

АРХИТЕКТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СРЕДЫ  
НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

В связи с широким распространением наркотиков в молодежной среде в последние годы проблема лечения и реабилитации наркозависимых подростков приобрела в нашей стране чрезвычайную актуальность.

По данным Министерства внутренних дел РФ количество потребителей наркотиков превышает 3 миллиона человек. При этом следует учитывать, что уровень заболеваемости наркоманией среди подростков почти в два раза выше, чем среди населения в целом: 84,5 на 100 тысяч подростков и 50,6 на 100 тысяч всего населения.

Сугубо лечебные мероприятия позволяют добиться эффективности лишь у 3 – 5 % больных наркоманией. Адекватное использование реабилитационных технологий повышает эффективность работы с больными до 70 %. Следовательно, медико-социальная реабилитация не только снижает финансовые расходы на восстановление и ресоциализацию больных наркоманией, но и повышает уровень качества их жизни [1].

В настоящее время в литературе все чаще встречается понятие реабилитационной среды. Именно воздействие среды и позволяет исправить мотивационную структуру личности, создать иную ориентацию, изменить систему ценностей. Основное достоинство такого подхода – это превращение пациента из пассивного соучастника терапевтического процесса в активного исполнителя лечебно-реабилитационной программы.

Воздействие пропорций помещений, их пространственного и колористического решения не раз освещалось в различных литературных источниках и является неоспоримым фактом. Задача данной статьи – формирование комплексного подхода к проектированию реабилитационных центров различной направленности. При решении подобных задач необходимо учитывать как микро- (создание наиболее комфортной среды проживания, обучения, усвоения трудовых навыков), так и макросоциальные (формирование или восстановление навыков общения, новых жизненных установок; духовная и физическая реабилитация пациентов и т.д.) особенности функционального процесса, формирование которого должно происходить в постоянном контакте проектировщика и врача-специалиста.

Среда реализации лечебно-реабилитационных программ, в которой конструируется микросоциальное окружение, постоянно поощряющее нормативное поведение и жизнь без наркотиков, имеет решающее значение в решении задач поэтапного восстановления физического и психического здоровья наркологических больных и их ресоциализации. Реабилитационная среда не только является терапевтическим инструментом ресоциализации, но и защищает больных от пагубного воздействия наркоманической субкультуры и, прежде всего, от потребления наркотиков, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.

Впервые попытка создания реабилитационной среды была осуществлена в госпитале Динглтон (Шотландия, 1953 г.) Максвеллом Джонсом. В 1964 г. Т.Ф. Мейн в своей психиатрической лечебнице в Бирмингеме разработал и осуществил программу лечения и социальной реабилитации больных; программа называлась «лечебная община» [2].

Условно выделяют три вида реабилитационных сред для наркологических больных в соответствии с их защищенностью от проникновения и употребления наркотического средства или психотропного вещества [3]:

- 1) открытые – специализированная поликлиника (амбулатория), сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости;
- 2) полузакрытые – дневной стационар, община, реабилитационное общежитие;
- 3) закрытые – наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь а также пенитенциарные учреждения, как особая система реализации реабилитационных программ.

Степень защищенности от срывов и рецидивов заболевания выше и надежнее в закрытых реабилитационных средах, в которые преимущественно направляются больные со средним или низким уровнями реабилитационного потенциала и выраженным девиантным поведением.

До настоящего времени в нашей стране не существует типовых проектов наркологических реабилитационных центров для взрослых наркоманов, тем более не существует соответствующих центров для реабилитации подростков, требующих к себе гораздо более дифференцированного, осторожного, неформального подхода. Даже новые, наиболее современные реабилитационные центры («Марфино», «Кундала») располагаются в непригодных зданиях старой постройки. Это определяет жесткие рамки действующих реабилитационных программ и не позволяет гибко перестраиваться в зависимости от возраста, пола пациентов, реабилитационного потенциала, типа корректирующей программы, а также использовать в лечебном процессе возможности психологического воздействия приемов архитектуры и дизайна.

Анализ существующих лечебных и реабилитационных методик позволяет выделить целый ряд характерных недостатков учреждений, в которых проводится их осуществление, а также выработать рекомендации для проектирования новых учреждений подобного назначения.

Работа с подростками представляет собой наиболее перспективное направление реабилитационной работы, поскольку личность подростка еще не сформирована окончательно, стаж употребления наркотика непродолжителен и, следовательно, реабилитационный потенциал достаточно высок [1].

Создать у пациента ощущение защищенности, а, следовательно, комфорта и душевного покоя – одна из главных целей архитектора, занимающегося разработкой подобного проекта.

В архитектурном проекте реабилитационного центра для наркозависимых подростков необходимо создать условия для осуществления спектра мероприятий, оказываемых пациентам на этапе реабилитации [5]:

- комплекс фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий, направленных на подавление основного синдрома заболевания – патологического влечения к психоактивным веществам;
- восстановление коммуникативных навыков;
- обучение пациентов навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет» и пр.

Вспомогательные социальные требования к реабилитации в условиях данного учреждения включают:

1 Создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения (при необходимости и возможностях – учебы), занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий.

2 Обеспечение реабилитируемых больных постоянной занятостью, создание условий для трудовых процессов и выработка способностей к регулярному труду.

В связи с этим очень важно организовать ниже перечисленные подразделения реабилитационного центра (стационара):

- а) производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские; мастерские по ремонту помещений и пр.);
- б) сельскохозяйственное (теплицы, зеленое хозяйство, грибной цех, садовое хозяйство);
- в) животноводческое с целью осуществления зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство).

Имея в виду длительную депрессию, сопутствующую отказу от наркотика, а зачастую существующую параллельно с наркотизацией, необходимо запроектировать совмещенный со стационаром амбулаторно-поликлинический комплекс, в котором пациенты, прошедшие основной курс реабилитации в стационаре, могли бы получать поддерживающую терапию до полного исчезновения симптомов депрессии, что существенно повышает возможности полного излечения.

#### Список литературы

- 1 Наркомании у подростков / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.Д. Дворяк, В.А. Глушков. Киев : «Здоровье», 1989.
- 2 Большая Медицинская Энциклопедия. М. : Изд-во «Советская энциклопедия», 1983. Т. 16 : Наркологическая служба.
- 3 Большая Медицинская Энциклопедия. М. : Изд-во «Советская энциклопедия», 1983. Т. 21 : Психиатрическая больница.
- 4 Данилин, А.Г. Как спасти детей от наркотиков / А.Г. Данилин, И.В. Данилина // «Врачи предупреждают». М. : ЗАО Изд-во Центрполиграф, 2001.
- 5 Личко, А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко, В.С. Битенский. Ленинград : «Медицина»: Ленинградское отделение, 1991.