

4.6. Реабилитация пациентов с наркологическими заболеваниями.

В отношении реабилитации таких больных есть много наработок и доказавших свою эффективность реабилитационных программ (Кабанов М.М., 1978; Дудко Т.Н., 2001, 2002, 2006; Батищев В.В., Негериш Н.В., 2001; Валентик Ю.В., 2001). Особенностью реабилитации наркологических больных является то, что одно из проявления заболевания, называемое (например, алкоголизацией), идентично социально осуждаемому поведению - «пьянству». Ни в одной другой медицинской специальности нет подобных проблем. «Никто не осуждает больного туберкулёзом за то, что он кашляет» - метафорическая иллюстрация к сказанному. Эта проблема, со смещением и смешением понятий «болезнь» и «порок, недостойное поведение», лежит в основе многих иллюзий, мифов и заблуждений по поводу наркологических заболеваний. Все они в разной степени влияют на результаты лечения и реабилитации больных. Это касается мощной психологической защиты, подкрепляющей так называемую анозогнозию таких больных, выбор наиболее «радикальных», а на самом деле – «лёгких и быстрых» методов лечения, лежит в основе многих проявлений созависимости и мн. др. Решение таких проблем невозможно медикаментозным способом. Меры психологической и социальной помощи, на основе всё более популярной с конца прошлого века био-психо-социальной модели применимы как раз в рамках полноценной и качественной реабилитации. В продолжение перечисления особенностей реабилитации наркологических пациентов, стоит отметить, что прав у наркологических больных по сравнению с другими больными меньше, эти права нередко ущемляются в пользу интересов общества ввиду того, что «алкоголизм и наркомания – социально опасные заболевания, вследствие чего «жизненно важен и необходим контроль общества над пациентами с таким диагнозом». Социально-юридические и социально-психологические проблемы, способные влиять на результаты лечения, на качество ремиссии пациентов требуют полноправного участия в лечебно-реабилитационных

мероприятиях специалистов с психологическим и юридическим образованием. В частности, это проблемы с законом вследствие нарушений поведения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, проблемы с утратой документов и имущества в состоянии одурманивания или вследствие зависимого поведения, трудности с поиском работы по специальности после увольнения. Медико-социальная и юридическая помощь больным алкоголизмом и наркоманией необходима также в вопросах восстановления документов, трудоустройства, решении вопросов и проблем с получением образования, поисках адекватного и достойного жилья. В системе оказания комплексной специализированной помощи наркологическим больным оказывается поддержка в рамках медико-социальной реабилитации, социально-психологической реабилитации. В штате ЛПУ наркологического профиля для оказания медико-социальной помощи предусмотрены ставки психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, педагогов.

В «Положении о враче участковом психиатре-наркологе» от 19.03.1976 г. отмечено: «...психиатр-нарколог проводит мероприятия по социальной и трудовой реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями...». К 1975 году, когда наркология в СССР отделилась от психиатрии в самостоятельную область лечебно-профилактической помощи, накопился опыт лечения больных (преимущественно алкоголизмом) в психиатрических стационарах с привлечением их к труду - не только в условиях лечебно-трудовых мастерских, но и на производстве вне территории лечебного учреждения. Создавались дневные наркологические стационары при предприятиях. Лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) начали создаваться после Указа Президиума Верховного Совета СССР от 08.04.1967 г. для больных, отказывающихся от лечения, ведущих асоциальный образ жизни, нарушающих правила социального общежития. Продолжительность пребывания в ЛТП составляла до 2 лет. После распада СССР «промышленная» наркология и ЛТП были ликвидированы к 1993-1994 г.г.

В 1935 году в США была создана духовно-ориентированная программа помощи больным алкоголизмом «12 шагов Анонимных Алкоголиков (АА)». Основным принципом этой программы – создание системы помощи в рамках групп само- и взаимопомощи. Достаточно быстро в США по такому принципу создавались группы и сообщества людей страдающих другими формами зависимостей («Анонимные Наркоманы», «Анонимные Эмоционалы» и др.).

Первый опыт использования философии АА в медицинских лечебных заведениях для больных, зависимых от ПАВ, был получен в конце 40-х годов в штате Миннесота. Там была разработана модель организации лечебного процесса с применением программы «12 шагов». Полученный опыт затем применялся в лечебных учреждениях стран Европы, с 1992 года – в России. В 2000 г. под руководством Н.Н.Иванца в НИИ наркологии МЗ РФ (М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик) была создана концепция реабилитации больных, страдающих наркологическими заболеваниями, в учреждениях здравоохранения. В рамках этой концепции реабилитация в наркологии – система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресoциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. (М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик, 2000). В настоящее время в РФ существуют в 150 городах сообщества АА, работает большое количество реабилитационных центров, активно внедряются и развиваются реабилитационные программы, в том числе и с учётом особенностей местных условий и менталитета. Кроме ориентации на программу «12 шагов АА», существует и большое количество других программ и сообществ («Клубы абстинентов», «Рациональное выздоровление», семейные клубы, клубы трезвости и т.п.).

Цель реабилитации – восстановление (или формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого

потенциала. Задачи реабилитации включают медицинский, психологический и социальный аспекты: формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремление к жизни без ПАВ; формирование целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов; восстановление эмоциональной адекватности, умения дифференцировать положительные и отрицательные эмоции при решении личных и социальных задач; восстановление коммуникативных навыков; обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям, умения определять предвестники срыва и обострения влечения к ПАВ; обучение анализу и оценке саморазрушающего и конструктивного поведения; формирование ответственности за своё поведение и здоровый образ жизни; стабилизация профессиональных отношений, восстановление положительных социальных контактов; формирование и закрепление нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок; формирование реальной жизненной перспективы; восстановление семейных отношений; работа с созависимыми родственниками. Реабилитационная среда (РС) в наркологии – совокупность объективных факторов – организационных (РЦ, стационар, «дома на пол-пути») и функциональных (медицинских, трудовых, семейных), объединённых программой реабилитации, влияющих на восстановление личностных и поведенческих качеств больного, способствующих его ресоциализации и реадaptации. РС обеспечивает высокий уровень безопасности и защищённости больных, представляя собой промежуточное звено между обществом и пациентом.

Этапы реабилитации: адаптационный; интеграционный (включение больного в полном объёме в продолжительную программу); стабилизационный (удержание больного в программе, подготовка к переходу к следующему этапу ЛРП, в другое специализированное учреждение или выписке).

Реабилитационный потенциал (РП) – совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и её последствий, восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. Основные составляющие РП могут быть условно разделены на 4 блока: преморбид; клинические особенности заболевания; особенности социального статуса и социальные последствия зависимости; личностные особенности больного. В зависимости от степени выраженности основных составляющих РП больные могут быть разделены на три группы: с высоким, средним и низким уровнем РП (УРП).

УРП – динамическая клиническая характеристика, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности – от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до чётко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. В зависимости от интенсивности и долгосрочности ЛРП, УРП объединяет индивидуальные, когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление развития больного и его ценностную ориентацию.

Стационарные ЛРП ориентированы прежде всего на пациентов с низким УРП. Должны включать в себя несколько этапов и обязательную индивидуальную программу реабилитации.

Программы дневного стационара – рассчитаны на пациентов со средним и высоким УРП и имеют более свободный режим и меньшую наполненность программными мероприятиями.

Амбулаторный вариант реабилитационной программы может быть рассчитан на больных с высоким УРП.

Реабилитационные технологии ЛРП, создающие условия, предпосылки и основания для восстановления ресурсов пациента: терапия реабилитационной средой; психотерапевтические технологии (использование психодраммы, гештальт-терапии, групповой, индивидуальной и семейной психотерапии,

телесно-ориентированной терапии и т.п.); терапия занятостью; арт-терапия; социо-терапевтические технологии; духовно-ориентированные технологии.

Определение основных технологий, наиболее приемлемых как для условий ЛР учреждения, так и для конкретного пациента, зависит от степени подготовленности персонала в данном виде психотерапевтического или социального взаимодействия. Стоит отметить в таком случае необходимость создания полипрофессиональной бригады специалистов (врачи – психиатр-нарколог, психиатр, психотерапевт, терапевт; психологи, социальный работник, специалист по социальной работе, педагог и т.д.), способных и готовых работать в одном направлении, в рамках выбранной Программы.

В настоящее время различают программы, ориентированные на *медицинскую* (РЦ при наркологических диспансерах или стационарах с наличием медперсонала и соблюдением всех необходимых требований, характерных для ЛПУ – санэпидрежим и т.п.) , *психологическую* (с наполнением психокоррекционными и социально-психологическими мероприятиями), или *социальную* (РЦ, организованные самими пациентами, без привлечения медицинских работников и других специалистов, нередко – с духовно-ориентированным наполнением программы, а также – РЦ при религиозных организациях) модели реабилитации.

Для наркологических пациентов в процессе реабилитации необходимо учитывать их соматическое (физическое) состояние, так как от этого состояния зависит способность полноценного участия в реабилитационной программе. Даже спустя несколько недель и даже месяцев после успешного лечения на этапе детоксикации (купирующего этапа лечения), некоторые последствия длительной интоксикации могут сказываться в виде проявлений астении, - утомляемости, нервозности, аффективных нарушений в виде эмоциональной лабильности, дисфории, снижения настроения, гипопатии, а также - нарушений сна (диссомнии, агрипнии). Эти нарушения требуют тщательного наблюдения врачом психиатром-наркологом и адекватных мер восстановительного лечения, особенно в период адаптации в программе.

Кроме того, в процессе реабилитации, когда для пациента может стать актуальной проблемой преодоления и освоения интеллектуальной, мнестической, эмоциональной и моральной нагрузки, важно отслеживать способность переносить такие нагрузки. Нередко сложности освоения части программы могут быть связаны именно с динамикой физического статуса больного. На любом этапе реабилитации, особенно – в период «снижения энтузиазма и разочарования в трезвости» возможно обострение ранее имеющихся и диагностированных, либо - начальные признаки психосоматических нарушений.

Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия включают поэтапную коррекцию внутренней картины болезни, аддиктивного поведения и тренинг социальных навыков в условиях поддержания трезвости. Кроме того, проводятся информационные и разъяснительные мероприятия по темам особенностей заболевания, предстоящего лечения и реабилитации, формированию адекватного самоотношения, критики к своему состоянию и преодолению анозогнозии (Дудко Т.Н.и соавт., 2006).

Терапевтическая ремиссия достигается в результате лечебных мероприятий, направленных на прекращение употребления алкоголя или наркотиков. При отсутствии должного уровня мотивации на трезвость, без продолжения работы по реабилитационной программе, результат такого лечения и прогноз являются сомнительными, ремиссия, как правило, нестойкая и недолгая.

Спонтанная ремиссия – состояние, когда пациент внезапно, без внешних причин, прекращает употребление ПАВ. В таком случае пациент может не пользоваться помощью медработников, либо – ограничиться уровнем детоксикации. Нередко поводом для спонтанной ремиссии может стать эмоционально значимое для больного событие, приведшее к прекращению употребления ПАВ (в основе – испуг, страх за свою жизнь и т.п.).

Особое место в классификации ремиссий занимает так называемая **вынужденная ремиссия** или – состояние, когда для пациента возникают условия ограниченного доступа или полного прекращения доступа к ПАВ. Например, в условиях пребывания в стационаре или пенитенциарном учреждении (СИЗО, колонии, тюрьме). Единственным признаком ремиссии является отсутствие состояния опьянения. Длительность такой условной ремиссии зависит от условий пребывания больного и отсутствии реального доступа к ПАВ.

Мотивационная ремиссия является самой устойчивой и нередко может быть пожизненной, достигается в результате комплексных лечебно-реабилитационных длительных мероприятий, направленных на прекращение употребления алкоголя или наркотиков в освоение реабилитационной программы. Такой тип ремиссии более характерен для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала, социально устойчивых.

Кроме мер фармакотерапии, направленных на стабилизацию ремиссии, включающим назначение психотропных и растительных препаратов, аверсивных средств, в рамках реабилитации необходимо освоение навыков самодиагностики так называемых «предвестников срыва», когда пациент в состоянии самостоятельно обращаться за помощью к врачу, не допуская актуализации влечения к ПАВ и возникновения реального алкогольного или наркотического срыва.

В психиатрической терминологии под ремиссией понимается такой этап течения болезни, который характеризуется временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики (от лат. remittio – послабляю). В работах Зеневича Г.В. (1984) даётся более полное определение: ремиссия – такой этап течения заболевания, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми проявиться вновь при соответствующих условиях. Ремиссия – динамический процесс. Начало ремиссии при алкоголизме принято считать не ранее, чем через 1 месяц

воздержания от употребления алкоголя. Кроме снижения и дезактуализации влечения к алкоголю, в ходе становления ремиссии отмечается выравнивание настроения, сна, затем изменения претерпевает социальное функционирование пациента. Вначале социализация больного носит скорее временный, нестойкий характер, несмотря на присутствующую порой интенсивность возобновления контактов. Лишь потом, при наличии проработке, которая возможна и более эффективна при наличии поддержки специалистов-психологов и психотерапевтов, а также – группы (ТС) эта социализация становится более зрелой и устойчивой. Одним из критериев становления ремиссии является развитие антиципационных способностей пациента, умения предвидеть и прогнозировать результаты своих действий и поступков. При становлении ремиссии в условиях отделения реабилитации или прохождения пациентом амбулаторной реабилитационной программы важно отслеживать ситуации, когда необходимо отличать психопатоподобные проявления болезни от расстройства адаптации с нарушением поведения или просто проявления привычного для человека поведения, вполне нормативного для того общества, с которым он привык общаться. Наваждение психологических проблем, осознание масштабов предстоящих трудностей поддержания своей трезвости, экзистенциальный страх перед новой трезвой жизнью вне стационара может приводить к понижению настроения. Это не всегда должно быть показанием к назначению антидепрессантов. Проработка в группе и со специалистом таких проблем и переживаний может быть не менее действенным способом их коррекции.