение, что алкоголизм не является болезнью (не учитывая осложнений, вызванных употреблением алкоголя) в узком медицинском понимании, то работа с алкоголиками в рамках клуба не является классической формой лечения. В таком случае специалист, помогающий изменить как поведение, так и образ жизни в целом, не является терапевтом, независимо от его образования и профессиональной квалификации (врач, психолог, социальный работник, медицинская сестра или фельдшер). Его нельзя назвать ведущим или руководителем клуба, так как эти понятия подразумевают наделением такого специалиста определенной властью. Однако проявлениям власти нет места в клубе, в котором должны присутствовать

только солидарность, дружба, эмоциональное единение, любовь и равноправие. Хотя алкоголизм и не является болезнью в узком смысле этого слова, пока не выявляются вызванные им медицинские проблемы, его также нельзя считать и проявлением здоровья. Согласно современному определению алкоголизм представляет собой стиль поведения с высокой степенью риска, который требует вмешательства со стороны учреждений системы здравоохранения. В таком случае речь может идти и о больничных листах, и даже о стационарном лечении, если соответствующая служба не сможет организовать адекватную первичную помощь по месту работы или жительства всем членам семьи, страдающей по причине алкоголизма одного или более из ее членов.

Подготовка специалистов для работы в клубах проводится укороченным, ускоренным методом путем краткого ознакомления с основными сведениями об алкоголизме и демонстрации простейших практических приемов по оказанию первичной, вторичной и третичной профилактической помощи. Было бы смешно утверждать, что все, что происходит в клубе, можно считать психотерапией в классическом смысле слова, которой клубный работник овладел во время пятидневного курса. Известно, что психотерапевт годами осваивает профессию после получения диплома, а для сложной работы с алкоголиками требовалось бы длительное обучение и специализация. Поэтому мы предложили не называть человека, работающего в клубе, терапевтом, а так и называть «работником», независимо от его профессиональной ориентации.

Клуб не проводит социальную реабилитацию алкоголиков. Такая реабилитация должна проводиться

в реальном обществе, что можно аргументировано доказать. Необходимо исключить возможность для алкоголика использовать собственную абстиненцию и деятельность в клубе как доказательство успешной реабилитации. Социальная реабилитация оценивается на основе реальных взаимоотношений в обществе и в семье и не зависит от деятельности алкоголика внутри клуба. Оценка реабилитации зависит от рабочих качеств, трудовых успехов и общественной деятельности алкоголика. Клуб не может быть обществом в обществе, он является лишь частью трудового или территориального сообщества, одной из точек опоры в деле развития защиты и укрепления здоровья. Клуб не может и не должен стать доступной психиатрической больницей, в которой алкоголик изолируется от общества. Он должен побороть алкогольную зависимость и при этом не приобрести зависимость от клубной терапии. Алкоголик не должен выпадать из общества, в котором он живет и работает. Недопустимо, чтобы алкоголик, переставший злоупотреблять спиртными напитками, ценился в клубе выше, чем человек, никогда не страдавший алкоголизмом и не состоявший в клубе, так как у него в этом не было необходимости.

Длительный опыт свидетельствует, что иногда, достигнув абстиненции, алкоголик при этом пытается избегать трудовых и общественных обязанностей, заменяя их кажущейся деятельностью в рамках клуба. Это говорит о том, что, отказавшись от спиртного, он не готов изменить устоявшиеся формы поведения. Абстиненция, то есть, отказ от употребления алкогольных напитков, не может являться единственным показателем успеха реабилитации алкоголика. Нередки

случаи, когда алкоголик отказывается от спиртного, но при этом не меняет сформировавшегося на протяжении длительного времени поведения и образа жизни. Бывает, что алкоголик не пьет, но в процесс реабилитации не включаются члены его семьи. Мы придерживаемся точки зрения, согласно которой алкоголик является таким же членом общества, как и любой другой человек в нем, не лучше и не хуже. А наше отношение зависит от его поведения не только в клубе, но и в семье, в социуме, в трудовом коллективе. Легче всего бывает прекратить употребление спиртного, но гораздо тяжелее — сохранить устойчивую абстиненцию и добиться изменения своего образа жизни.

Поскольку реабилитация алкоголика и членов его семьи во многом зависит от работы, осуществляемой в рамках клуба, необходимо понимать, что эта деятельность является составной частью методологии, которую должен усвоить любой современно обученный медицинский или социальный работник. Эта работа не сложнее и не тяжелее других. Главное — это желание помочь.

Только лишь теоретическое познание методологии недостаточно. Обучение любой клубной деятельности, подобно и психотерапевтическим методикам, происходит в ежедневной практической работе. Ожидание того, что специалист сначала обучится работе в клубе, а уж затем сможет приступить к работе в нем, может привести к тому, что он так никогда и не начнет свою деятельность. Это происходит потому, что навыки подобной работы узнаются непосредственно в работе на клубе.

Главное при работе в клубе леченых алкоголиков — не терять терпения. Не следует ожидать, что все про-



блемы будут решены в течение нескольких дней. Первоначальная фаза реабилитации длится не менее пяти лет. Необходимо продолжать работу с членом клуба в ситуации, когда не удастся добиться абстиненции и его активного включения в занятия клуба в течение не только нескольких дней, недель, но даже месяцев. Надо помнить, что в данном случае речь идет о хронической проблеме, которая требует долгосрочного процесса помощи.

Работу следует начать со вступительной беседы со всеми членами семьи, включая самого алкоголика. Эта беседа должна проводиться индивидуально с каждой отдельной семьей. Цель беседы — добиться укрепления мотивации.

Иногда бывает невозможно собрать для беседы всех членов семьи одновременно. В таком случае работник клуба должен начать разговор с присутствующими членами, рассматривая их как целостную семейную группу.

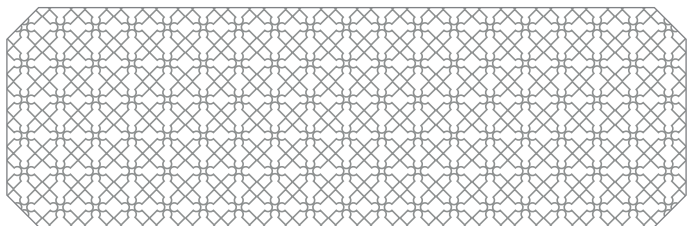
Часто ведутся дискуссии о продолжительности работы, проводимой с членами семьи алкоголика. Семейный подход требует осуществления совместной работы до тех пор, пока не включится семейный механизм самозащиты. После этого работа может продолжаться в самом узком семейном кругу. Супруг или супруга и дети, проживающие совместно с родителями, должны продолжать работу над изменением поведения в рамках клуба. Когда ситуация в семье стабилизируется, дети могут прекратить членство в клубе, если только не примут другого решения. Случается, что дети находят в клубе новых друзей или приходят к пониманию, что клуб помогает им в решении собственных проблем, и предпочитают оставаться в клубе.

В понятие семьи можно включить и тех людей из окружения алкоголика, которые важны для ее жизни, например, общие близкие друзья или коллеги по работе.

Если речь идет о помощи семье в каждом конкретном случае, то длительность процесса и его методологию определяет осуществляющий лечение специалист, предварительно договорившись с членами семьи.

После предварительной беседы в клубе от алкоголика и членов его семьи ожидается, что они лицом к лицу встретятся с остальными членами клуба и откровенно изложат свои проблемы. Необходимо им предоставить возможность самостоятельно выбрать момент, когда они смогут это сделать.

Безусловно, при создании клуба приходится сталкиваться с такими проблемами, как поиск помещения и сотрудников, согласование дней и часов работы и т. п. Все они решаемы при наличии доброй воли и желания работать.



## РАЗВИТИЕ КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

Клубы леченых алкоголиков получили свое развитие в 1964 году (описано их поступательное развитие, Hudolin, VI., 1982 г.) прежде всего в Загребе и на территории Хорватии, лишь затем на остальной территории Югославии.

Начиная с 1970 года, в Клинику неврологии, психиатрии, алкоголизма и лечения всех видов зависимостей в Загребе все в большем количестве стали обращаться граждане Италии, в основном из города Триеста и приграничных областей, что вызывало определенные трудности в организации долгосрочной программы помощи для них и их семей после завершения курса больничного лечения. Первоначально было принято решение направлять их в клубы леченых алкоголиков в населенных пунктах области Истрии, но при реализации такого решения мы столкнулись с рядом трудностей и неприятностей. Наконец, в 1979 году открылся первый клуб леченых алкоголиков в Триесте. С этого времени началось фундаментальное обучение на курсах по подготовке специалистов сформулированного нами комплексного психо-медико-социального профиля. Обучение представляло собой адаптированную форму подготовки, которая еще с 1964 года проводилась в За-

гребе и других городах Хорватии. Первые курсы обучения соответствующих специалистов открылись в конце 1979 года в общей больнице в г. Удине в Италии. К настоящему времени было проведено множество подобных курсов (Hudolin, Vl. и сотр, 1985 г.). Позже начали работу курсы, предлагающие более широкую программу обучения специалистов (срок подготовки 300 часов или 6 месяцев). На сегодняшний день во всех регионах Италии работает около 1300 клубов леченых алкоголиков. Наряду с этим существует большое число служб помощи алкоголикам, диспансеров, амбулаторий, действует целый ряд альтернативных и территориальных программ. Территориальная программа предполагает оказание первичной, вторичной и третичной профилактической помощи и ставит своей целью объединять и координировать работу местных учреждений и добровольных благотворительных организаций, формируя широкую сеть пунктов поддержки граждан. Таким образом, развитие клубов леченых алкоголиков в Италии происходило тем же путем, что и в Хорватии с момента открытия Загребской школы.

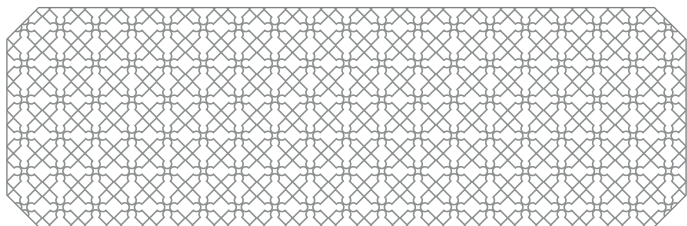
Впервые идея объединения в группы людей с одинаковыми поведенческими проблемами, связанными с психическими отклонениями и органическими нарушениями, появилась еще до начала Второй мировой войны. J. Bierer (1948 г.) непосредственно перед началом войны экспериментировал с так называемыми социально-терапевтическими клубами душевнобольных. Алкоголики относительно рано объединились для того, чтобы сообща противостоять проблемам, связанным со злоупотреблением алкоголем. Уже в 1935 г. в Акроне в США было основано первое общество анонимных алкоголиков (Alcoholics Anonymous, 1976,

Coccioli, С. 1973 г.). Вместе с тем происходило укрепление медицинского подхода к проблеме алкоголизма, который все чаще стал трактоваться как болезнь.

Организация Красного креста в Югославии с 1954 года активно начинает заниматься решением проблемы алкоголизма при широком участии добровольных работников (волонтеров). Она формирует территориальные комиссии по борьбе с алкоголизмом, которым в то время стали называть осложнения, вызванные злоупотреблением алкоголя. В это время в Клинике неврологии, психиатрии, алкоголизма и лечения всех видов зависимостей в Загребе, которая была включена в программу Красного креста, начинают проводиться эпидемиологические исследования алкоголизма, и накапливается практический опыт по лечению алкоголиков. Однако методы лечения, применяемые в то время, не привели к долгосрочным положительным результатам. Следует отметить, что уже тогда к лечению привлекались семьи алкоголиков, но в основном с целью помощи во время проводимого лечения. Ни разу курс проведенного медицинского вмешательства не привел к длительной абстиненции практически ни одного алкоголика. Как свидетельствуют наблюдения, 10-15% алкоголиков может отказаться от употребления спиртного при оказании любого вида помощи или вообще без нее. Позже это явление стало рассматриваться в качестве спонтанного улучшения, которое происходит достаточно часто среди алкоголиков, о чем много упоминалось в специальной литературе (American Psychiatric Association DSM-III-R, 1989). Большинство обследованных алкоголиков принадлежало к старшей возрастной группе, и почти все они без исключения имели серьезные нарушения как фи-

зического, так и психического характера. Исследования поражений мозга у алкоголиков, проведенные в то время в Клинике (Hudolin, VI., 1962 г., 1980г.), показали атрофию мозга более чем у 90% пациентов. Сравнительные эпидемиологические исследования указывали на высокий уровень алкоголизма в общей популяции (около 15% алкоголиков и 15% чрезмерно употребляющих спиртные напитки среди взрослых мужчин). Все это свидетельствовало о необходимости внедрения территориальных программ, включающих одновременно первоначальную, вторичную и третичную профилактику.

Полученные данные требовали проведения интенсивных исследований и разработки специальной программы, учитывающей применение альтернативного подхода для помощи ранее госпитализированным больным с алкоголизмом. В такой специальной программе была использована основанная на групповой всесторонняя терапия, сопровождавшаяся широким интенсивным взаимодействием с включением всех членов семьи. Было принято решение об открытии клубов как по месту жительства, так и по месту работы, а также о проведении необходимого обучения специалистов и привлечении добровольных волонтерских кадров. Клубы леченых алкоголиков (Hudolin, VI., 1975 г.) так же, как и антиалкогольные службы, должны были осуществлять свою работу с привлечением членов семьи подопечного. Были созданы Ассоциации клубов леченых алкоголиков в республиках, автономных областях и крупных населенных пунктах. В Хорватии Ассоциация клубов леченых алкоголиков была включена в Союз по защите и укреплению душевного здоровья.



## РАБОТА КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

Работа в клубах леченых алкоголиков основывается на принципе многосемейственности.

Отдельный член группы может быть включен в общий процесс только тогда, когда он сможет признать свою проблему. С практической стороны алкоголик знает об алкоголизме больше, чем любой профессиональный специалист. Но он должен изучить свою проблему еще и теоретически, должен ознакомиться с последними научными данными об алкоголизме. Поэтому в Центре по изучению и предотвращению алкоголизма и других зависимостей в Загребе работа с алкоголиком начинается с теоретического изучения алкоголизма. Алкоголик должен получить основные знания об алкоголизме, после чего он сдает экзамен по данному предмету.

Параллельно с этим супруг или супруга, также как и другие члены семьи сообща изучают теоретические вопросы, связанные с алкоголизмом. Они, а также человек, который возможно будет помогать алкоголику на протяжении всего членства в клубе, должны также сдать экзамен по данному материалу. Кроме того алкоголику разъясняют, как могут быть использованы возможности клуба леченых алкоголиков для собственно-

го роста. Необходимо постараться как можно скорее в самом начале оказания помощи вовлечь его в работу в клубе леченых алкоголиков, действующего непосредственно в Центре. Одновременно алкоголик и члены его семьи становятся участниками территориального клуба, в котором они будут получать помощь после завершения курса лечения в медицинском учреждении. Таким образом, как начало лечения, так и его дальнейшее развитие оказывается связано с клубом.

На сегодняшний день только в Хорватии действует значительное число клубов леченых алкоголиков с большим количеством членов (алкоголики, члены их семей и работники клубов), которые предварительно прошли курс по изучению алкоголизма. Эти клубы впоследствии образовали Ассоциацию клубов леченых алкоголиков Югославии. С 1979 года в сотрудничестве с итальянскими коллегами началась организация клубов леченых алкоголиков в Италии, где в настоящий момент действует около 1300 клубов, объединенных в итальянскую Ассоциацию клубов леченых алкоголиков Италии. Также организована и Ассоциация клубов Италии и Югославии.

Каждый клуб работает на основе принципа много-семейственности, объединяя максимум 12 семей (30 членов). Главная задача — изменение образа жизни данных семей. Для достижения поставленной цели клуб проводит еженедельные встречи всех его членов в установленные дни и часы.

Все клубы, входящие в Ассоциацию, регулярно собираются на заседаниях в одном из них (ежемесячные собрания). На таких встречах присутствует большое количество участников, где они сообща обсуждают тему, предложенную для этого собрания. Такие встре-



чи поддерживают постоянную связь между клубами, необходимую для выработки общей концепции, обмена опытом и оказание медико-просветительского воздействия на более широкую социальную группу. Такое собрание по форме представляет собой модифицированное многосемейное объединение и играет важную роль в процессе изменения образа жизни участвующих в нем семей. Ежемесячные собрания оказывают позитивное влияние на присутствующих, помогая им лучше осмыслить познания, связанные с природой алкоголизма, его лечением и реабилитацией алкоголиков.

Раз в году проходит конгресс клубов леченых алкоголиков, посвященный одной теме, наиболее интересной для всех. На сегодняшний день проведено уже 15 конгрессов, на каждом из которых присутствовало от 1000 до 3000 участников.

Представляется важным создание достаточно широкой сети клубов с тем, чтобы алкоголик имел возможность посещать свой клуб, располагающийся в шаговой доступности и находящийся на удалении не более чем в 20 км от его места жительства. Организация их должна происходить на основе территориального и производственного принципов.

Наряду с основной клубы осуществляют и дополнительную деятельность — прежде всего патронаж и работу с членами семьи. Патронаж осуществляет специально организованная патронажная служба клуба.

Некоторые клубы практикуют и другие виды деятельности: развлекательные, образовательные, воспитательные, хотя было бы лучше, если бы члены клуба принимали участие в подобных программах в рамках

территориальных объединений, не превращая клуб в замкнутое сообщество со своей отдельной жизнью.

Таким образом, постепенно происходит объединение отдельных алкоголиков в команду.

От алкоголиков и членов их семей требуется полная абстиненция. В работе клуба задействованы медицинские работники, фельдшеры и волонтеры, которые должны пройти дополнительное обучение.

Общественная и трудовая реабилитация алкоголиков и членов их семей не должна замыкаться в рамках клуба. Успех реабилитации не определяется лишь достижением абстиненции, но также имеет значение уровень взаимоотношений алкоголика в семье и в социуме. Некоторые алкоголики могут стать хорошими членами клуба, но это еще не является показателем их успешного лечения и реабилитации.

Клуб должен действовать на уровне территориальных и трудовых коллективов, то есть в тех условиях, где алкоголик со своей семьей живет и работает. Он не должен чувствовать себя изгнанным из общества, напротив, он должен чувствовать себя частью программы, разработанной для него обществом, чтобы избавить его от проблем, вызванных злоупотреблением алкоголем. Хорватия имеет большой опыт по созданию клубов в трудовых коллективах (Botteri, S. и сопр., 1989 г.).

В целях улучшения здравоохранения и укрепления здоровья населения страны клубы включены в программу борьбы с негативными последствиями, связанными с алкоголизмом. Таким образом, они являются частью широкой разнонаправленной сети мер по защите здоровья и повышению общего уровня культуры окружающей общественной среды.

Изолированный подход к реабилитации при отсутствии одновременных профилактических мероприятий не имеет смысла. Клубы леченых алкоголиков должны быть составной частью первичной профилактики, а их деятельность включена в исследования, прежде всего, эпидемиологические, а также исследования по оценке их практического применения. Данные эпидемиологических исследований дают возможность разработать программу преодоления последствий нарушения здоровья, вызванных алкоголизмом, и просчитать количество необходимых для этого специалистов и учреждений. Результаты работы постоянно сопровождаются оценочными исследованиями, а аппликативные исследования помогают в разработке методологии.

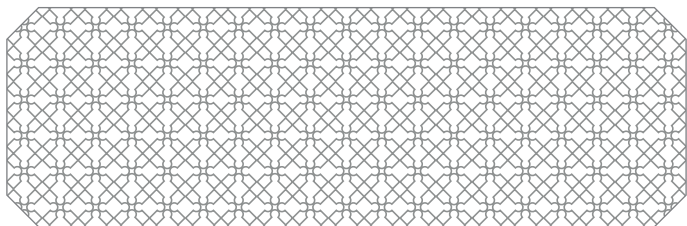
На основании изложенного анализа о деятельности клуба леченых алкоголиков, очевидно, что клуб только частично справляется со своей ролью, если действует изолированно от рабочих и территориальных коллективов. Иногда клубы открываются при медицинских или муниципальных учреждениях. Такие клубы могут оказывать определенную помощь своим членам, но не могут вернуть их в общество, активировать изменение их образа жизни и участвовать в региональных программах. Не надо забывать, что реабилитация алкоголика должна происходить в социуме, а не в клубе, что в данном случае осложнено или вообще невозможно. Исключение составляют экспериментальные или просветительские клубы, организованные в учреждениях по лечению алкоголизма. Такие клубы уже во время пребывания пациента в медицинском заведении (амбулатория, больница, диспансер и т.п.) стремятся продемонстрировать семье все возможности исполь-

зования клубной помощи после завершения курса лечения. Такие клубы могли бы работать не хуже обычных клубов, действуя на тех же принципах. Эти клубы, в первую очередь, также не должны принимать более 12 семей. То же относится и к клубам, сформированным в исправительных учреждениях. Клуб леченых алкоголиков — это живая динамичная структура, существующая в обществе как его неотъемлемая часть. Его деятельность базируется на постоянном обновлении научных знаний как из медицинских, особенно психиатрических, так и из социологических областей. Это возможно лишь при постоянном обучении безотрывно от трудовой деятельности работников клуба и его членов, их взаимодействии по обмену опытом и знаниями.

Описанные нами в данной работе трудности имеют отношение к моменту написания данного пособия. Время вносит свои изменения и требует изменений в подходе к практическим действиям по преодолению негативных последствий, связанных с алкоголизмом. Практический опыт обогащает методологию деятельности клуба в рамках коллективов по месту работы и жительства.

Замыкание клуба на самом себе и его отчужденность от общества, от научной и профессиональной работы может стать главной причиной проблем в его работе.

С момента своего основания клуб леченых алкоголиков сталкивается с трудностями, которые сопровождают каждую фазу его развития. Источником этих трудностей могут быть члены клуба, его работники и общество, в рамках которого действует клуб.



## ОРГАНИЗАЦИЯ КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

С самого начала своей деятельности, которая официально состоялась 1 апреля 1964 года, Центр по изучению и преодолению алкоголизма и других зависимостей в Загребе (Загребская школа алкоголизма) принял за основу своей работы комплексный подход к проблеме лечения алкоголизма и стал использовать концепцию клубов леченых алкоголиков. Это встретило сопротивление и неприятие, сопровождавшееся возникновением различных трудностей, до сих пор полностью не преодоленных. Организации клубов изначально противились практически все: специалисты, сами алкоголики и их семьи, общество в целом. У тех, кто сегодня только начинает заниматься проблемами алкоголизма и его негативными последствиями, может сложиться впечатление, что начало работы в данной области сопряжено со многими сложностями. На самом же деле им трудно даже представить, какой огромный прогресс достигнут за прошедший период. Сейчас существуют проблемы при организации и развитии деятельности клубов, но их нельзя даже сравнить с теми трудностями, которые возникали 35 лет назад. Накопленный за период с 1964 года до наших дней опыт частично изложен в данной работе. Клуб

разработал ясную и четкую методику, с которой данное пособие должно ознакомить своих читателей, уже работающих в клубах, или только готовящихся к этой работе. С 1964 года изменилось не только понимание алкоголизма как такового, но и последствий, связанных со злоупотреблением спиртного, что в свою очередь изменило отношение к алкоголикам со стороны специалистов и общества в целом. Теперь к алкоголизму социум относится как к любой другой болезни, которая не вызывает отторжения и неприятия. Правда, концепция алкоголизма как болезни в настоящий момент является предметом споров и обсуждений, но это не меняет отношения к алкоголизму и алкоголикам, выработавшемуся в последнее время.

Те, кто начинал свою работу в клубах леченых алкоголиков более 25 лет назад, мало что знали об алкоголизме и его последствиях. Для них алкоголизм в соответствии с воззрениями того времени был нравственной проблемой, которую диагностировали в основном у маргинальных членов общества, когда у них диагностировались тяжелые психосоматические нарушения, вызванные чрезмерным употреблением спиртного.

До появления в Загребе Центра по проблемам алкоголизма в 1964 году лечение алкоголиков в Югославии заключалось в проведении детоксикации, после чего больные выписывались домой с рекомендацией «пить поменьше».

Даже когда алкоголизм был диагностирован на ранней стадии, алкогольная зависимость не подвергалась лечению — лечили только нарушения, вызванные злоупотреблением алкоголя, если таковые уже имелись в организме. Лечение назначалось в отношении

диагностированных болезней, типичных для алкоголиков, таких как цирроз печени, delirium tremens, тяжелая алкогольная интоксикация и т.п. К тому же было чрезвычайно мало специалистов, которые хотели заниматься алкоголиками и их проблемами. И даже тогда, когда уже действовали клубы леченых алкоголиков, трудно было найти желающих в них работать. Во многих странах такое положение дел не слишком изменилось и в наше время. Да и в Хорватии не так много врачей-терапевтов работает в клубах леченых алкоголиков.

Причина описанного выше положения заключается в недостаточном количестве подготовленных специалистов и нехватке учебных пособий для их специализации. Достаточно ознакомиться с учебниками, по которым занимаются студенты-медики, медицинские сестры и будущие социальные работники, чтобы убедиться, насколько скудно представлены в них материалы, относящиеся к алкоголизму. Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в Загребе, где в последнее время появились учебники, предназначенные для медучилищ, работников социальных служб и студентов-медиков, в которых представлены обширные описания последствий, вызванных алкоголизмом и другими зависимостями (Hudolin, Vl., 1984, 1987 гг.). До сих пор перед студентами, планирующими посвятить свою работу проблемам, связанным с алкоголизмом и его последствиями, не ставится задача поменять свое собственное отношение к употреблению спиртных напитков. Хотя понятно, что без четко выраженной позиции по вопросу употребления спиртного невозможно успешно работать как в области алкологии, так и в здравоохранении в целом.

Уже с самого начала в семье и в обществе, а уже позднее в процессе учебы на медицинском факультете студент воспринимает употребление спиртных напитков (адекватное, разумное, нормальное) как естественную норму поведения, как приемлемый образ жизни. Для социума, в котором употребление спиртного считается допустимым, гораздо проще провозгласить алкоголика опустившимся маргиналом, чем сомневаться в правильности образа жизни, при котором является принятым потребление алкоголя в том или ином количестве. С точки зрения общества само употребление алкоголя является вполне приемлемым, в отличие от алкогольного пьянства, которое объясняется нравственной испорченностью алкоголика. Установление диагноза «алкоголизм» очень часто зависело, а, бывает, что зависит и сейчас, от положения, которое пьющий человек занимает в обществе. Внимательно изучив данные об образовании и общественном положении алкоголиков, лечившихся на начальном этапе развития программ по преодолению алкогольной зависимости, можно убедиться, что диагностика «алкоголизма» зависела от общественного положения пациента, а не от наличествующих симптомов и отклонений в его поведении. Только позднее, когда широкое распространение получили программы по преодолению алкоголизма и его последствий, «алкоголизм» стал диагностироваться у представителей других социальных групп. Но и тогда это происходило относительно редко, так что люди с высшим образованием, как правило, начинали лечение слишком поздно, когда уже проявлялись ярко выраженные нарушения здоровья и маргинальный тип поведения. Неудивительно, что до сих пор продолжают попытки поиска новых



доказательств в пользу теории, согласно которой алкоголики появляются в среде социально неблагополучных людей с психопатической структурой личности. Идеи о наследственном происхождении алкоголизма также имеют целью оправдать так называемое умеренное употребление алкоголя.

Исследования большого числа алкоголиков свидетельствуют, что первичные психопатические отклонения относительно редко встречаются у этих пациентов. Алкоголизм чаще встречается в семьях, в которых уже живет алкоголик. Но алкоголизм не передается по наследству, а возникает вследствие усвоенного стереотипа поведения, бытующего в таких семьях и в среде их обитания. Иногда алкоголизм может развиваться вследствие душевного потрясения или физического увечья, и в этих случаях диагностика и методика лечения носят специфический характер, отличный от обыкновенного.

Часто алкоголик не в силах осознать свою проблему и согласиться с предлагаемым диагнозом и методом лечения. Так бывает, что алкоголик иногда боится признать себя таковым, так как в обществе чаще всего сомневаются в возможности излечения алкоголика. Именно поэтому алкоголики объединяются в группы так называемых анонимных алкоголиков (Alcoholics Anonymous) — первые организации самопомощи для людей, страдающих от алкоголизма, возникшие в 1935 году. В этом году в Акроне в США два алкоголика Билл и Боб<sup>1</sup> основали первую группу анонимных алкоголи-

---

1 В соответствии с принципом анонимности они упоминаются в специальной литературе под этими именами. Сейчас, когда оба мертвы, можно опубликовать их настоящие имена: Билл — William Griffith Wilson и Боб — д-р Robert Holbrosh Smith. С Биллом я успел познакомиться, а Боб уже умер к тому времени.

ков, известную под аббревиатурой АА (Hudolin, Vl., 1987 г.). Они считали, что алкоголизм — это болезнь, которую лучше всех может понять тот, кто сам является алкоголиком. В группах отказывались от помощи специалистов, что чаще носило декларативный характер, так как в то время специалисты не предлагали свою помощь этому сообществу.

Сейчас клуб леченых алкоголиков — это организация граждан, включенная в работу объединений по местному и территориальному признаку.

В разговоре с медицинскими работниками, фельдшерами и волонтерами часто приходится слышать о трудностях в организации работы клуба леченых алкоголиков, о том, как много времени для этого требуется и как бывает тяжело добиться активной поддержки общественно-политических, социальных организаций и учреждений системы здравоохранения. Несомненно, что для преодоления определенных трудностей, с которыми приходится сталкиваться при организации клуба, требуется всесторонняя поддержка. Но в наше время клубы настолько приняты обществом и получили столь широкое распространение, что разговоры о трудностях кажутся значительно преувеличенными.

Для того чтобы открыть новый клуб, достаточно, чтобы имелась в наличии две семьи с данной проблемой и один заинтересованный работник. Клуб постепенно будет пополняться новыми семьями, а когда их станет больше двенадцати, клуб должен будет разделиться, так как слишком большое число участников осложнит его работу. При разделении клуба необходимо, чтобы каждый из них имел примерно одинаковое количество членов с долгосрочной и кратко-

срочной абстиненцией. Члены одного клуба должны быть разных возрастных категорий, разной половой принадлежности. После организации клуба он может сразу же войти в территориальное объединение клубов леченых алкоголиков, а все эти клубы входят в республиканские союзы.

Клуб с числом семей не больше двенадцати имеет преимущество перед большим клубом. Прежде всего, собрание членов клуба не должно продолжаться более полутора часов, в течение которых все участники должны иметь возможность высказаться и принять участие в обсуждении, что невозможно, если клуб слишком большой. Каждый член клуба должен иметь свои обязанности (председатель, секретарь, кассир, участник патронажной службы и т. п.), а в большом клубе это просто невозможно.

Новые члены могут вступить в клуб самостоятельно, а могут по направлению врача, социального работника, медицинской сестры или по совету друзей и членов семьи. Их могут записать в клуб во время стационарного или амбулаторного лечения. Желательно, если учреждения, занимающиеся лечением алкоголиков, еще до начала лечения направят своего пациента и членов его семьи в местный клуб. Если этого не произошло, то конечно они должны это сделать сразу при поступлении или в первые же дни после начала лечения. Если алкоголик в силу своего состояния на текущий момент не может сразу принять участие в работе клуба, то члены его семьи, безусловно, должны быть приглашены на заседания клуба, невзирая на отсутствие человека, находящегося на стационарном лечении.

Большинство сложностей в работе с алкоголиками и членами их семейной группы связано именно с их

поздним включением в клуб. Процесс работы в клубе носит системный характер и требует участия всех членов семьи. Если алкоголик и члены его семьи успокоятся при первых положительных результатах лечения, то их будет очень трудно мотивировать к вступлению в клуб. Тогда они не будут видеть достаточной причины, чтобы продолжать заниматься решением своей проблемой в рамках клубной работы, потому что добились того, чего желали (например, абстиненции). Только следующая кризисная ситуация может подтолкнуть их к вступлению в клуб. Если момент был упущен, то опытный работник может способствовать возникновению кризисной ситуации, в которой алкоголик легче решается на поступок.

Включение членов семьи в работу клуба леченых алкоголиков может сопровождаться определенными трудностями. Чаще всего они ссылаются на отсутствие смысла вступать в клуб, потому что сами не являются алкоголиками. В таком случае особенно важен предварительный разговор со всеми членами семьи одновременно. Достичь понимания бывает много легче в начальной стадии знакомства, когда семья находится в кризисной ситуации. Когда алкоголик преодолевает кризис, то крайне неохотно соглашается с тем, чтобы присоединиться к групповому процессу. В таком случае беседу необходимо отложить до следующего кризиса, который в случае с алкоголиком не заставит себя ждать, или каким-то образом поспособствовать возникновению кризисной ситуации. Учебная подготовка членов семьи алкоголика, знакомящая их с современным пониманием природы алкоголизма, дает положительные результаты для решения этой проблемы.

Когда появились первые клубы леченых алкоголиков, тогда алкоголики избегали посещать их, полагая, что членство в клубе может только ухудшить их семейную и социальную ситуации, которые и так оставляли желать лучшего. В других странах имелся подобный же опыт. J.W. Sonnenstuhl (1986 г.) описывает трудности, которые наблюдались в США при привлечении участников в программу помощи лицам, имеющим эмоциональные проблемы, в том числе и алкоголиков.

При своем появлении клубы леченых алкоголиков сразу же столкнулись с сопротивлением и многими препятствиями.

В последующем J. Rugeij (1978, 1980, 1981, 1983 гг.) посвятил большое количество своих работ дальнейшей разработке методологии клубов леченых алкоголиков, повлиявших на эффективность их работы.

### **Семья в клубе**

Семья алкоголика, подобно любой другой семье, в которой живет человек с хроническим заболеванием с нарушением правил поведения, с самого начала пытается помочь своему близкому и научиться жить с ним и его проблемами. Так, например, работают группы анонимных алкоголиков. Но семейный подход не заключается только лишь в этом, и менее всего — семейное лечение.

В 50-х годах XX века в результате развития эмпирического подхода сформировался принцип семейного лечения, основоположниками которого были молодые специалисты, неудовлетворенные результатами классического лечения душевнобольных, особенно больных шизофренией. Они смогли установить, что нарушения при подобных хрониче-

ских заболеваниях касаются всех членов семьи, а не только больного.

В 60-е годы в США в основном в частной практике на основании проведенных наблюдений стал использоваться семейный подход. Первоначально он применялся в семьях больных шизофренией. Позднее стало понятно, что этот принцип может и должен применяться ко всем семьям, в которых имеются поведенческие нарушения. Но интенсивное развитие семейного подхода произошло только после его включения в перечень методов лечения, использующихся в лечебных учреждениях системы здравоохранения.

Уже в 1964 году в Загребском Центре в процесс лечения и реабилитации алкоголиков была включена семья. Семейный подход и семейное лечение стали главной темой конгресса Клубов леченых алкоголиков Югославии, состоявшегося в Порече в 1975 году (Hudolin, Vl., 1975 г.). Семейный подход и семейное лечение основывались на общей теории систем, которую в 1947 году описал von Bertalanffy (1950, 1956 гг.), а в дальнейшем разрабатывали многие другие авторы. С 1964 года в Загребском Центре стало использоваться определение алкоголизма как семейной болезни, и были применены такие понятия, как «мокрый» и «сухой» члены семьи. Соответственно под «мокрым» подразумевался пьющий человек, а «сухим» называли того, кто не пьет совсем или может выпивать спиртное, но при этом не страдает алкоголизмом. При этом и те и другие вовлекались во взаимодействие и становились участниками семейных алкогольных игр. Позднее была разработана концепция алкогольного поведения семьи, или лучше сказать, алкогольного образа жизни. В соответствии с данной концепцией в лечении

и реабилитации должны были принимать участие все члены семьи. В этом процессе наряду с членами семьи могли участвовать и те лица, которые имели особенно большое значение для жизни семьи.

Со временем семейный подход стал рассматриваться в различных теориях. Центр по изучению и преодолению алкоголизма и других зависимостей в Загребке изначально уделял особое внимание роли отдельных членов семьи и изменению семейных ролей при возникновении алкоголизма. В последующем большее внимание уделялось коммуникациям между членами семьи и, наконец, взаимодействию между ними. Для теоретического объяснения процессов, протекающих в семье алкоголика, применялись и другие теории, среди которых некоторые основывались на принципах динамической психиатрии. Это делалось для того, чтобы на этой базе сформировать подход для семейного лечения в алкогольных семьях.

Так случается, что некоторые алкоголики не имеют тяжелых семейных проблем, однако определенные семейные нарушения все же выявляются одновременно у всех членов семьи. Во многих случаях разрешение проблем без проведения семейного лечения достаточно быстро происходит с наступлением абстиненции. Когда семейные трудности имеют относительно легкий характер, часто возникают сомнения: как долго должен применяться семейный подход или осуществляться семейное лечение, кто должен и может этим заниматься и какова разница между этими понятиями?

Не все проблемы, встречающиеся в семьях алкоголиков, являются специфичными именно для них. И не все проблемы в таких семьях требуют семейного

лечения. Практически нет семей, в которых время от времени не возникали бы те или иные проблемы, однако не все эти проблемы могут расцениваться как проявление болезни и требовать семейного лечения. Некоторые из них могут разрешаться автоматически сами по себе. Складывается впечатление, что семья имеет свой механизм защиты, который активизируется, как только появляются проблемы.

Бывает, что друг семьи может помочь своим советом и запустить функционирование упомянутого механизма. Не только в алкогольных семьях, но и во многих других, не имеющих алкоголика, случаются разводы. Развод не всегда считается проявлением болезни как со стороны супругов, так и со стороны общества. Не следует считать это следствием болезни и в том случае, когда речь идет о семье алкоголика.

Все же во всех случаях при алкоголизме рекомендуется применять семейный подход. Такой подход имеет своей целью успокоить семью, дать ей возможность сознательно принять правильные решения. Как только будет активирован защитный механизм семьи — результат получен, и работу с семьей можно заканчивать. Использование семейного подхода подразумевает, что мы рассматриваем не отдельного алкоголика, а говорим обо всей его семье и ее дисфункции. В соответствии с этой концепцией все члены семейной группы должны изменить свой образ жизни. В семейном подходе принято рассматривать не только проблемы алкоголика, но всей его семьи в целом. Мы стремимся привить семье новые правила поведения, освоить с ней иной образ жизни и привести всех членов семьи к всестороннему росту и духовному созреванию. Таким образом, многосемейный подход в клубе продолжает-



ся так долго, сколько длится и работа в клубе. Под этим подразумевается не особый терапевтический процесс, а постоянная коммуникация и взаимодействие в многосемейном объединении, тесно связанном с местными общественными организациями.

В некоторых случаях общение и взаимодействие в семье нарушены настолько, что требуют семейного лечения в виде специализированного терапевтического вмешательства. Лечение продолжается до того момента, когда вновь заработает семейный защитный механизм. На первоначальной стадии пребывания в клубе будет правильным посоветовать семье не принимать серьезных решений и подождать, пока не заработает вышеупомянутый механизм.

В дальнейшем ожидается, что члены семьи смогут реализовать действенное поведение и будут способны принимать ответственные решения. Оптимальные решения появятся тогда, когда в семье начнется изменение образа жизни. Однако это вовсе не означает, что такие решения приведут к сохранению семьи, или что они окажутся верными с точки зрения работника клуба.

Семейный подход, как и работа клуба вообще, базируется на принципе «здесь и сейчас».

Семейный подход требует от работников клуба и его членов постоянного изучения материалов по этому вопросу.

Классическая психиатрия пытается найти место семейному подходу в уже существующих теоретических системах. Между тем, работа с семьей и семейное лечение знаменуют новую фазу в развитии психиатрии. С момента введения семейного подхода психиатрия уже никогда не сможет вернуться к прежним мето-

дам работы. Семейное лечение невозможно втиснуть в рамки классической психиатрии.

В 1975 год на Конгрессе клубов леченых алкоголиков Югославии в Порече было принято решение об использовании принципа, реализуемого в семейном подходе, как основы работы всех клубов. При этом мы следуем теории систем, описанной Bertalanffy. Позднее в клубах был разработана мультисемейная схема рабочих процессов системного характера, применяемая как в клубах, так и при осуществлении больничных и альтернативных программ.

Когда речь идет о работе с семьей, то необходимо определить роль работника клуба: должен ли он оставаться пассивным, или же он должен активно участвовать во взаимодействии членов семьи? Должен ли он давать советы семье, и какие именно? Опыт клубной работы свидетельствует, что работник клуба должен быть активным и действовать по принципу «здесь и сейчас». Он должен активно участвовать во взаимодействии всех членов семьи с применением своих знаний и опыта. Это не значит, что он должен давать советы или прямые указания, какие именно решения следует принимать семье, особенно, когда речь идет о важных супружеских или общих проблемах. Работник, опираясь на предыдущий опыт, зачастую помогает незрелой семье принимать решения, которые бы наилучшим образом повлияли на преодоление возникших трудностей и проблем. Эти решения не обязательно должны соответствовать мнению работника клуба об их положительном или отрицательном влиянии на семейную терапию.

Как только удастся достигнуть малейшего успеха, работник может предложить семье договор о терапии с целью закрепления частичных результатов. Он

не должен допустить, чтобы семья вновь искала решение в нефункциональном гомеостазе, который всегда «поддерживает» повторение прошлого неприемлемого поведения. Семью надо вернуть в реальность и обеспечить ей возможность существовать в этой реальности. Важно, чтобы взгляд семьи был устремлен в будущее, а не в прошлое.

Семейному подходу можно научиться только в процессе практической работы, в постоянном ежедневном труде. Ему невозможно научиться по книгам, хотя их читать также необходимо. Этому учишься прежде всего в процессе работы.

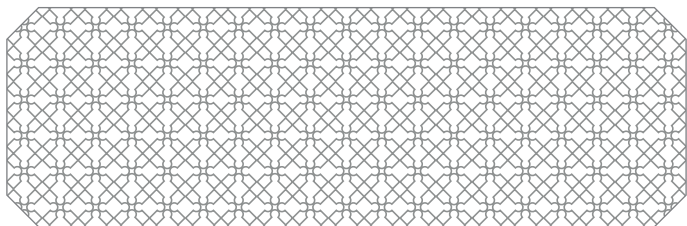
В данном пособии не будет приводиться описание семейного лечения из других публикаций (Hudolin, VI. и др., 1985; 1986 гг.). Семейный подход открывает новую реальность в работе клубов в том случае, если этот принцип стал базовым в их деятельности. Семейный подход направлен не только непосредственно на алкоголика, он вызывает коммуникативное и интерактивное взаимодействие, влияющее на поведение самого работника.

Нередко высказываются опасения, связанные с возможностью совершения ошибок при применении семейного подхода и семейного лечения. Но что можно считать ошибкой при таком типе взаимодействия и как ее установить? Даже ошибочное семейное, взаимодействие в клубе приводит к кризисным ситуациям, которые активизируют многосемейное сообщество на поиск новых путей, изучение новых возможностей для жизни и деятельности семьи, то есть является новым элементом роста и созреваания семьи.

В последнее время произошла дальнейшая модификация семейного подхода в работе с алкоголиками.

Прежде всего, стало ясно, что и успешная первичная профилактика последствий, вызванных употреблением алкоголя, возможна только при проведении ее на принципе многосемейственности.

На основании этого местные и трудовые объединения все чаще стали пониматься как расширенная семейная группа, на которую распространяются принципы семейного подхода в работе с семьей. Благодаря чему укрепляется территориальная сеть пунктов поддержки, созданных для защиты и укрепления здоровья граждан.



## РЕЦИДИВ

Под рецидивом подразумевается возвращение и усиление болезни, а также ухудшение состояния больного. Когда речь идет об алкоголизме, то рецидивом обычно считается возврат к употреблению спиртных напитков. Между тем, если считать, что в случае алкоголизма имеет место определенный тип поведения, тогда под рецидивом должно подразумеваться и возвращение к такому типу поведения, который существовал в период употребления алкоголя, независимо от того, пьет ли пациент в настоящий момент или нет. У членов клуба леченых алкоголиков нахождение в абстиненции предполагает также изменение поведения. В связи с этим рецидивом может считаться возврат к старому типу поведения, независимо от того, вернулся ли пациент к употреблению алкоголя или нет. Под рецидивом иногда может пониматься возвращение членов семьи алкоголика к умеренному употреблению спиртного. В таком случае они воздерживаются от употребления спиртного только на время лечения члена своей семьи, но в какой-то возможно кризисный момент они от нее отказываются. В таком случае можно говорить о рецидиве семьи или отдельных ее членов.

Рецидивом является возвращение к прежнему типу поведения даже в том случае, если семья и не возобновила употребление алкогольных напитков. Все

эти формы рецидива вызывают кризисное состояние у алкоголика, у его семьи и у всего клуба. Случается так, что ни клуб, ни работник клуба не могут справиться с кризисом, вызванным рецидивом. Это может привести к проявлениям агрессии участников клуба по отношению к семье алкоголика, а чаще — к нему самому. Такие поступки наносят значительный ущерб, особенно, когда члены клуба принимают одну сторону в семейном конфликте и начинают конфликтовать с тем, кто вернулся к употреблению алкоголя.

Поэтому рецидив следует расценивать как частое неприятное осложнение в процессе работы с алкоголиками. До сих пор считается, что у многих алкоголиков достаточно быстро после достижения абстиненции случается рецидив. По этой причине многие работники здравоохранения отказываются от лечения алкоголиков (Hartocollis, 1964, Szasz, 1966, Fehr, 1976). Рецидив не является настолько негативным явлением, как это принято считать. Он может, например, мобилизовать латентные силы самого алкоголика, его семьи, клуба, работников клуба и всего сообщества. Бывает так, что после рецидива процесс реабилитации становится более интенсивным, и быстрее происходит изменение стиля поведения. Нельзя говорить о рецидиве как о чем-то одинаковом во всех случаях. На самом деле между формами рецидива существует столько же различий, сколько их имеется между самими алкоголиками, их семьями, клубами и их сообществами. Иногда рецидив вполне понятен и легко объясним, в других случаях его тяжело понять и принять (Aubriou и сотр., 1988 г.). Иногда рецидив несет в себе позитивный импульс для активизации деятельности клуба леченых алкоголиков. Он вполне

логичен в череде хронических событий, представляющих собой жизнь алкоголика. Иногда алкогольный образ жизни приводит к таким нарушениям поведения, которые я однажды назвал «психопатией» или «социопатией». Необходимо не допускать представления о таком типе поведения как преимущественном для алкоголизма, что до сих пор повсеместно происходит.

Рецидив является настолько типичным явлением, что в случае его отсутствия следует усомниться в правильности работы клуба. Рецидив может произойти вследствие закрытости клуба, когда его членами является обособленная от социума группа старых абстинентов, которая на все лады препятствует вступлению в клуб новых членов, чтобы избежать разделения клуба. Бывает, что клуб не уделяет должного внимания семье, в которой случился рецидив, и занимается ею на общих основаниях. В таких случаях независимо от количества его членов рекомендуется разделить клуб, а в каждый образовавшийся клуб включить как новых участников, у которых имеется опасность возникновения рецидива, так и тех лиц, у которых рецидив может случиться по каким-то своим причинам.

Определение рецидива во многом зависит от основной позиции исследователя. Если успехом в работе с алкоголиком считается достижение им полной и устойчивой абстиненции, то любое, даже минимальное употребление алкоголя расценивается как рецидив. Существуют специалисты, которые полагают, что при успешном излечении алкоголик может употреблять спиртное в умеренных количествах. Они не считают употребление спиртного в таком случае рецидивом, и даже более того — это для них становится подтверждением достигнутой цели. Однако дальней-

шие исследования доказали невозможность получения подобного результата (Ewinng, 1977 г.).

Отличительной особенностью алкоголизма является полная неспособность алкоголика научиться контролировать количество выпитого спиртного, в соответствии с этим, любое употребление алкоголя следует считать рецидивом. В этом случае мы говорим о рецидиве пьянства.

Рецидив может произойти очень рано, уже на начальной стадии процесса реабилитации, а может и в любой другой момент. Нередки рецидивы после четырех, пяти, десяти и более лет абстиненции. Поэтому сейчас принято считать, что работа с алкоголиком должна продолжаться на протяжении как минимум десятилетнего срока, после чего ему желательно продолжить членство в клубе, однако его деятельность в клубе должна существенно измениться.

В связи с этим бывает трудно принять решение о том, привела ли работа с алкоголиком и его семьей к большему или меньшему успеху, и может ли она быть завершена. Конечно, в ходе лечения можно добиться улучшения отдельных психосоматических нарушений у алкоголика. Но эти успехи могут не иметь никакого отношения к решению его главной проблемы — преодолению алкоголизма, а также дальнейшему прогнозу. Легко предположить, что уже после короткого курса лечения произойдет изменение клинической картины в течении *delirium tremens*, но оно не поменяет отношения пациента к употреблению алкоголя и не изменит его образ жизни. Поэтому и трезвость алкоголика еще не означает его полного излечения. Рецидив возникает: а) из-за характерологических особенностей самого алкоголика, б) под влиянием окружения.



а) Сам алкоголик обращается за помощью в большинстве случаев под давлением обстоятельств: на работе, в семье, из-за проблем со здоровьем, по показаниям суда или полиции. Даже когда он обращается «добровольно», то ни о какой добровольности не может быть и речи. Чаще всего у него сразу же выявляются поведенческие проблемы (психопатия алкоголика), а возможно и медицинские проблемы. Алкоголик не может смириться с той ситуацией, что он не может употреблять алкоголь тогда, когда это могут делать все в его окружении.

Несмотря на все его обещания и согласие на слова пройти лечение, в большинстве случаев глубоко внутри себя алкоголик принимает решение воздерживаться от употребления спиртного лишь на некоторое время, в течение которого он рассчитывает поправиться, решить проблемы, заставившие его согласиться на лечение, и в последующем продолжить «нормально» выпивать. Обычно возврат к спиртному начинается с употребления нескольких стаканов пива. Спустя некоторое время, возможно уже на следующий день, он может выпить уже большее количество более крепких алкогольных напитков. С первого дня пребывания в клубе необходимо стремиться к тому, чтобы алкоголик изменил подобное отношение к спиртному. Для этого было бы хорошо рассказать алкоголику, как обычно происходит развитие рецидива. Необходимо дать ему понять, что в случае алкоголизма утопичными являются представления о возможности умеренного употребления спиртного, во время которого он сможет удержаться от последующего пьянства. Также нужно помнить, что сформировавшиеся изменения в организме и поведении алкоголика слишком сильны, вследствие чего не может

быть и речи об умеренном употреблении алкоголя с его стороны.

Как правило, алкоголик обращается за помощью, находясь в такой стадии алкоголизма, которую можно назвать этапом испорченных социальных отношений. На этом этапе наблюдается значительное нарушение внутрисемейных отношений, у алкоголика в семье возникает чувство одиночества и ненужности. Иногда супруга или супруг могут представлять собой главное препятствие для реабилитации. Подобные отношения в семье нередко могут привести к рецидиву. Довольно часто оказывается, что и брачный партнер является скрытым (латентным) алкоголиком, либо проблемно выпивающим человеком. Это может быть установлено во время тщательно проведенной предварительной беседы. В таком случае «неалкоголик» будет постоянно настаивать на необходимости лечения своего партнера, утверждая, что сам он в помощи не нуждается, так как все равно не пьет. При этом с его стороны будет наблюдаться выраженное сопротивление требованию самому придерживаться абстиненции.

Случается, что став трезвым и начав выздоравливать, алкоголик вдруг осознает ситуацию, в которой он находится. Вследствие депрессии, которая может у него развиваться, может случиться суицид или рецидив, что в сущности похоже.

Напротив, может случиться так, что алкоголик примет решение приложить максимум усилий, чтобы исправить ошибки, допущенные им во время алкоголизма. Но промахи, имевшие жизненно важное значение, бывает невозможно исправить в короткий срок. Так случается, что у алкоголика опускаются руки, внутренняя энергия иссякает, а отчаяние приводит его к рецидиву.

Также бывают ситуации, в которых алкоголик считает, будто он находится в безопасности, так как не похож на «плохих алкоголиков», с которыми может что-либо произойти. Он может думать, будто то, что верно для других, может не иметь к нему никакого отношения, а это также приводит к рецидиву.

б) Случается, что алкоголик успешно преодолевает все трудности и возвращается к нормальной жизни в семье и на работе. Но там его окружают люди, большинство из которых употребляет алкогольные напитки и относится с непониманием к тем, кто совсем отказывается от употребления спиртного. Они прилагают все усилия для того, чтобы вернуть бывшего алкоголика к выпивке. И это им часто удается, если работа по лечению и реабилитации алкоголика проводилась неправильно. Особенно это касается тех случаев, когда алкоголик скрывает, что является членом клуба леченых алкоголиков, придерживается полной абстиненции и принимает антабус.

Все эти факторы так или иначе могут привести к рецидиву. Многие считают, будто рецидив на ранней стадии опаснее всего. Между тем, опыт показывает, что дальнейший прогноз при раннем рецидиве бывает более благоприятен, чем при позднем рецидиве. Работник, занятый в антиалкогольной программе, должен хорошо понимать все вышеперечисленное, чтобы вовремя принять необходимые меры. Поздний рецидив может быть гораздо опаснее и очень быстро привести к необратимым ухудшениям.

В большинстве случаев, как в специальной литературе, так и в практической работе под рецидивом понимают рецидив пьянства, или возобновление употребления спиртного. Необходимо отметить, что он вовсе не так

опасен, как это принято считать, при условии, что работа в клубе леченых алкоголиков велась правильным образом.

Кроме так называемого мокрого рецидива, сопровождающегося употреблением спиртного, существует и сухой рецидив, во время которого алкоголик, хотя и не употребляет спиртного, но все же возвращается к прежнему типу поведения. Он избегает включения своей семьи в процесс клубной работы, утрачивает способность к проявлению эмпатии (сопереживанию) и вообще интерес к другим людям. Несмотря на отсутствие употребления спиртного, возврат к прежнему типу поведения, то есть регресс в поведении, может иметь более опасные последствия для алкоголика, его семьи и его клуба, чем наступление мокрого рецидива.

Были предприняты попытки формальной классификации рецидивов. Так Aubrion (1988 г.) различает мазохистские, пассивные, пробные, ложные, репетиционные рецидивы, и т. д. На практике тяжело придерживаться строгой классификации, так как жизнь гораздо сложнее, и причиной каждого отдельного рецидива служит целый комплекс внешних и внутренних обстоятельств.

Сегодня все чаще говорят не только о рецидиве алкоголика, но о рецидиве семьи, рецидиве работника клуба, рецидиве клуба, рецидиве трудового и территориального объединения, о чем я говорил в своем выступлении на одном из итало-югославских конгрессов клуба леченых алкоголиков.

### **Рецидив алкоголика**

В процессе развития хронических заболеваний, особенно, когда речь идет о хронических заболеваниях, связанных с поведенческими нарушениями,

рецидив, или ухудшение состояния, является регулярным явлением. Можно даже сказать, что в случае отсутствия периодических рецидивов, необходимо пересмотреть как диагноз, так и всю работу клуба. Бывают случаи, когда группа старых членов клуба изолируется от общества и не принимает в свой состав новых членов, что приводит к отсутствию рецидивов. В такой ситуации необходимо независимо от количества его членов осуществить разделение клуба, невзирая на сопротивление участников, с которым придется столкнуться.

Рецидив алкоголика при алкоголизме обычно случается в начальной стадии абстиненции. Часто алкоголик с трудом решается на полную абстиненцию и время от времени возобновляет употребление спиртных напитков, проверяя, может ли он вернуться к так называемому умеренному употреблению. Такой ранний рецидив нередко является следствием неверной работы клуба. Ранний рецидив может разочаровать работника клуба, алкоголика, его семью и сам клуб, но при этом не имеет серьезных последствий, если будет вовремя остановлен.

Рецидив на более поздней стадии после одного, двух и более лет абстиненции и пребывания в клубе представляет собой более серьезную опасность, так как алкоголик и его семья стремятся скрыть происходящее. С учетом того, что даже кратковременный возврат к употреблению спиртного на поздней стадии может причинить тяжелый ущерб здоровью, позднему рецидиву следует посвящать особое внимание. Поздний рецидив указывает на ошибки в работе клуба и требует того, чтобы работник клуба и его члены проанализировали свою деятельность. Если в процессе анализа не

удастся выявить недостатки, тогда необходимо произвести ревизию работы клуба со стороны.

Рецидив одного и того же члена клуба способен вызвать агрессивную реакцию других участников, которые могут отказать ему в помощи справиться с проблемой. Такое часто случается в клубах, состоящих из старых абстинентов, или в клубах, которые не соблюдают правило регулярного разделения клуба и не принимают в свой состав новых членов, чтобы избежать этой необходимости.

Рецидив может иметь положительное значение для деятельности клуба, так как вызванный им кризис активизирует работу всех участников и приводит к их дальнейшему росту и созреванию.

### **Рецидив семьи**

Сегодня отдельные рецидивы, мокрые или сухие, т. е., независимого от того, произошел ли возврат к употреблению спиртного или возврат к прежнему типу поведения, часто рассматриваются как рецидивы семьи в целом. Семья с трудом меняет свои правила поведения, вследствие чего происходит нарушение коммуникации и взаимодействия ее членов, и, возможно, употребление спиртного некоторыми из них. Складывается впечатление, что вся семья оказывает давление на алкоголика, принуждая его вернуться к пьянству, так как «членство в клубе не имеет смысла».

В этом случае следует говорить о рецидиве семьи, который вызывает более тяжелый кризис в клубе, чем рецидив отдельного его члена.

Рецидив семьи требует от работника клуба решения более сложных задач. Если он сам по какой-либо причине не в состоянии справиться с возникшими

проблемами, необходимо попросить помощь извне. Такую помощь может оказать местный Территориальный Центр, взяв на себя временно функции работника клуба.

### **Рецидив работника клуба**

Случаются и рецидивы работника клуба, когда он начинает высказываться в защиту употребления спиртного или вербальным либо невербальным образом выдавать свое отношение к алкоголизму как к болезни, в соответствии с точкой зрения классической медицины. Для профилактики рецидива работника, занятого в программе помощи алкоголикам или в клубе леченых алкоголиков, требуется его непрерывное обучение, а иногда бывает более конструктивным заменить работника в состоянии рецидива, чем допустить причинение серьезного вреда программе или клубу.

### **Рецидив клуба**

Сегодня мы можем говорить и о рецидиве клуба, т.е. состоянии клуба, когда он забывает о своих основных задачах и сводит свою деятельность к рассуждениям о деньгах, общественных программах, политике, выборах председателя и т.д. и т.п. Обычно в этом случае старые члены клуба считают себя лучше новичков, что сами они никогда не были в таком состоянии, в котором находятся недавно пришедшие алкоголики. Как правило, они отказываются помогать и поддерживать тех, у кого имеются трудности. Нередко многие из них уже вернулись к употреблению спиртного, желая доказать себе и другим, что могут без проблем вернуться к так называемому умеренному употреблению алкоголя. Такие клубы нередко уже прекратили прием новых членов, а

если и принимают их, то чисто формально, не оказывая им ни малейшего содействия. Они считают, что клуб не подлежит делению, так как они, якобы, так крепко связаны между собой, что разделить их — значит поставить под удар существование их клуба. Часто они гордятся большим клубом, так как он, по их мнению, хотя и напрямую не высказываемому, дает большую власть и большой авторитет. Незначительное число членов, приходящее на собрания клуба, как правило, без семьи, считаются активными участниками. Остальные, «пассивные члены», не получают никакой поддержки со стороны клуба. Успех клуба они определяют как абстиненцию так называемых активных членов. Во все происходящее обычно бывает вовлечен и работник клуба, что усугубляет положение дел. Клуб избегает оценки своей работы и анализа успехов не только активных, но и пассивных членов.

Описан рецидив клуба, члены которого свою реабилитацию доказывают собственной абстиненцией и деятельностью в клубе, а не успехами на рабочем месте и в семейных отношениях. Они не допускают разделения клуба и требуют изменения программы. Все это свидетельствует о том, что клуб утратил концепцию своей работы. В свою работу они включают ряд программ, не имеющих отношения к основным целям клуба. Чем больше клуб имеет программ, не отвечающих поставленным перед клубом концептуальным задачам, тем хуже его работа. Зачем нужен клуб, который должен заниматься профилактикой, если его члены и их семьи постоянно находятся в состоянии рецидива. Похожую картину можно наблюдать в объединениях клубов леченых алкоголиков. Рецидив клуба чаще всего вызывают неправильные действия ра-



ботника клуба, который получает удовлетворение не от своей работы, а от существования клуба. Часто речь идет о неудовлетворенных людях, которым не удается достигать цели собственным трудом.

Проблемы возникают также при отсутствии контактов с другими клубами, специалистами и учреждениями. С рецидивом клуба вряд ли может самостоятельно справиться работник клуба леченых алкоголиков, особенно если вблизи нет Центра, который мог бы оказать ему всестороннюю помощь. В таком случае требуется вмешательство извне, следует поставить вопрос о возникшей проблеме на очередном собрании работников клуба.

### **Рецидив программы местной или трудовой организации**

Схожие проблемы могут возникнуть в объединениях клубов, в организациях, созданных на территориальном или производственном принципе. Деятельность клуба леченых алкоголиков постепенно меняет образ жизни трудовых и территориальных коллективов. Иногда эти позитивные изменения едва заметны. Их с трудом замечают члены коллектива, которые находятся рядом друг с другом и не замечают происходящих перемен. Зато наблюдателям со стороны они сразу же бросаются в глаза. Разные причины, среди которых вышеописанные рецидивы отдельных семей или клуба, могут вызвать изменение отношения коллектива к алкоголику и клубу в негативном смысле. Коллектив словно только и ждал того, чтобы заявить, что нет смысла поддерживать алкоголиков или программы по преодолению последствий алкоголизма, если на самом деле с этим нельзя ничего поделать. Такую ситуацию может предупредить или, если она уже

сложилась, улучшить Территориальный Центр, если он существует и успешно работает поблизости. Обычно такие проблемы не может решить работник клуба, предоставленный сам себе. Ситуация особенно тяжела, если нарушена работа всего клуба. Иногда остается только начать все сначала при еще более негативных предпосылках, чем прежде.

### **Заключение о рецидиве**

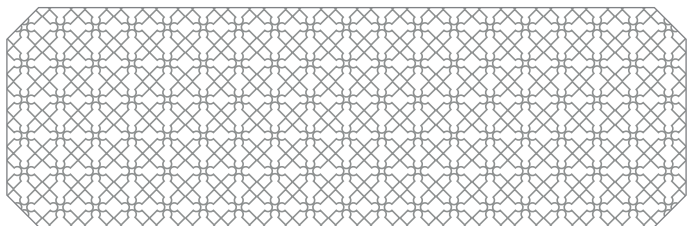
Нередко проявление рецидива неправильно воспринимается в клубе. Чаще всего это проявляется в агрессивном отношении и в недостатке солидарности. Алкоголик в состоянии рецидива уже потерял мотивацию и уверенность в себе и ждет любого повода для того, чтобы оставить клуб. Старый член клуба, напротив, испытывает чувство стыда перед более молодыми, поэтому он или скрывает рецидив, или оставляет клуб.

Работа с алкоголиком в случае рецидива не отличается от обычной. При первых проявлениях изменения поведения необходимо немедленно предпринять все меры, чтобы не допустить рецидива. Если алкоголик проходит курс лечения в медицинском учреждении, следует проводить мероприятия в рамках противорецидивной работы.

Самое главное, своевременно включить в работу семью, а возможно, и членов других общественных групп, в которых живет и работает алкоголик, и с которыми он активно общается и взаимодействует.

Также требуется поступать и тогда, когда речь идет о других вышеописанных видах рецидива.

Деятельность клуба леченых алкоголиков и связанные с ней проблемы подробно рассмотрены в других работах автора (Hudolin, Vl.,1988 г., 1990 г.).



## **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ В КЛУБЕ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ**

С давних пор известно, каким большим препятствием в деле организации клубов леченых алкоголиков служит нежелание алкоголика и членов его семьи принять пожизненную абстиненцию и новый образ жизни.

В самом начале возникновения клубов появились публикации о необходимости прохождения курса лечения продолжительностью не менее года. В то время практически невозможно было встретить алкоголика с абстиненцией длительностью в год, и, конечно, невозможно было представить себе, что он согласится на абстиненцию до конца жизни. Программы того времени (а часто и нашего) во главу угла ставили достижение абстиненции, меньше внимания уделяя изменению поведения в семье, на работе и в обществе.

После годичного опыта работы клуба оказалось, что можно добиться абстиненции алкоголика, но при этом рецидивы очень часто случались и после достижения желаемого результата, а удовлетворительного изменения поведения практически не происходило даже в период абстиненции. Вследствие этого были разработаны новые программы, предполагавшие продолжительность участия в них в течение пяти лет. Однако участие

алкоголика в программе на протяжении пяти лет еще не гарантировало, что к окончанию этого времени будет сформирован новый образ жизни и освоен новый стиль поведения. По истечении пятилетнего срока полной абстиненции алкоголик только вступает в новый период жизни, который должен продолжаться до конца его жизни. Тогда целью клуба и окружающего его социума становится оказать помощь в улучшении поведения. В соответствии с этой программой каждый член клуба должен постепенно принимать на себя все новые обязанности по сохранению и укреплению своего здоровья через процедуры, которые не являются медицинскими в узком смысле этого слова. Достижение более высокого качества жизни происходит в результате духовного роста и созревания личности.

Насколько неправильно говорить об алкоголизме как о болезни, настолько же неправильно говорить о работе клуба как о лечении в узком понимании этого слова. Здесь мы говорим скорее о деятельности, направленной на духовный рост и созревание личности для достижения более высокого качества жизни. При таком подходе нельзя говорить о полном излечении, так имеется в виду длительный процесс изменения поведения, который не может быть остановлен. Подобные рассуждения можно отнести и к людям, не имеющим алкогольной зависимости, которые также постоянно находятся в процессе роста и духовного созревания. Разница между одними и другими заключается только в том, что алкоголик никогда больше не сможет вернуться к употреблению спиртного и вновь стать частью группы так называемых умеренных потребителей алкогольных напитков. В то же время человек, не имеющий алкогольной зависимости, должен

сформировать стиль поведения, который защитит его от последствий, вызываемых употреблением спиртного. В связи с этим было бы бессмысленно для алкоголика прекратить процесс нормализации поведения, который только лишь начался и сопровождается позитивными изменениями после пятилетней абстиненции, чтобы, отказавшись от достигнутого лучшего качества жизни, вновь оказаться в группе высокого риска якобы излечившихся алкоголиков, которые могут без опасений «умеренно» употреблять спиртное.

Через пять лет, когда семейная жизнь алкоголика наладилась, когда решены проблемы на работе и в общественной жизни, он может сам оказывать помощь в реабилитации людей со схожими проблемами. Это его человеческий долг и обязанность как члена общества, а не клуба. На практике существует мнение, что после истечения пятилетнего срока членство в клубе не является обязательным. Это мнение частично поддерживали и некоторые специалисты, так для них это означало уменьшение объема работы, хотя на деле это означало торможение процесса улучшения здоровья и общей культуры общества.

Рецидивы по истечении пяти и более лет абстиненции не только нередки, они еще и опасны, так как могут привести к резкому ухудшению состояния здоровья алкоголика, вплоть до его смерти. Уже упоминавшиеся исследования смертности алкоголиков в Хорватии показывают, что смерть алкоголиков, лечившихся в больничных условиях, наступает в среднем на 53 году жизни. В современной практике все чаще случаются рецидивы после десяти лет абстиненции.

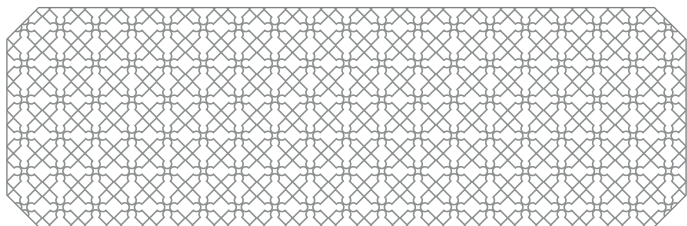
Новейшие данные свидетельствуют о том, что среди алкоголиков чаще, чем у неалкоголиков, встречаются

ся некоторые виды рака. Возможно, что число рецидивов усиливает эту опасность.

Многочисленные исследования до конца не смогли разъяснить причину того, почему алкоголику невозможно до конца жизни вернуться к так называемому умеренному употреблению спиртных напитков. Возможные объяснения этого факта можно разделить на три категории: общественные, психологические или биологические причины. Скорее всего, наряду с психологическими и общественными факторами это происходит и вследствие повреждения нейронов головного мозга, которые являются транмиттерами (передатчиками) импульсов в центральной нервной системы.

Нет никакой необходимости добиваться того, чтобы алкоголик смог снова вернуться к умеренному употреблению спиртного. Во многих странах абстиненты составляют от 30% до подавляющего большинства населения (в арабских странах). В США абстиненты составляют около 35% взрослого населения страны (DSM-III-R, 1989 г.). Абстиненция — это не просто нормальный, а вполне желаемый вид поведения, которого не следует избегать. К тому же у алкоголиков часто возникают различные нарушения, которые делают опасным любое употребление спиртного.

Однако до сих пор отдельные специалисты не оставляют попыток излечения алкоголизма, которое имело бы своим результатом вернуться к умеренному употреблению спиртного. В то же время необходимо отметить, что до сих пор это никому не удавалось. Были и такие исследователи, которые не погнушались подделать результаты для того, чтобы доказать возможность возвращения алкоголика к так называемому умеренному употреблению спиртных напитков.



## ПАТРОНАЖ В КЛУБЕ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ

Для членов клуба леченых алкоголиков в течение первого года (а может двух или более лет) нахождения в клубе существует опасность возникновения различных кризисных явлений, независимо от того, сопровождаются ли они рецидивом или нет. Как кризисные явления, так и приостановление процесса формирования новых правил поведения, имеют место в случаях, когда алкоголик оказывается в одиночестве и предоставлен сам себе. Это бывает особенно опасно, если он прекратит посещать собрания в клубе и выйдет из него. Подобное может означать, что алкоголик и члены его семьи пребывают в состоянии кризиса или рецидива.

Чтобы избежать данных трудностей, необходимо развивать солидарность и дружеские связи между членами клуба. Для этого в рамках клуба должен действовать так называемый патронаж, хотя возможно лучше бы было назвать это дружеской заботой или дружеским посещением.

Патронаж заключается в посещениях членов клуба друг друга. Посещение становится более чем необходимым в случае отсутствия на собрании без предварительного уведомления одного из членов клуба. Патронаж в

принципе не является чем-то особенным. Он является всего лишь частью проявления нормальных взаимоотношений между людьми, которые должны активизироваться при наступлении кризиса. Патронаж должен проводиться в плановом порядке с новыми членами для вовлечения их в более тесное сотрудничество с клубом. Отсутствие на собрании без оправдательной причины является настолько серьезной проблемой, что в подобной ситуации необходимо прервать собрание и немедленно отправиться на поиски отсутствующего, а собрание продолжить лишь после его появления в клубе. Согласно установленным в клубе правилам поведения те лица, которое не смогли по каким бы то ни было причинам прийти на встречу с друзьями, должны в связи с этим принести свое извинение.

При проведении запланированного патронажа имеются свои трудности:

Чаще всего возникает вопрос: насколько оправдано проведение патронажа? Не выглядит ли это как контроль или насилие над личностью?

Должен ли в осуществлении патронажа участвовать работник клуба, или может быть он должен сам им заниматься?

Если после патронажа член клуба не приходит и на следующее его собрание, сколько еще раз следует его посетить?

Что делать, если член клуба проявляет агрессию по отношению к посетителям?

Трудности с проведением патронажа чаще всего появляются в тех клубах, которые отступили от своей концепции, или когда работник клуба не имеет достаточно опыта или уверенности в себе, либо веры в силу своего характера.



Патронаж — это не бюрократический прием. Его смысл заключается в проявлении глубокой заинтересованности членов клуба и их семей друг в друге. Прежде чем начнет действовать патронаж, между членами клуба и их семьями развиваются дружеские связи. Семьи посещают друг друга, создают программы совместных мероприятий, так что посещение является не мерой контроля, а проявлением настоящей дружбы и глубокой солидарности.

Труднее, когда необходимо посетить члена клуба, который не имеет собственной семьи. В таком случае работник клуба совместно с его членами должен разработать особую программу по замещению семьи. Неплохо, если работник клуба и другие его участники постоянно стремятся к созданию более тесных связей между членами клуба, особенно с теми, кто не имеет собственной семьи. В этом случае взаимные посещения являются частью их интерактивной деятельности в клубе. Если при помощи клуба среди друзей, сотрудников или людей, заинтересованных в таком виде деятельности, будет найдена семья, готовая стать замещающей, то все члены новой семьи должны быть приняты в клуб. А они со своей стороны должны принять на себя все обязанности этого членства.

Работник клуба не должен проводить патронаж, кроме самых исключительных случаев, когда все другие возможности уже исчерпаны. Иногда патронаж должны осуществлять несколько семей одновременно. Чем раньше будет осуществлен патронаж, тем больше шансов на его успех. Часто члены клуба совершают ошибки, когда считают, что патронаж должен осуществлять работник клуба. В таком случае сами они не интересуются судьбой пропавшего члена и

слишком долго выжидают, прежде чем оказать ему эмоциональную поддержку. Лучше всего, когда патронаж осуществляется всеми членами семьи.

Патронаж необходимо проводить, пока член клуба не вернется в его ряды. Если у него есть семья, она ни в коем случае не должна покидать клуб. Даже если член этой семьи не появляется на клубе, и, возможно, у него случился рецидив, то семье в любом случае необходимо продолжить членство в клубе.

Патронаж и поддержка семьи особенно важны тогда, когда случился рецидив употребления спиртного. Член клуба не должен оставлять свой клуб, а клуб не должен оставлять своего члена. Считается, что главным достижением в деле борьбы с алкоголизмом является состояние, когда алкоголик или умеренно пьющий человек становится равнодушным к алкоголю. Тогда алкоголик больше не испытывает в нем потребности, но также он и не боится алкоголя. Рассмотрев все эти соображения, Конгресс клубов леченых алкоголиков Югославии и Италии, состоявшийся осенью 1988 года в Тревизе, вынес резолюцию, согласно которой участие в программе клубной работы должно продолжаться на протяжении десяти лет. Также было принято решение об организации программы наблюдения и изучения изменений, происходящих с алкоголиком и членами его семьи после десятилетней абстиненции. По истечении десятилетнего срока алкоголик продолжает быть членом клуба и участвовать в территориальных программах, но уже на другом уровне, сознавая свою ответственность и свои обязательства перед коллективом (Colusso, L., Hudolin, Vl. 1988 г.).

Случается, что член клуба проявляет агрессию по отношению к посетителям, вследствие чего они отка-

зываются от осуществления патронажа. Однако они забывают, что агрессивное поведение часто бывает характерно для алкоголика. В такой ситуации достаточно будет того, чтобы каждый из них вспомнил свое собственное поведение в прошлом. За агрессией человек нередко пытается скрыть свои внутренние проблемы, а зачастую и чувство стыда из-за наступившего рецидива, так что именно дружеское отношение может помочь решить проблему.

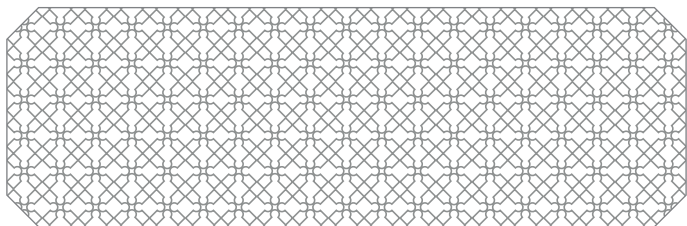
Члены клуба иногда считают, что достаточно пару раз посетить проблематичного члена коллектива, чтобы его трудная ситуация разрешилась, и на этом их помощь исчерпывается. Не следует забывать того, что участие в программе рассчитано на десять лет, а позитивные изменения с человеком иногда происходят слишком медленно, вследствие чего нельзя терять терпение и надежду на лучшее. Бывает, что для достижения результата необходимо работать на протяжении нескольких месяцев, а то и лет.

Также патронаж бывает трудно осуществим в такой ситуации, когда сам алкоголик уже длительное время воздерживается от употребления спиртного и регулярно посещает собрания в клубе, зато члены его семьи, прекратив работу в клубе, опять начинают пить и возвращаются к старому стилю поведения. И в этом случае настойчиво и правильно проведенный патронаж сможет дать хорошие результаты.

За патронаж должен отвечать специально избранный член клуба или патронажная служба, организованная в рамках работы клуба леченых алкоголиков.

Иногда бывает необходимо, чтобы патронаж осуществил работник клуба самостоятельно, либо в сопровождении членов клуба. Это особенно важно, ког-

да речь идет об алкоголизме в сочетании с другими расстройствами или болезнями в семье. Таким образом, работник может не только провести беседу, но и предложить семье другие необходимые меры (медицинский осмотр, госпитализация и др.).



## **ВЗАИМНОЕ ОБЩЕНИЕ АЛКОГОЛИКОВ В КЛУБЕ**

Участие в клубе предполагает, что каждый алкоголик вместе с членами своей семьи сможет обсудить свои проблемы, найти способ их решения и подумать над программой будущей жизни. Очень часто предметом дискуссии становится обсуждение того, каким должен быть этот разговор, когда алкоголик оказывается поставленным лицом к лицу не только перед клубом, своим ближайшим окружением, но и перед самим собой.

С каждым алкоголиком и членами его семьи должен проводиться предварительный разговор наедине с работником клуба. Только в порядке исключения, по настоянию семьи, этот разговор может состояться в присутствии всех членов клуба. В ходе этой беседы работник может поставить диагноз, если он не был поставлен ранее. Многие алкоголики приходят в клуб после завершения курса лечения в медицинском учреждении по направлению врача, поэтому диагноз им уже известен. Безусловно, от врачей, специалистов медицинских и социальных служб требуется тесное сотрудничество с клубом. Бывает недостаточным, когда новый член приносит на клуб письмо от врача или учреждения, в котором они направляют его в клуб.

Тогда необходимо непосредственное личное общение со специалистом, тем более что алкоголик и члены его семьи могут стать участниками клуба с самого начала лечения. Лучше всего, когда алкоголика приведет в клуб участник той группы пациентов, с которыми проводится работа в клубе.

Во время предварительной беседы следует мотивировать семью к участию в клубе, для чего необходимо подробно проинформировать ее о работе клуба. В ходе разговора необходимо подготовить семью к встрече с непосредственными участниками клуба, если только по желанию семьи предварительная беседа не происходит на собрании клуба. Во время беседы работник клуба должен стремиться к тому, чтобы установить с членами семьи теплые отношения и уважительно относиться к их человеческому достоинству, но в то же время настаивать на истинном описании ситуации, в которой семья находится. Нельзя допустить, чтобы алкоголик обманывал работника и членов клуба вымышленными историями.

Нет нужды заставлять алкоголика рассказывать больше, чем он и его семья готовы изложить в ходе первоначального разговора. Позднее после своего знакомства с клубом и его участниками они будут готовы рассказать столько, сколько будет необходимо, ориентируясь на пример других семей и рассказов старых членов клуба. К этому моменту в клубе у них появятся друзья, которые помогут им с общением.

После того как алкоголик рассказал свою историю, не стоит в дальнейшем требовать от него возвращаться к рассказам о своем прошлом.

Постоянный возврат в прошлое может даже затормозить его продвижение в осваивании нового стиля

поведения в реалиях сегодняшнего дня. В дальнейшем и он, и члены его семьи в случае необходимости еще смогут рассказать свою историю для того, чтобы помочь вновь пришедшим в клуб справиться с их проблемами, схожими с теми, которые в свое время испытывал алкоголик. После откровенного разговора с клубом семья обычно чувствует себя легче и свободнее.

Бывают случаи, когда семья навязчиво повторяет на клубе рассказ своей жизненной истории. Обычно это происходит с семьями, которым удалось добиться абстиненции, но они так и не преуспели в изменении собственного поведения. В такой ситуации работник очень тактично должен направить разговор в сторону обсуждения текущей ситуации в семье для того, чтобы помочь им двигаться вперед, в то же время настоятельно пресекая все их попытки возвращаться в воспоминаниях в прошлое.

Работник клуба и его участники часто испытывают сомнения в том, стоит ли допускать и поддерживать откровенные рассказы некоторых членов клуба об их интимных, особенно сексуальных, проблемах. Не существует проблем, о которых член клуба по собственному желанию не мог бы говорить со своими товарищами по клубу. Но от работника клуба зависит, захочет ли он поддержать возникшую дискуссию. Поскольку проблемы, особенно сексуального характера, оказываются типичными для всех алкоголиков, то не существует веских причин, чтобы не поговорить о них. Наряду со многими другими людьми у членов клуба имеются сексуальные проблемы, которые они хотели бы обсудить. Бывает очень непросто определить, что в сексуальной сфере является «нормальным», а что нет. В то же время не следует направлять разговор в ин-

тимное русло, если участники сами не хотят этого. У семьи еще будет достаточно времени для обсуждения всех возможных тем во время формирования нового стиля поведения, первая фаза которого продолжается в среднем на протяжении десяти лет.

Работник клуба должен стремиться к тому, чтобы взаимное общение в клубе происходило по принципу «здесь и теперь» с нацеленностью на будущее, избегая слишком частого обращения к прошлому.

Иногда клуб не может найти и поддерживать живые и важные для всех участников темы для разговоров, а чисто формально проводит беседы в соответствии с устоявшейся повесткой дня. Бывает так, что работник клуба вместо поддержки и развития межличностных коммуникаций читает лекции о вреде алкоголизма и его последствиях. В обоих случаях можно говорить о недостаточном опыте работника, которому для начала необходимо было бы обратиться за советом и помощью к специалисту, осуществляющему супервизию клуба.

Сегодня принято говорить об особенном явлении, так называемой алекситимии, которую характеризует снижение способности к образному мышлению, недостаточная способность фантазировать. Нередко психические отклонения при алекситимии связаны с органическими заболеваниями головного мозга. Люди, страдающие от этого недуга, с трудом могут выразить собственные ощущения, очень мало общаются с окружающими, у них определяется недостаток эмпатии, т.е. эмоциональной связи с окружением. Это явление впервые описал Sifneos (1972 г.), а позднее о нем писали и другие исследователи (Hillel и сотр., 1988 г.). Алекситимия может проявляться при различных за-



болеваниях, встречается она и при алкоголизме. Как правило, алекситимия является следствием определенного типа поведения, присущего пьющим людям. Нахождение в клубе достаточно большого количества алкоголиков с подобными нарушениями может существенно затруднить взаимное общение и привести к возникновению конфронтации между участниками. В связи с этим необходимо следить за тем, чтобы их количество не превышало двух человек в одном клубе.

### **Абстиненция членов семьи**

В настоящее время принято считать, что алкоголизм является семейной проблемой и связан со стилем поведения или образом жизни семьи, вследствие чего для решения подобных проблем должен применяться семейный подход. Все члены семьи, а также некоторые другие важные для нее люди, тесно между собой связаны и участвуют в семейной алкогольной игре. Поэтому все они должны принимать участие в процесс реабилитации, успех которой невозможен без изменения внутрисемейных отношений и сформированного позитивного семейного гомеостаза. Путем совместных взаимодействий в рамках клуба они должны разрешать возникшие проблемы, для чего необходима их полная абстиненция. Невозможно окружить алкоголика полноценной внутрисемейной поддержкой, когда отдельные члены семьи продолжают употреблять спиртное. В этой связи с 1964 года в клубах леченых алкоголиков стало обязательным обучение по основным вопросам алкоголизма и его лечения для алкоголика и членов его семьи после достижения абстиненции. После окончания обучения, которое продолжается не менее трех недель, они должны сдать экзамен по изученному материалу. Во время обучения

все участники получают представление о системном подходе. Это позволяет им осознать, что проблемы касаются всей семьи в целом, а не только одного из ее членов. Также они должны понять, что в результате работы в клубе должны измениться отношения внутри всей семейной структуры и даже шире.

На практике такой подход встречает сопротивление как со стороны отдельных членов семьи, так зачастую и со стороны самого алкоголика. Супруг (супруга) и другие члены семьи отказываются принимать представление об алкоголизме как о семейном расстройстве. Иногда такое сопротивление указывает на алкоголизм брачного партнера или другого члена семьи. В работе с семьей на данном этапе часто приходится сталкиваться с повторением предыдущего стереотипа поведения, выраженного в создании замкнутого круга взаимных обвинений. Например, жена повторяет, что во всем виноват муж, и отношения изменятся, как только он перестанет пить, а муж, в свою очередь, твердит, что пьет из-за плохих отношений в семье, и он сразу же прекратит, как только отношения изменятся.

Поскольку речь идет о семейном расстройстве и необходимости для всей семьи найти новый, конструктивный и более зрелый стиль жизни, следует подсчитывать дни абстиненции не только алкоголика, но и всех членов семьи, чтобы после каждого года абстиненции они также получали заслуженный диплом.

Именно работа с членами семьи демонстрирует, как непросто отказаться от так называемого умеренного употребления спиртного в средиземноморской культурной среде. Возврат к употреблению алкоголя одного из членов семьи означает рецидив всей семьи в целом.

### Посещение клуба извне

В клубах часто обсуждается вопрос о целесообразности присутствия на собраниях посетителей со стороны: заинтересованных лиц, работников, гостей и др. Есть клубы, которые приглашают на свои собрания лиц из территориальных организаций, учеников отдельных школ и т. п. Возникает вопрос, насколько оправданы эти посещения.

Прежде чем ответить на этот вопрос, давайте вспомним, что клуб — это объединение семей, которые на собраниях обсуждают свои проблемы и способы их решения на различных ступенях процесса изменения собственного поведения. Как уже упоминалось выше, от членов клуба ожидается тесная и искренняя коммуникация, при которой они откровенно могут говорить, если захотят, о своих самых интимных проблемах. Здесь возникает вопрос этического характера. Хотя работа клуба основана на глубоко солидарных отношениях и убеждении, что ничего из услышанного на собраниях не станет достоянием широкой общественности, трудно гарантировать, что при 30 участниках (12 семей), кое-что все-таки не просочится наружу. Эта вероятность увеличивается многократно в случае присутствия в клубе посторонних лиц. В связи с этим требуется особенно внимательно относиться к приглашению посетителей на очередное собрание членов клуба. Рассмотрим подробнее этот вопрос.

Клуб может организовывать отдельные собрания открытого типа, на которые бы могли приходиться посетители по своему желанию или по приглашению клуба. Присутствие постоянных членов клуба на них не обязательно, их могут посещать только те, кто этого захочет.

Такие собрания могли бы носить дискуссионный и тематический характер. Также это могли бы быть торжественные вечера, со специально подготовленной программой.

О своих личных проблемах должны говорить только те члены клуба, которые этого действительно хотят, не может быть и речи о давлении.

Интерклуб — расширенное собрание всех клубов по территориальному признаку, на которое можно пригласить тех, кого интересует деятельность клуба. Членам клуба надо объяснить, что на собрании присутствуют гости, так что пусть сами решают, какие проблемы они согласны обсуждать при посторонних.

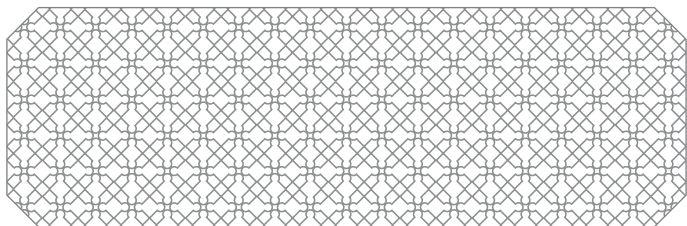
Клуб — это место, где будущие работники могут изучить его практическую деятельность. Поэтому клуб может принять решение, согласовав его с работником, о присутствии на собраниях практикантов. Подобным образом клуб может принимать гостей из числа других клубов.

Уже упоминалось, что клуб может стать своеобразной лабораторией, где отдельные группы детей, молодежи или других категорий лиц могли бы ознакомиться с практической работой, о которой они слышали в теории. По желанию клуба для такой встречи можно подготовить специальную программу, которая продемонстрирует их методы работы. На таком собрании члены клуба могут говорить о личных проблемах, только если сами этого захотят. Для подобных целей Ассоциация клубов или Территориальный Центр должны выбирать клубы со стабильной ситуацией без трудных текущих проблем. Бурные и откровенные обсуждения, принятые между членами клуба, могут подействовать травматично на лиц, лишь один раз по-

сетивших собрание, и произвести на них ошибочное и негативное впечатление. На таком собрании также должны выступать только желающие.

То же касается требований допустить на собрание журналистов, сотрудников телевидения или радио для трансляции происходящего и т.п.

Подводя итог, можно сказать, что при решении подобных вопросов самое главное — учитывать этический аспект и защищать членов клуба от вмешательства посторонних в их личную жизнь, если они сами того не желают. Для клуба приоритет — благополучие своих подопечных.



## ДИПЛОМ, СВИДЕТЕЛЬСТВО ИЛИ ПРИЗНАНИЕ АБСТИНЕНЦИИ

Начиная с 1964 года, то есть с момента открытия первого клуба леченых алкоголиков, принято отмечать долгосрочную абстиненцию членов клуба. Введение этого правила в свое время вызвало много споров. Существует ряд причин, по которым желательно применить его в клубе. Необходимо отметить успех человека в борьбе с самим собой и придать ему значимость в глазах всего клуба. При награждении в торжественной обстановке все участники могут убедиться, что длительное воздержание от алкоголя возможно.

Вручение символической награды могло бы стать в своем роде продлением договора, заключенного при вступлении в клуб, согласно которому алкоголик принял обязательство по отношению к самому себе и всем членам клуба решать все возникающие проблемы без помощи алкоголя.

Вручение диплома от Ассоциации клубов представляется наиболее доступной возможностью зафиксировать успех работы клуба. На основании врученных наград можно было бы получить представление об абстиненции, достигнутой в клубе, то есть одного из аспектов процесса реабилитации, успешно проводимого в клубе.

Время от времени как у членов клуба, так и у его работников возникали сомнения относительно многих вопросов, связанных с награждением.

Иногда сама процедура усложнялась настолько, что вместо радостного и по-человечески теплого для членов клуба события, награждение превращалось в манифестацию, где форма была важнее содержания. В связи с этим на процедуру требуется обратить больше внимания.

Случались расхождения по вопросу подсчета количества дней воздержания от алкоголя. С одной стороны, некоторые члены клуба требовали не учитывать их кратковременный рецидив, с другой стороны, сам клуб хотел наградить одного из своих членов за его самоотверженную работу в клубе, а не за срок абстиненции.

Такой подход затруднял нормальную деятельность клуба. Необходимо придерживаться принципа, по которому при награждении признается только непрерывная абстиненция без рецидива, как бы короток он ни был, и только абстиненция, а не другие заслуги, как бы значительны они ни были.

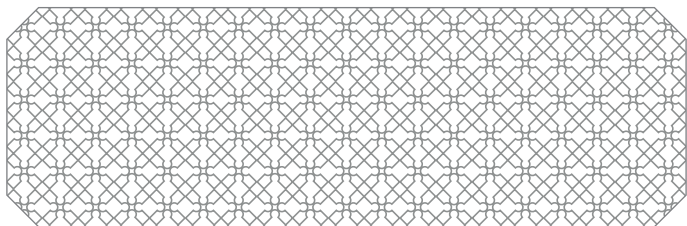
В некоторых клубах, напротив, отдельные участники не хотели принимать награду за воздержание. Несмотря на полное право любого члена клуба принять или не принять награду за абстиненцию, такой отказ несет в себе более глубокий смысл. Он может означать рецидив награжденного, который внутренне уже отделился от клуба. А может означать, что он стыдится своего членства в клубе, что указывает на возможность наступающего рецидива.

Награждение должно проходить в теплой атмосфере человеческого участия всех членов клуба. Не мо-

жет быть и речи о зачитывании имен награжденных, которые отсутствуют на мероприятии. Необходимо вручить заслуженную награду тем, кто лично присутствует на собрании клуба.

Негативная сторона награждения за абстиненцию состоит в том, что учитывается только одна сторона процесса реабилитации, оставляя без внимания другие положительные изменения поведения, которые произошли у алкоголика. Поэтому вручение дипломов за воздержание лишь до известной меры стимулирует семью на создание нового образа жизни.





**Зоран Зоричич,**  
*профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии Загребского университета (Загреб, Хорватия), Президент Хорватской Ассоциации Клубов Леченых Алкоголиков. Руководитель Института алкоголизма и болезней зависимости КБЦ «Сестёр милосердия», президент HSKLA*

## **РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ КЛУБОВ ЛЕЧЕНЫХ АЛКОГОЛИКОВ С 1964 ГОДА ДО НАСТОЯЩЕГО ВРЕМЕНИ**

Создание клубов леченых алкоголиков и развитие сети групп самопомощи невозможно рассматривать отдельно от начавшегося в пятидесятых годах XX столетия революционного движения в психиатрии, сопровождавшегося распространением в более развитых странах Европы и всего мира «системы открытых дверей» в психиатрии. Это движение призывало к символическому открытию дверей психиатрических учреждений, отходу от часто используемых в стационаре различных мер принуждения и утверждению позиции ответственного отношения пациента к собственному здоровью. Таким образом, на таком фоне

происходило развитие подхода, связанного с лечением при помощи групповой терапии в рамках терапевтического сообщества. Этому, наконец, способствовало и появление в психиатрической практике и долгожданных фармакологических средств.

Владимир Худолин, являясь в то время молодым специалистом и используя средства стипендии, которую ему выделила Всемирная Организация Здравоохранения, познакомился с работой крупных психиатрических больниц Великобритании и Швеции, а затем принял активное участие в работе терапевтического сообщества Максвелла Джонса в «Belmont Hospital» и небольших психотерапевтических групп Джошуа Биерера.

В то же самое время, находясь в Лондоне, Худолин познакомился с работой групп АА — Анонимных Алкоголиков, которые в результате деятельности Билла Вилсона с 1937 года стали распространяться в качестве одного из значительных на глобальном уровне подходов в методах лечения и реабилитации алкоголиков. И не случайно, что это движение возникло непосредственно в самом сердце Западной Цивилизации, т.е. в США, где получила свое максимальное развитие протестантская логика ответственного отношения пациента к собственному состоянию здоровья. Этому также способствовали низкий уровень жизни самих алкоголиков, а также высокая стоимость лечения и зачастую отсутствие возможности получения психиатрической помощи. Все эти факторы в совокупности способствовали возникновению и развитию движения групп самопомощи.

Испытывая чувство неудовлетворенности результатами предыдущей работы лечения алкоголиков в рамках традиционного медицинского подхода, где

применялась относительно неудачная модель лечения алкоголиков, Худолин был воодушевлен опытом работы групп самопомощи, которые использовали модель терапевтической общины. Он стал рассматривать возможность применения этой системы лечения в условиях социалистического и атеистического государства, каким в то время была Югославия. Необходимо признать, что совершенно гениальным решением стала предложенная им концепция, которая распространялась на духовный личностный уровень, но не затрагивала религиозную сферу. Эта концепция претерпела дальнейшее развитие в 90-ых годах XX века, когда система лечения была последовательно разработана в рамках деятельности итальянской Ассоциации клубов.

После возвращения в город Загреб Владимир Худолин был избран заведующим неврологическим и психиатрическим отделениями больницы «Доктор Младен Стоянович». Эта клиника сегодня носит название Клинический больничный центр «Сестер милосердия» (более известный как «Виноградска»). Тогда же в работе отделения им стала использоваться «система открытых дверей», предполагавшая создание терапевтической общины, в деятельности которой сочетались работа в малой группе, семейный подход, а также привлекалась мультидисциплинарная команда специалистов. Такой подход стал пользоваться поддержкой достаточно большого сообщества людей и широкого круга специалистов.

Стоит отметить, что благодаря привлечению к работе в клубах профессиональных специалистов, а также использованию семейного подхода, стали происходить самые значительные изменения, которые сопровождали дальнейшую работу клубов леченых ал-

коголиков. В частности, в бывшем государстве Югославия существовало значительное количество разно профильных специалистов, таких как врачи-терапевты, психиатры, медицинские сестры, психологи, социальные работники, которые стремились поделиться своим временем, знаниями, энергией и силами, оказывая помощь одной из наиболее неблагодарных групп пациентов, какими являются больные алкоголизмом. При этом они были готовы трудиться не только в продолжении своего рабочего времени, но также и в свободное время, как правило, бесплатно.

Худолин приходит к такой мысли, чтобы оградить алкоголиков от традиционного способа лечения в рамках психиатрического отделения и начать работать с ними в рамках терапевтического сообщества. Таким образом, им были организованы внебольничные структуры сначала в некоторых частях города Загреб, которые в последующем получили более широкое распространение. Встречи на группах алкоголиков в присутствии членов их семей проходили с участием профессионального подготовленного специалиста.

1 апреля 1964 года состоялось официальное открытие Отдела по изучению проблем в области алкогологии, который включал в себя дневной стационар, амбулаторию, клинику для больных, страдающих алкоголизмом, вытрезвитель и Центр по изучению и борьбе с алкоголизмом и другими формами зависимости, который ставил перед собой задачу осуществления научных исследований в этой области. Последовательное развитие деятельности Отдела привело к открытию стационара выходного дня и созданию специальной группы специалистов для оказания скорой помощи. Наконец, вся эта деятельность увенчалась созданием

Национального реестра Хорватии, включавшего перечень госпитализированных алкоголиков.

Не менее важным было то, что одновременно в ряде муниципалитетов города Загреба по территориальному принципу были созданы клубы леченых алкоголиков, которые предоставляли возможность каждому пациенту после окончания стационарного лечения получать поддержку в группе самопомощи по месту жительства в местном сообществе. Благодаря работе клубов страдающий алкоголизмом чувствовал поддержку в своем стремлении воздерживаться от употребления алкоголя в последующем.

Еще в 50-х годах XX века Худолин принял для себя профессиональное решение, отказавшись рассматривать алкоголизм в качестве болезни. В то же время с самого начала своей работы он подчеркивал особое значение, которое имеет отношение общества к проблемам, связанным со злоупотреблением алкоголем. Ведь общество в значительной мере может оказывать влияние на начальные этапы профилактики и реабилитации больных алкоголизмом. Стоит отметить, что с самого начала развития модели Худолина как со стороны профессионалов, так и со стороны широкой общественности наблюдался недостаточный интерес к его деятельности, что само по себе может быть вполне объяснимым явлением. Развитие модели Худолина происходило в такой период, когда в психиатрии стали широко применяться первое поколение неспецифических антипсихотических препаратов и антидепрессантов (трициклические антидепрессанты). Появление новых средств лечения в значительной степени способствовало тому, что движение профессионального психиатрического маятника склонилось

в сторону биологической, «научной» психиатрии. Уже тогда социотерапевтические, а частично и психотерапевтические программы помощи стали считаться «ненаучными» и представлялись как анахронизм, что, к сожалению, можно отметить и в настоящее время. В результате этого среди части профессионалов появилась пренебрежительное отношение по отношению к психотерапевтическим программам и подходам, учитывавшим социальную терапию проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем. Многие из этих методов стали считаться достаточно авангардными, хотя, рискуя это утверждать на примере модели Худолена, значительно опережали развитие научной мысли своего времени. Несмотря на отсутствие существенной поддержки со стороны профессионального сообщества, Владимир Худолин неустанно трудился над развитием своей модели. Благодаря этому в 80-ых годах прошлого столетия клубное движение по всей Хорватии насчитывало уже около 600 клубов, из которых 200 располагалось в Загребе. Клубы существовали практически во всех местных общинах. Особую важность представлял тот факт, что значительное число крупных трудовых коллективов, а также профессиональных предприятий средней величины, имели в своем составе клубы, где ведущими клубов становились главным образом сотрудники этих же компаний, выполнявшие функции социальных работников. Достижением организации клубов в трудовых коллективах явилась ранняя диагностика физических, психологических, социальных и семейных проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, среди сотрудников предприятий.

Стоит отметить, что дальнейшая разработка модели Худолена встретила значительное сопротивление

ние не только со стороны медицинских профессионалов — не принятие принципов антиалкогольной работы отмечалось и на более широком общественном уровне. В традиционном сообществе, которое терпимо, а зачастую и одобрительно относилось к культурному потреблению алкоголя, вызывали неприятие попытки профессионалов и активной части общественности повлиять на снижение потребления алкоголя в обществе. Существенных достижений в этой области в 20-ых годов XX века удалось достигнуть Андрия Штампар при поддержке Вука Врховца, когда в «Первой Югославии», бывшем Королевстве Сербов, Хорватов и Словенцев (КСХС), было создано и начало действовать «Трезвенное движение». В отличие от Владимира Худолина, Штампар, много сделавший в области просвещения общества о вреде злоупотребления алкоголем и оказавший влияние на вопросы гигиены и профилактики общественного здоровья, не ставил перед собой задачи разработки системы по излечению от алкоголизма. И поэтому результаты его деятельности не оказали значительного влияния на область лечения алкоголизма. Таким образом, Владимир Худолин оказался своего рода первопроходцем в Хорватии и Югославии в подобной деятельности.

С самого начала клуб создавался на принципах многосемейного сообщества, которое действует как самоуправляемое, независимое от какой-либо социальной или институциональной организации территориальное образование. Задуманные таким образом клубы, организовав Ассоциации, стали в своем роде предтечей НПО (неправительственных организаций). Развитие НПО стало возможным гораздо позже после смены общественного строя в Хорватии и оказало ре-

шающее влияние на процесс реорганизации клубов, который привел к успешному оживлению клубной деятельности после Войны в Хорватии в 90-ых годах XX века.

Благодаря Владимиру Худолину, который являлся председателем Всемирной ассоциации социальной психиатрии, с момента своего создания клубы либо напрямую, либо опосредованно через социально-психиатрические организации установили сотрудничество с различными другими подобными организациями и учреждениями в Европе и Мире, но в основном в соседней Италии.

Важную роль в развитии клубного движения имели Комитеты по защите психического здоровья и борьбе с расстройствами, вызванными алкоголизмом, при различных муниципальных образованиях прежнего союзного государства в рамках Югославии. Они становились своего рода рычагами в механизме клубного сообщества, помогавшими в реализации задач программ профилактики и борьбы с алкоголизмом. Их деятельность также способствовала привлечению пациентов и членов их семей к участию в программе клубной помощи.

Ключевым моментом в истории, приведшим к расколу клубного движения, фактически явился Конгресс КЛА (клубов леченых алкоголиков) Югославии и Италии, состоявшийся в 1985 году в Опатии. Во время своего выступления Владимир Худолин высказался об изменении своего взгляда на природу алкоголизма: он заявил о переосмыслении парадигмы алкоголизма как болезни и утверждении представления об алкоголизме как об образе жизни. Нужно сказать, что и до настоящего времени не вполне



ясны мотивы, которыми руководствовался Владимир Худолин, заявив об изменении своего представления. Многие пытались объяснить этот поступок какими-то естественными причинами. Каждому квалифицированному специалисту, и даже тем, кто не имеет специального образования, на сегодняшний день представляется совершенно ясным, что алкоголизм может рассматриваться одновременно и как болезнь, и как результат образа жизни. И такая дихотомия не может быть сведена только лишь к выбору одной из сторон этого явления. Кроме того, некоторые исследователи пытаются рассматривать алкоголизм как результат влияния некоторых причин морального свойства. Однако оценка алкоголизма как явления с такого ракурса по мнению ряда специалистов является контрпродуктивной и даже вредной, в первую очередь, вследствие позднего обращения и несвоевременного начала лечения.

Вследствие смены парадигмы многие из сотрудников и студентов Худолина посчитали себя «преданными», а многие из них были повергнуты в состояние шока. С другой стороны, страдающему алкоголизмом было легче говорить о себе как о больном человеке, что позволяло ему снять с себя ответственность за неблагоприятный образ жизни вследствие сделанного им жизненного выбора. Даже нивелирование алкогольной стигматизации, возникавшее вследствие изменения парадигмы, не способствовало отказу алкоголика от выбора алкоголизма как болезни.

Среди многих специалистов в области лечения алкоголизма стали возникать вопросы о возможности продолжения профессиональной деятельности, которая был основана прежде всего на медицинской мо-

дели алкоголизма. К счастью, дилемма, перед которой оказались специалисты, была быстро разрешена, однако последствия такого решения оказываются чувствительными и по сей день. В конце 70-х годов Худолин вместе с группой коллег, среди которых особо выделялся Небойша Лазич, начинает развивать профессиональную деятельность в области лечения алкоголизма в соседней Италии, особенно её северо-восточных районах. В отличие от господствовавшей тогда в европейской психиатрии парадигмы лечения психических больных в рамках институциональной модели, в Италии благодаря усилиям Франка Базалья и его реформам получило распространение лечение больных в условиях коммунального подхода, основанного на ответственном отношении специалистов и общества к лечению пациентов. Франко Базалья больше чем кто-либо из известных «антипсихиатров» сумел способствовать деинституционализации итальянской психиатрии, последовательно развивая коммунальный подход, связанный с делегированием сообществу ответственности в вопросах профилактики, лечения и реабилитации, что привело к созданию муниципальных программ помощи психически больным людям. В то время многие специалисты критиковали реформу итальянской психиатрии, зачастую высмеивая ее достижения. Однако сегодня стало понятно, что Базалья, действуя по-своему, на самом деле заложил основы движения деинституционализации психиатрии, которое до сегодняшнего дня осуществляется в странах Евросоюза, за исключением стран бывшего восточного блока, к которым принадлежат и страны бывшей Югославии. По отношению к специалистам в области психиатрии будет справедливым сказать, что Влади-

мир Худолин был согласен с основными принципами реформы Базальи. К тому же в середине 80-х гг. XX века, находясь уже в пенсионном возрасте, он осознал, что его авторитет будет неуклонно ослабевать, особенно во взаимоотношениях с сильными студентами (Ланг, Брейтенфельд, Маринич). С другой стороны, итальянские специалисты испытывали воодушевление, наблюдая за результатами применения модели Худолина в Хорватии. Их заинтересованность привела к созданию первого итальянского клуба в Триесте в 1979 году, а в последующем они попросили разработать клубную систему и для Италии. Сам Худолин дальнейшее применение парадигмы алкоголизма как болезни видел препятствием для развития системы клубной помощи в условиях коммунально-ориентированной деинституционализированной итальянской психиатрии. В соответствии с этим он отчасти прагматично, а частично и в соответствии со своим профессиональным убеждением, утверждает в парадигме алкоголизма как образа жизни. На наш взгляд, именно это изменение в представлении об алкоголизме, сопоставимое по своему эффекту с «сальто мортале», оказалось необходимой основой для дальнейшего развития клубов в Италии. Об этом свидетельствовало развитие клубной сети по всей Италии, число которых в 1999 году насчитывало около 2800 клубов.

В своих исследованиях первоначально существовавшую в Хорватии классическую модель помощи больным Худолин называл «больнично-медицинской моделью» лечения алкоголизма. Получившие распространение в последующем внебольничные формы лечения, такие как дневной стационар, амбулатория, «уик-энд» стационар, а также помощь на клубах, постепенно стали

преобладать над классическими больничными формами лечения. Однако следует отметить, что лечение в условиях стационара на всем протяжении времени оставалась основной формой оказания помощи алкоголикам с наиболее тяжелыми проблемами и выраженными нарушениями здоровья вследствие физических или психических осложнений зависимого поведения. По мнению Худолина дальнейшая эволюция его подхода в Хорватии, особенно во время Войны 90-х годов, привела к возвращению к «организованной модели» непрерывного ухода за алкоголиком, что сопровождалось усилением медицинской (связанной с приемом лекарственных средств) и избыточной психиатрической составляющей в клубной работе. В это время он чувствовал себя отстраненным своими учениками-студентами от работы в клубах, чему давайте будем честными и открытыми, частично способствовал своими предыдущими действиями. Таким образом, после двадцатипятилетнего опыта работы по методу Худолина и не связанный личными отношениями с ним, я прихожу к выводу, что переход к итальянской модели означал собой несомненно значительный шаг вперед в развитии подхода. В то же время, нужно отметить, что, развивая свою деятельность в Италии, Владимир Худолин переступил через контекст времени, общей социальной ситуации и политических особенностей страны, которые не позволяли (и создают сегодня значительные трудности) развиваться коммунальной психиатрии на территории Хорватии.

В начале 90-х годов во время Войны в Хорватии часть территории страны была оккупирована, а в других районах постоянно шли боевые действия. В это время в восточных районах Хорватии клубная рабо-

та была фактически приостановлена, а большинство клубов распались. В западных районах страны, где военных действий непосредственно не велось, количество действующих клубов уменьшилось на треть. Вследствие военного конфликта, сопровождавшегося жертвами среди гражданского населения и воюющих солдат, массовыми злодеяниями, преследованием и изгнанием значительной части населения из мест постоянного проживания, произошло изменение в приоритетах оказания социальных услуг, была пересмотрена система выбора получателей для оказания помощи. В первую очередь внимание и помощь общественности были адресованы жертвам войны, в то же время зависимые от алкоголя и члены их семей оказались одними из последних в списке тех, с кем общество было готово делиться своими ресурсами. Столкнувшись с необходимостью оказания помощи жертвам войны, социальная служба практически прекратила поддерживать людей, страдающих алкоголизмом. В то же время в стране, в которой из-за военных действий ежедневно существовало опасение за свою жизнь, возникали экзистенциальные проблемы, связанные с нереализованными ожиданиями, нищетой и бедностью как непременными спутниками войны, население все чаще сталкивалось с проблемой неумеренного потребления алкоголя. Это проявлялось как среди солдат, воюющих на передовой, так и среди мирного населения вблизи линии фронта, впрочем, можно сказать, злоупотребление алкоголем стало проблемой всего общества в целом. В это период отмечалось значительное количество рецидивов у людей, лечившихся от алкоголизма и воздерживавшихся от употребления спиртного. В условиях, когда общество погрузилось

в проблематику военных потерь, а психиатрическая практика была переполнена расстройствами, связанными с острой стрессовой реакцией, а в последующем и посттравматическими стрессовыми расстройствами, проблема алкоголизма являлась «нежелательным ребенком» хорватской психиатрии. На территории, где в годы войны шли боевые действия, наблюдался распад клубной сети. В такой ситуации, казалось бы, не было возможности говорить об обратимости этого процесса и скорейшего увеличения количества клубов. Тем не менее, уже в 1992 году в первую очередь благодаря усилиям доктора Дарка Брейтенфельда, доктора Желька Маринича и доктора Весны Голик-Грубер профессиональное сообщество предприняло попытку объединиться и адаптироваться к воздействию военных условий, отразившихся на динамике работы клубов. Необходимо отметить, что кропотливый труд этих коллег, заключающийся в бесчисленных встречах и участии их в ежегодных собраниях, поспособствовали мобилизации дестабилизированного войной общества и сделали его восприимчивым к проблемам, связанным со злоупотреблением алкоголем. Усилия профессионалов длительное время не приводили к сколь-либо удовлетворительным результатам в первую очередь из-за отсутствия поддержки среди более широкого круга специалистов. Причины отсутствия поддержки были различны. Социальные работники, как мы уже указывали, были озадачены другими приоритетными направлениями в работе. Врачи общей практики после смены политической системы оказались в положении частно-практикующих специалистов, в связи с чем зачастую были не заинтересованы в оказании помощи алкоголикам. В то же время специ-

алисты в области психиатрии полностью повернулись к биологической модели оказания помощи, порой без должной критики превознося «преимущества» современной, научно-ориентированной психиатрии и умаляя достижения психо и социотерапевтических подходов. Такому сдвигу в сторону биологического подхода поспособствовало и пренебрежительное отношение к образованию врачей в области психо и социальнотерапевтических подходов в рамках специализированной подготовки на этапе высшего профессионального и послевузовского образования. В связи с этим часть коллег, видимо, осознавая неполноту и недостаточность собственного образования, используя прием психологической защиты, отрицали методологию, о которой сами практически ничего и не знали. К сожалению, такой прием психологической защиты оказывается актуальным для некоторых представителей профессионального сообщества нашего региона и сегодня.

В Хорватии клубы леченых алкоголиков в основном были представлены в городе Загреб, около десяти клубов существовало на северо-западе Хорватии, а также на полуострове Истрия и Риечко-Кварнерской области. В конце 90-х годов сеть клубов постепенно начала расти, их количество составило около 130, и располагались они в основном в Загребе, Истрии, области Кварнерского залива и на северо-западе Хорватии.

В конце 90-х годов в области изучения проблем, связанных с алкоголизмом, появилось несколько молодых специалистов, прошедших обучение в основном в Клинике психиатрии КБЦ «Сестер милосердия», которые стали активно помогать старшим коллегам (Брейтенфельд, Голик-Грубер, Марушич, Маринич,

Ненадич-Швинглин) и постепенно смогли взять на себя большую часть обязанностей и ответственности по клубной работе. Не является секретом, что любая работа в учреждении осуществляется теми или иными специалистами, в связи с чем мы перечислим экспертов, которые в настоящее время осуществляют борьбу с алкоголизмом в Хорватии. Это эксперты Клиники психиатрии КБЦ «Сестер милосердия» в Загребе, которая является ведущим Центром по изучению проблем, связанных с алкоголизмом, и Референтного центра по проблемам алкоголизма Минздрава Хорватии: Зоран Зоричич, Роберт Торррэ, Ана Матошич; в психиатрической больнице Светой Иван (Янкомир, г. Загреб) — Анто Орешкович, в ПБ Врапче (г. Загреб) — Анто Багарич; Даниела Бундало и Анто Крешо из ПБ г. Поповача; Славен Зудинго из ПБ Раб; Татьяна Бакула Влаисавлевич из г. Славонский Брод; Земира Медвед из г. Вараждина; Весна Перекович и Нада Благоевич Дамашек из г. Осиек; Томислав Лесица и Гордана Шикич из г. Риеки; Бранко Лакнер из г. Мали Лошинь, Весна Драгач-Паиц из психиатрической больницы Угльян и многие другие.

На наш взгляд, особенно важно отметить, что значительная часть этих экспертов, возглавляемая доктором Зоричичем, является представителями одного поколения. Испытывая должное уважение к авторитету коллег, создавших клубную систему, они в то же время были способны видеть и ее недостатки. Благодаря работе по улучшению системы лечения алкоголизма они стремились к достижению собственной профессиональной идентичности и авторитета.

В 2000 году был создан Хорватский союз клубов леченых алкоголиков (HSKLA), что ознаменовало на-



ступление следующего значительного этапа в развитии сети клубов. Тогда были определены основные принципы и принята доктрина последующего качественного и количественного улучшения работы Союза. В это время было сформулировано положение о необходимости создания сети клубов по всей стране, а также налаживания сети в Восточной Славонии, Лике и Далмации, которые были наиболее разрушены во время военных действий, установлено сотрудничество Союза клубов с учреждениями, ответственными за стандартизацию качества работы и осуществление непрерывного надзора и обучения. На учредительном собрании HSKLA были подчеркнуты основополагающие принципы мультидисциплинарной работы в области алкоголизма, обозначена необходимость функционирования клубов в форме неправительственных организаций (НПО). Четыре года спустя, в 2004 году, президентом Хорватского Союза клуба леченых алкоголиков был избран Зоран Зоричич, который в сотрудничестве с сегодня, к сожалению, уже покойными Дамиром Водопивец и Златком Топалович, начал решительно расширять деятельность Союза. Значительный вклад в эту деятельность внес и коллега — доктор Анто Орешкович, Вице-президента HSKLA.

Став президентом HSKLA, доктор Зоран Зоричич с коллегами определили роль и значение клубов в лечении алкоголиков, а также место, занимаемое HSKLA в процессе полноценного лечения алкоголизма. Надо отметить, что момент для развития сети оказался не самым удобным, поскольку представители психиатрического сообщества, обращенные большей частью к биологическому подходу, не испытывали особого воодушевления вследствие расширения клубной дея-

тельности. К тому же изучение проблем алкоголизма не являлось приоритетным в вопросах психиатрического образования. С другой стороны, общественная поддержка также носила лишь формальный характер. Очень много ресурсов Министерства здравоохранения направлялось на контроль в области применения нелегальных наркотиков, благодаря чему было создано Правительственное антинаркотическое Управление, требовавшее для своей деятельности регулярно значительных средств. В то же время для лечения алкоголизма средств как правило не хватало. Финансирование осуществлялось из бюджетных фондов психиатрических больниц, так как лечение алкоголизма было официально возложено на психиатрические больничные отделения. Однако на практике чаще всего случалось так, что изучением проблем, связанных с алкоголизмом, в рамках работы психиатрических отделений областных больниц на самом деле никто не занимался. С другой стороны, подобным же образом было организовано и лечение людей, страдающих наркоманией, в окружных психиатрических стационарах. Однако Правительственное антинаркотическое Управление смогло произвести финансовое обеспечение лечения больных наркоманией в рамках работы областных центров по профилактике зависимости.

Проанализировав все модели лечения алкоголизма в Хорватии, специалисты согласились с необходимостью использования мультидисциплинарного подхода, объединявшего как институциональные, так и внеинституциональные методы лечения. Единодушно было принято решение, что в соответствии с «Миннесотской моделью» лечение больного алкоголизмом должно начинаться в медицинском учреждении, где

ему оказывалась помощь многопрофильной группой специалистов. В лечение вовлекалась также вся семья в целом, и уже на начальной стадии лечения больной алкоголизмом включался в работу местного клуба. Также были достигнуты договоренности о том, что HSKLA отвечает за профессиональную работу специалистов в клубах, для чего эксперты Союза проводят надзор за их деятельностью. Также Союз должен организовать и на протяжении длительного времени осуществлять дополнительное образование специалистов в области алкологии. На практике часто бывает так, что специалисты различных профилей, такие как врачи, психологи, социальные педагоги и реабилитологи, медсестеры и социальные работники в рамках бакалавриата не получают должной по полноте и уровню подготовки в области проблем, связанных с болезнями зависимости, в том числе и алкоголизма. Тем более, нам известно, что в Хорватии не существует аспирантуры или другой организованной формы послевузовского профессионального образования, где будущие специалисты получали бы дополнительное образование в такой высоко дифференцированной и требовательной области, какой является алкология. Необходимо особенно подчеркнуть тот факт, что врачи общей практики, выполняющие очень важную функцию в осуществлении качественного лечения алкоголизма, не только не имеют навыков, но и не проявляют никакого интереса к работе в этой области. До 2002 года, когда Таллер с сотрудниками был издан учебник по алкологии, ставший относительно недорогим пособием для получения базовых знаний и навыков работы в области алкологии, наглядными пособиями для обучения по алкологии служили учебники Худолана и Ланга 70-х и 80-х

годов издания. Однако, несмотря на издание нового учебника, существовал значительный пробел в области обучения методологии работы клубов леченых алкоголиков, который окончательно удалось устранить доктору Торррэ публикацией двух своих книг: «Падение алкоголиков» и «Восстановление алкоголиков в клубах леченых алкоголиков», изданных Хорватским союзом клубов леченых алкоголиков. Ранее доктор Торррэ и доктор Голик-Грубер опубликовали книги «Сборник работ, размещенных в Алкологическом вестнике» и «Пойманная радуга».

Уже после создания HSKLA регулярно стал издаваться журнал «Алкологический вестник», главным редактором которого стала заслуженный доктор Голик-Грубер. На протяжении нескольких первых лет журнал выходил в свет ежемесячно, но после сокращения финансирования стал выпускаться лишь раз в два месяца. В «Алкологическом вестнике» регулярно публиковались профессиональные статьи, отчеты с собраний и совещаний экспертов, новости из жизни клубов. Подписка на журнал оформлялась всеми действующими клубами, благодаря чему журнал являлся своеобразным «окном», через которое клубы могли подробно узнать о работе Союза.

На сегодняшний день HSKLA фактически является основным оперативным экспертным органом, или «флагманом» хорватской алкологии. Можно утверждать, что благодаря деятельности HSKLA эксперты принимают участие в формировании национальной профессиональной политики в области алкологии. Союз организационно тесно связан с Референтным центром Министерства Здравоохранения, Клиникой на Виноградской улице (КБЦ «Сестер милосердия») и Хорват-

ским обществом по борьбе с алкоголизмом и другими зависимостями Хорватской медицинской ассоциации. В 2007 году HSKLA участвовал в учредительном собрании Всемирной ассоциации КЛА (WACAT — World Association of the Clubs of Alcoholics in Treatment) в Удине (Италия), и стал ее равноправным членом. Самым большим прорывом в области информационного маркетинга и компьютерных технологий стало создание веб-страницы [www.hskla.hr](http://www.hskla.hr), которая является наиболее информативной страницей по вопросам алкоголизма на хорватском языке и позволяет получить общественности наиболее всестороннее представление о работе клубов и HSKLA. На страницах [www.hskla.hr](http://www.hskla.hr) читатель может получить ответы на интересующие его вопросы по алкоголии, узнать информацию о возможностях лечения, задать вопросы о своих собственных проблемах. Здесь также указаны адресные данные всех клубов в стране, имеются фотоотчеты всех профессиональных, культурных и спортивных мероприятий, представлена биография почетных алкогологов, а также библиография по проблемам алкоголизма и работы профессора Худолина. Кроме того, на сайте также имеются ссылки на другие ассоциации и учреждения, занимающиеся работой в области алкоголии в Республике Хорватия и в мире.

Пересмотр парадигмы КЛА наиболее подробным образом был осуществлен в книге доктора Торрэ. Он считает, что клубы леченых алкоголиков, устроенные на принципах терапевтического сообщества, представляют собой многосемейное сообщество людей, страдающих алкоголизмом, а также членов их семей. В группах семей осуществляются реальные социальные взаимодействия, складываются собственные отноше-

ния, связанные с добровольным принятием обязанностей и ответственности, благодаря чему происходит восстановление их жизнедеятельности и социальная реабилитация. Клубы леченых алкоголиков фундаментально функционируют как социально терапевтические, и меньшей частью как психотерапевтические группы, что свидетельствует о наибольшей важности групповых взаимодействий, а не индивидуального психотерапевтического воздействия. Положительный терапевтический эффект складывается в результате целостного группового процесса, что приводит к более открытому и более зрелому поведению членов семьи.

Благодаря динамическим взаимодействиям с членами группы страдающий алкоголизмом человек учится ответственности, честности, искренности, любви, смирению, покорности, уменью отдавать, прощению, самодисциплине, достоинству, соблюдать обязательства и относиться с уважением к другим. Члены клуба леченых алкоголиков заботятся о себе и друг о друге, а также о благополучии группы в целом. Принципиальным вопросом на клубе становится не тот: «Почему пьют другие?» Основным вопросом является: «Почему я позволил себе погрузиться в зависимость?»

Так же, как и было принято у Владимира Худолена, оптимальным количеством является 12 участников групповой встречи. В случае превышения указанного числа членов группа должна разделиться. Все клубы один раз в месяц проводят регулярные координационные совещания, на уровне города Загреба или округа. Клуб проводит специалист, прошедший подготовку. Как правило, не имевший в прошлом алкогольный зависимости, он должен получить дополнительное образование для работы в группе леченых алкоголиков, что

позволяет ему узнать специфику работы. Образцовый клуб леченых алкоголиков работает на базе больницы, которые занимаются лечением алкоголизма. Больничный клуб является связующим звеном между учреждением, в котором алкоголик лечится, и клубом, где он будет лечиться в дальнейшем, в местном сообществе, где алкоголик живет. В образцовых больничных клубах проводится мотивационный процесс для включения в работу КЛА, который работает в местном сообществе.

Пересмотр принципов функционирования клуба стало основанием для расширения деятельности HSKLA. При создании HSKLA указывалось на необходимость обсуждения вопросов употребления алкоголя на собраниях клубов, а также была подчеркнута роль Союза в общественном обсуждении уровня употребления алкоголя в стране. Как следствие, подчеркивалось значение HSKLA в предотвращении проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем, а также обеспечения ресурсов для лечения и реабилитации.

С самого начала была признана необходимость всесторонней работы. Мы считали, что основная работа клубов представляет большое значение для лечения и реабилитации, в то же время деятельность HSKLA во многом способствует решению задач по изучению алкоголизма.

В связи с этим постараюсь рассказать об основных достижениях HSKLA, которые могут свидетельствовать об успешности осуществляемой деятельности и ее общественном признании. Как уже упоминалось, вначале удалось добиться регулярного издания профессионального журнала «Алкогологический вестник», а также была создана профессиональная веб-стра-

ница. Тем не менее, одной из приоритетных задач оставалась необходимость улучшения непрерывного образования в области алкологии. Группой экспертов во главе с Зоричичем был разработан четырехмодульный семинар для специалистов, работающих в клубах. Каждый модуль состоял в обучении на базе Клиники психиатрии КБЦ «Сестер милосердия» в течение трех дней и проводился с периодичностью один модуль в семестр. Это обеспечивало возможность участникам обучения одновременно принимать участие в практической работе групп. Первый модуль является общим вводным для проблем, связанных с употреблением алкоголя, второй модуль способствует приобретению базовых знаний и навыков в области групповой динамики, третий модуль предлагает участнику поработать над своими проблемами, на четвертом подводятся итог работы на семинарах и практических занятиях. К настоящему времени четырехмодульные курсы закончили более 240 участников, в основном — социальные работники, медсестры, психологи и специалисты смежных областей знаний. Работа финансируется в основном из средств, полученных в грантах Минздрава, и городской администрации Загреба.

На подобном примере было организовано и проведено обучение специалистов в области профилактики и лечения и других форм зависимостей, оказавшееся вполне успешным. Данная форма обучения вызвала большой интерес среди в том числе и профессионального сообщества.

О других инициативах, осуществляемых в течение года в рамках работы HSKLA, мы будем рассказывать, описывая их в хронологическом порядке. В феврале в День Святого Валентина в Загребе проводится весьма



примечательное мероприятие, называемое «Трезвый трамвай», во время которого члены наших клубов объезжают город на особом трамвае, подаренном Загребским электро-трамвайным депо. В это же время выпускницы медицинского училища, с которым установлено тесное сотрудничество, участвуют в раздаче жителям города цветов и информационных листовок, в которых рассказывается о проблемах, вызванных алкоголизмом, и описывается деятельность клубов леченых алкоголиков. Пожалуй, наиболее важной частью этого мероприятия становится момент, когда все основные средства массовой информации рассказывают населению о деятельности HSKLA, что само по себе имеет большую важность. Мы гордимся тем, что каждый год во время проведения мероприятия «Трезвый трамвай» на нашем трамвае проезжает мэр Загреба, а также городской министр здравоохранения, а в 2003 году, в рамках нашей акции на трамвае прокатился и бывший в то время президентом Хорватии Степан Месич. Это важный факт свидетельствовал о государственном признании нашей деятельности как ассоциации. Можно сказать, что День Святого Валентина в Хорватии теперь хоть от части может ассоциироваться и с проходящим в этот день большим событием в жизни HSKLA, а мы можем испытывать глубокое чувство удовлетворения, рассказывая о 15-летней традиции проведения мероприятия «Трезвый трамвай». На вопрос, который нам часто задают журналисты, о том, что объединяет казалось бы такие различные явления, как празднование Дня Святого Валентина и проблемы алкоголизма, мы всегда отвечаем: любовь и семейные ценности имеют в жизни непосредственную связь, в то же время злоупотребление алкоголем представляет

одну из самых значительных угроз сохранению семейных ценностей.

Каждый год в первой половине апреля, а точнее в первые выходные апреля КЛА города Загреб встречаются на спортивном клубном празднике, где члены HSKLA в семейной обстановке участвуют в спортивных и культурных мероприятиях. Подобные спортивные встречи организуются и сообществом клубов северо-западных районов Хорватии. Вот уже на протяжении семи лет вторая неделя июня отмечена проведением «Летней алкологической школы», которая проходит на курорте Мали Лошинь (остров Лошинь, северная часть Адриатики). Школа была организована доктором Зоричичем и доктором Лакнер и стала главной ежегодной площадкой, на которой происходит встреча экспертов в области алкологии в Хорватии с участием врачей и других специалистов из соседних стран.

Вот уже на протяжении 16 лет в ноябре проходит «Вечер народной поэзии», для проведения которого каждый раз выбирается новое место. На творческий вечер собираются около трехсот членов HSKLA, среди которых около сотни авторов-исполнителей представляют на зрительский суд песни собственного сочинения. В богатой культурной программе подобных встреч участвуют вокальные коллективы HSKLA, а почетным гостем становится мэр города Загреб.

В конце года в течение месяца с 15 ноября по 15 декабря проводятся события, посвященные борьбе с зависимостями. В этой связи специально устраиваются ряд профессиональных и развлекательных мероприятий, которые организуются и проводятся областными КЛА.

С 1998 года в сотрудничестве с доктором Флавио Подруго из Триеста (Италия), Ото Леш из Вены, докторами Маей Маковец и Зденкой Чебашек Травник из Любляны (Словения) проводятся конференции по проблемам алкоголизма и других зависимостей, а также Национальные конференции по проблемам алкоголизма и встречи КЛА стран региона Альпы-Адрия. Также были проведены четыре конференции в Опатии (Хорватия), конференция в Триесте (Италия), Клагенфурте (Австрия), Сенигаллиа (Италия), Мариборе и Птуй (Словения). Хочется верить, что традиция международных встреч представителей стран региона Альпы-Адрия будет продолжаться и в дальнейшем, а в этих встречах смогут принять участие и представители соседних стран (Сербии, Черногории, Боснии и Герцеговины, Македонии).

Опыт работы клубов леченых алкоголиков (Зоричич, Торрэ, Орешкович, Таталович) послужил моделью для создания и развития групп самопомощи в области другого расстройства поведения — гемблинга. Сегодня в Загребе действует КЛОК (клуб для людей, зависимых от азартных игр), который на сегодняшний день составляют уже шесть терапевтических многосемейных групп. Методология работы клуба для игроманов аналогична работе КЛА, с той лишь разницей, что в КЛОК проводится и начальная часть лечения, что связано с неразвитостью в медицинских учреждениях алгоритмов работы в области проблем, связанных с гемблингом.

Значительным достижением HSKLA является и развитие клубов в учреждениях пенитенциарной системы. В настоящее время насчитывается около тридцати клубов, которые являются членами Союза и

сотрудничают с Союзом в решении широкого спектра задач. Доктрина работы клубов в пенитенциарных учреждениях не отличается от таковой в остальных КЛА. Алкоголики, отбывающие тюремное наказание, оказываются включенными в психосоциальную терапию. Специалисты, работающие в таких группах, проходят специальную подготовку для работы в клубах леченых алкоголиков. Более того, заключенный, отбывший половину срока наказания, может быть отпущен в отпуск в местный КЛА в качестве награды за хорошее поведение, а отпущенный из тюрьмы по условно-досрочному освобождению обязан регулярно присутствовать на заседаниях местного КЛА.

Сравнивая модели функционирования клубов в Республике Хорватии и других странах, а также общаясь с коллегами с целью обмена полезным опытом, мы пришли к заключению, что хорватская модель с методологической точки зрения занимает положение между клубным движением в Сербии с одной стороны, и клубами в Италии с другой стороны. Вместе с коллегами из Сербии мы считаем наиболее приемлемой медицинскую модель подхода к алкоголизму, а также необходимость привлечения профессионального специалиста к работе в клубе. В Хорватии клубы берут свое начало от институциональной модели лечения, а профессиональное сообщество несет ответственность за качество работы в клубе. Белградская модель предполагает привлечение к работе в клубе высококвалифицированного специалиста в области групповой психотерапии, имеющего, как правило, высокий системный уровень образования, способный гарантировать качество его работы. Преимуществом подобной системы является высокое качество работы в клубах,

недостатком же становится прекращение прогрессивного роста числа клубов и развития сети вследствие недостаточного количества мотивированных руководителей клубов с высоким системным уровнем образования. Такую ловушку в рамках хорватской модели мы смогли преодолеть, снизив требования к уровню образования специалистов, работающих в клубах, а также устранив необходимость владения навыками в области семейной системной терапии. В то же время мы обязали специалистов проходить обучение по знанию проблем, связанных с алкоголизмом, и помощи семьям, испытывающим подобные проблемы. С другой стороны, в итальянской клубной системе профессиональное сообщество полностью делегировало ответственность за решение проблем, связанных с алкоголизмом, на местное сообщество, что привело к развитию алкогологических коммунальных центров, которые занимаются программами профилактики и реабилитации при алкоголизме. В результате этого в Италии удалось сформировать большой штат так называемых «слуг-учителей», которые не могли обеспечить высокий уровень качества клубной работы, поддерживаемый в клубах Загребской и Белградской алкогологических школ. На наш взгляд идеальным вариантом организации клубной системы помощи было бы такое сочетание факторов, когда ответственность за развитие клубной сети лежала бы на коммунальных программах, а профессиональное сообщество принимало участие в подготовке, повышении квалификации и контролю за деятельностью работников в клубах. Поспособствовать подобному процессу мог бы импульс в сторону развития коммунальной психиатрии и деинституционализации традиционной психиа-

трии. К сожалению, пока мы не можем с точностью предугадать скорость, с которой будут происходить такие изменения, однако уже запущенный процесс присоединения к ЕС дает возможность посмотреть на будущее с оптимизмом.

В последнее время становится все более очевидным, что взгляд Худолина на развитие комплексного подхода лечения алкоголиков, объединившего в себе институциональные и внеинституциональные модели лечения, был в своем роде провидческим, опередив свое время по меньшей мере на пятьдесят лет. Сегодня HSKLA является крупнейшей ассоциацией в области здравоохранения в Республике Хорватии. К сожалению, деятельность HSKLA, возможно, является единственным примером успешного функционирования психиатрических программ в обществе. Она служит моделью для развития и других групп самопомощи как для психически больных, так и пациентов иного профиля. Отпраздновав пятидесятилетний юбилей своего существования, движение клубов леченых алкоголиков может с уверенностью свидетельствовать, что благодаря методологии своей работы и системе внутренней организации, установившимся традициям и узнаваемости в обществе, а также деятельной энергии специалистов в области алкологии и поддержке семей, столкнувшихся с проблемой алкоголизма, оно сохраняет свою жизнеспособность, имеет перспективы дальнейшего развития и понимает необходимость дальнейшей деятельности на благо всего сообщества, особенно же для тысяч семей, которые благодаря работе движения смогли обрести мир, процветание и надежду на новую жизнь.

Награды экспертов по итогам работы в области алкологии иногда заставляют себя долго ждать. Однако,

отпраздновав пятидесятилетний юбилей профессиональной деятельности, необходимо сказать, что все специалисты в области алкологии в Хорватии могут гордиться делом, которое завещал нам покойный профессор Худолин вместе со своими сотрудниками. Мы должны с гордостью относиться к подходу, который нынешнее поколение алкологов поддержало и адаптировало к современным требованиям общества, в котором приходится наблюдать распад традиционных ценностей.

#### Литература:

1. Hudolin V. Klub liječenih alkoholičara. Priručnik za rad u KLA (ekološko socijalni pristup), Europska škola alkoholologije i ekološke psihijatrije, Trieste, 2000.
2. Thaller V i suradnici. Alkoholologija-suvremene osnove za studente i praktičare, Naklada CSCAA, Zagreb, 2002.
3. Torre R. Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara. HSKLA, Zagreb, 2006.
4. Zoričić Z, Ivančić I, Matošić A. Importance of the Club of Treated Alcoholics. Alcoholism 2006; 42 (1): 35-42
5. Zoričić Z, Ivančić I. Vladimir Hudolin and his work. Acta Clin Croat 2007; 46 (2): 187-188.
6. Zoričić Z, Golik Gruber V, Moravek D, Šakušić A. Rehabilitacija bolesti ovisnosti. Znanstveni simpozij: bolesti ovisnosti. Zagreb 2010. Alcoholism 2010; 46 (Suppl 1): 33-36.

**В. ХУДОЛИН.**

**КЛУБ ЛЕЧЕННЫХ АЛКОГОЛИКОВ**

Редактор — Ирина Микурова

Верстка и дизайн — Евгения Сухарева, Вячеслав Сухарев

Подписано в печать 21.03.2016. Формат 60х90/16

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Объем \_\_\_ печл. Тираж 500 экз. Заказ № \_\_\_\_\_.

Отпечатано в соответствии с предоставленными  
материалами

© МОД СКТ, 2016.

ISBN 978-5-9905614-6-5



9 785990 561465