

Сравнительный анализ эффективности «12-шаговой» модели реабилитации у больных опиатной наркоманией и алкоголизмом

ВЕШНЕВА С.А.
ОВДИЕНКО В.Б.
БИСАЛИЕВ Р.В.

психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера
психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера
к.м.н., зам.руководителя наркологического центра
Астраханской государственной медицинской академии (АГМА)

Дана оценка эффективности «12-шаговой» модели реабилитации. Приводятся данные о частоте и продолжительности ремиссий у больных алкоголизмом и наркоманией. Клиническое исследование показало эффективность модели реабилитации.

Ключевые слова: опиатная наркомания, алкоголизм, группы взаимопомощи, реабилитация, "12-шаговая" модель

Введение

Статистические отчеты по продолжительности периода ремиссии при опиной наркомании и алкоголизме колеблются в широких пределах. Согласно данным мировой статистики, длительность годовой ремиссии при наркоманиях не превышает 10%. Средняя продолжительность терапевтических ремиссий составляет в среднем 5,8 мес. П.Д. Шабанов [23], В.А. Гавенко с соавторами [5] считают, что при лечении период воздержания от наркотических средств больше года наблюдается у 10—50%. Противоположной точки зрения придерживается Т.А. Киткина [15, 16], которая полагает, что почти в 40% случаев течение наркоманий является безремиссионным. В подавляющем большинстве случаев (68%) рецидивы заболевания отмечаются уже в первые 6 мес. после курса лечения [7]. Перерывы в наркотизации обычно вынужденные (отсутствие наркотиков, арест, госпитализация под давлением родственников).

Что касается данных авторов по частоте терапевтических ремиссий при алкоголизме, то они также неоднозначны и находятся в диапазоне от 4 до 92% [4, 11, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28]. Длительность ремиссии может измеряться сроками от нескольких лет до нескольких десятилетий [21]. В то же время ее продолжительность зависит от прогрессивности заболевания. Ремиссии свыше одного года отмечены у 51—57% больных [1].

Малая эффективность наркологической/психотерапевтической помощи, оказываемой зависимым пациентам, вероятно, связана с тем, что акцент делается на краткосрочные лечебные мероприятия. При этом не уделяется должного внимания расстройствам личности, появляющимся и прогрессирующим в процессе наркотизации и алкоголизации, психологической и социальной реабилитации. Только благодаря системно-

му подходу к проблеме химической зависимости достигаются стабильные терапевтические ремиссии, и обеспечивается профилактика рецидивов заболевания [13, 20].

Осуществление долгосрочной психофармакотерапии, перестройка в позитивном направлении личности наркологического больного стала возможной после создания реабилитологии в наркологии. Практическим воплощением этого научного направления стала реабилитация наркологических больных [3, 6, 8, 9, 10, 11, 12].

Наркологической службой Российской Федерации используются следующие типовые модели реабилитации:

1) модифицированная Миннесотская модель групповой стационарной и амбулаторной 12-шаговой реабилитационной программы;

2) модифицированная модель «терапевтического сообщества» в стационарном и амбулаторном вариантах;

3) смешанная модель, основанная на сочетании первых двух моделей с дополнительными элементами народной медицины и религиозным подходом (на базе различных конфессий), когда первостепенное внимание уделяется психологической и духовной поддержке пациентов реабилитационного учреждения, а также их трудовой занятости.

Миннесотская модель на основе стационарной и амбулаторной 12-шаговой реабилитационной программы, скооперированной с работой сообществ Анонимных Алкоголиков (АА) и Анонимных Наркоманов (АН) рассматривается как одна из хорошо проработанных психотерапевтических систем, благодаря которой больные добиваются эмоциональной, психической и духовной зрелости, в результате чего обеспечивается комфортная трезвая жизнь [2, 9, 10]. Широкое применение данной модели реабилитации связано с тем, что к моменту выхода Приказа Мин-

здрава №76 от 18.03.1997 г. «О наркологических реабилитационных центрах» в мировой практике данная модель считалась одной из самых проработанных и структурированных. Кроме того, в России уже были подготовлены преимущественно в коммерческих центрах специалисты (врачи, психологи, консультанты-волонтеры) по 12-шаговой программе, а в стране была создана сеть групп взаимопомощи (АА, НА, Аланон и др.), также работающих по этой системе реабилитации. Преимуществом данной программы является то, что она осуществляется в соответствии с принципом комплексности, охватывая семьи больных и другие реабилитационные среды. Немаловажным является и то, что в стране имеется масса хорошо оформленной и доступной литературы, позволяющей быстро приблизиться к пониманию 12-шаговой программы и внедрению ее в практику. К тому же, основные ее принципы являются универсальными, адаптированными к российским условиям и широко используются при различных видах аддиктивных расстройств, непосредственно не связанных с наркологическими заболеваниями.

Хорошие результаты отмечены при использовании 12-шаговой программы у больных алкоголизмом: от 37 до 75% годовых ремиссий [2, 18, 24]. Однако применение данной программы реабилитации у больных опийной наркоманией является низкоэффективным [10, 14]. Возможно, больные наркоманиями менее, чем больные алкоголизмом, склонны к организации сообществ с позитивной социальной направленностью, поэтому большинству этих пациентов не удается влиться в движение Анонимных Наркоманов [14].

Как видно из представленного теоретического материала, терапевтическая эффективность применения Миннесотской модели у больных с различными формами наркоманий в нашей стране изучалась немногими исследователями, поэтому требует дополнительно и углубленного клинического изучения.

Разброс статистических данных об эффективности Миннесотской модели у больных алкоголизмом, а также отсутствие в литературе сведений по оценке влияния указанной реабилитационной программы на формирование ремиссий у больных опийной наркоманией и определило *цель нашего исследования*: оценить эффективность 12-шаговой программы у больных опийной наркоманией и алкогольной зависимостью в сравнительном аспекте.

Объект и методы исследования

В отделении социальной и медицинской реабилитации Астраханского областного наркологического диспансера обследованы сплошным методом 74 пациентки, из них 37 чел. с диагнозом *наркомания опийная. Постабстинентное состояние (вторая фаза абстинентного синдрома)* — F11.21, F11.3 и 37 чел. с диагнозом *хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя)* — F10.2.2.2. Средний возраст всех обследуемых женщин составил $29,8 \pm 0,18$ года.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-катamnестический (до 3 лет и более) и статистический.

Клиническому анализу подверглись: информация из медицинской документации (истории болезни, амбулаторных карты); сведения, полученные от ближайших родственников больных и значимых других лиц, активистов движения «АА», «АН».

Реабилитация больных опийной наркоманией и алкоголизмом в Астраханском областном наркологическом диспансере осуществлялась в стационарной и амбулаторной форме. Базой служила Миннесотская модель на основе 12-шаговой реабилитационной программы, скооперированная с работой сообществ АА/АН. Лечебно-реабилитационный процесс (ЛРП) осуществлялся специалистами наркологической бригады, включающей в себя врача психиатра-нарколога, психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и консультантов по химической зависимости. Последние являлись выздоравливающими пациентами, прошедшими курс реабилитации в центре и находящимися в ремиссии от 1,5 до 5 лет и более.

Лечебно-реабилитационный процесс был разделен на восстановительный и собственно реабилитационный этапы.

На восстановительном этапе в условиях наркологического отделения проводилось купирование соматоневрологической и психопатологической симптоматики наркотического и алкогольного абстинентного синдрома, постабстинентных расстройств, психотических нарушений. Продолжительность восстановительного этапа ЛРП была в среднем один месяц.

Собственно реабилитация больных наркоманиями и алкоголизмом разделяется на адаптационный, интеграционный и стабилизационный этапы.

Первый этап реабилитации (адаптационный) направлен на приспособление к условиям содержания и распорядку работы отделения медицинской и социальной реабилитации. Продолжительность адаптационного периода составляла от 14 до 21 дней.

На втором этапе реабилитации (интеграционном) осуществляется вхождение в реабилитационную программу. Пациент включается в работу группы по заданиям, а также малой психотерапевтической группы. Продолжительность этого этапа реабилитации в условиях стационара была от 1 до 3 мес.

На стабилизационном этапе акцент переносится на психосоциальный аспект программы, продолжительность от 1 до 3 мес.

По выписке из реабилитационного отделения пациенты добровольно переводились в амбулаторную реабилитационную программу. В амбулаторное реабилитационное отделение поступали также больные, прошедшие предреабилитационный период в наркологическом отделении и изъявившие желание пройти реабилитационную программу в условиях амбулатории. Продолжительность амбулаторной реабилитационной программы достигала двух лет. В случаях ухудшения клинического состояния, появления «срывов», больные направлялись в наркологическое отделение, а впоследствии, при согласии, переводились в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение. Средняя продолжительность пребывания больных наркоманией в стационарной реабилитационной программе была 20 дней, а больных алкоголизмом — 30 дней.

Все обследованные нами больные прошли восстановительный и адаптационный этапы реабилитации. Большая часть больных обеих групп прошла и интеграционный этап. Однако часть пациенток была переведена в амбулаторную программу. Невозможность продолжать лечение в условиях стационара была мотивирована необходимостью «ухода за детьми», «поддержания домашних дел в порядке», возобновления отношений с мужем (сожителем), близкими людьми, выходом на работу и др. У части пациенток подобный выход из стационарной реабилитационной программы был результатом появления позитивной мотивационной динамики.

Результаты исследования

Клинико-катамнестическое наблюдение за больными, прошедшими курс реабилитации, показало следующее.

Состояние стойкой терапевтической ремиссии зафиксировано у 18,9% женщин, больных опиатной наркоманией. За весь прошедший период у них не отмечено ни одного случая употребления наркотиков, что подтверждалось объективными клиническими данными, результатами тест-контроля, а также сведениями от их ближайшего окружения. 5,4% обследуемых также находились в ремиссии. Однако у этих женщин в течение последних двух лет отмечено не более 3—4 срывов, которые характеризовались однократным употреблением наркотика с последующим обращением за наркологической/психотерапевтической помощью и прекращением употребления наркотического вещества. Поэтому общее количество пациенток с наркоманией, находившихся в ремиссии более года, составило 24,3%. В группе больных,

страдающих алкоголизмом, состояние стойкой ремиссии (более года) фиксировалось у 32,4%. За исследуемый период женщины полностью воздерживались от употребления спиртных напитков.

Клинически состояние стойкой ремиссии в сравниваемых группах больных выражалось нормализацией психического и соматического статуса, дезактуализацией суицидального поведения, стабилизацией внутрисемейных отношений. Пациентки регулярно посещали психотерапевтические занятия, в группе открыто обсуждали свои проблемы, делились опытом по формированию навыков трезвого образа жизни с другими членами группы, ответственно подходили к выполнению домашних заданий.

Что касается рецидивов, то они сразу же после выписки произошли у 46,0% больных опиатной наркоманией и у 10,8% пациенток с алкогольной зависимостью, что свидетельствует об актуализации патологического влечения к наркотикам/алкоголю. Психопатологическая картина была представлена аффективными (раздражительность, неустойчивость настроения, депрессии) и поведенческими расстройствами (повышенная конфликтность, гетеро- и аутоагрессивное поведение), нарушениями сна (бессонница, кошмарные сновидения, сны на наркотическую и алкогольную тематику), астенической симптоматикой, соматовегетативными нарушениями (колебания артериального давления, тахикардия, брадикардия, гастралгии). Больные из числа возобновивших употребление наркотиков ни разу не обращались к наркологу, если только это не было связано с необходимостью купирования острых явлений интоксикации или абстиненции.

Как указывалось ранее, состояние ремиссии у больных химической зависимостью достигалось благодаря применению долгосрочных психофармакотерапевтических и психотерапевтических программ.

Распределение обследованных женщин в зависимости от продолжительности терапевтических ремиссий представлено в таблице.

Из таблицы видно, что доля ремиссии в первые полгода в группе больных наркоманией значительно меньше, чем в группе больных алкоголизмом. Данный факт объясняется трудностями адаптации больных наркоманией к участию в долгосрочных терапевтических мероприятиях, выраженностью аффективной и астенической симптоматики. Процентное соотношение показателей терапевтических ремиссий во втором полугодии между сравниваемыми группами обследованных было примерно одинаковым. В целом продолжительность ремиссии в течение года, выявленная в наших исследованиях, соответствует общемировым статистическим данным.

Продолжительность терапевтических ремиссий

Срок ремиссии	Больные наркоманией		Больные алкоголизмом	
	Абс.	%	Абс.	%
3—6 мес.	4	10,8	12	32,4
6—9 мес.	4	10,8	5	13,5
9—12 мес.	2	5,4	5	13,5
12—18 мес.	—	—	5	13,5
2—2,5 года	1	2,7	3	8,1
3 года и более	8	21,6	3	8,1

Установлено интересное количественное распределение пациенток обеих групп в период воздержания от психоактивных веществ от одного до трех лет и более. В группе больных опийной наркоманией отмечались резкие колебания показателя по терапевтическим ремиссиям. Отсутствие женщин, страдающих опиатной наркоманией от одного года до полутора лет, обусловлено переходом 5,4% пациенток в группу больных с вынужденными ремиссиями. Они были осуждены за хранение и распространение наркотиков и в настоящее время находятся в местах лишения свободы.

Низкий процент женщин, страдающих наркотической зависимостью в период ремиссии от двух до двух с половиной лет, связан со смертностью обследуемых. Анализ причин смертности показал, что в 5,4% случаев имела место полиорганная недостаточность; в 2,7% — гибель в автокатастрофе в компании лиц, находившихся в состоянии опьянения. Не исключается и «неслучайный» характер смерти. В группе с диагнозом *алкоголизм* случаев смерти зафиксировано не было.

Больные наркоманией существенно отличались от больных алкоголизмом по продолжительности ремиссии от трех лет и более. Этот показатель в группе наркозависимых пациенток был выше аналогичного показателя группы больных алкоголизмом. Безусловно, полученные результаты ввиду малого количества больных можно рассматривать как предварительные, требующие дополнительных углубленных клинико-психопатологических исследований. Тем не менее, длительные катамнестические наблюдения за этим контингентом позволяют сделать вывод о достаточно высокой эффективности применения 12-шаговой программы у больных опиатной наркоманией. Об этом же свидетельствуют объективные сведения об улучшении качества жизни пациенток. У большинства из них сформировалось критическое отношение к своему заболеванию, нормализовались отношения с близкими родственниками и с коллегами по работе. Обращает на себя внимание тот факт, что родители этих восьми пациенток регулярно посещали «родительские группы», собрания АА. Известно, что созависимые

члены патологических семей существенно влияют на реабилитационный процесс в целом.

Дальнейшие наблюдения показали, что по 5,4% пациенток обеих групп систематически наблюдаются у психиатра-нарколога, психолога, психотерапевта по настоящее время. Улучшение социального статуса (стабильная работа, получение образования, нормализация семейных отношений) отмечено у 24,3% больных опийной наркоманией и у 35,1% больных, страдающих алкоголизмом. Все они до сих пор находятся в состоянии ремиссии. Ухудшение социального статуса с преобладанием проблем, связанных с незаконным оборотом наркотиков, а также безработицы, лишением родительских прав, ухудшением семейных отношений наблюдалось у 56,7% больных опийной наркоманией (21 чел.) и у 32,4% больных алкоголизмом (12 чел.). Все они продолжают употреблять психоактивные вещества.

Заключение

Таким образом, несмотря на то, что результаты настоящего исследования носят предварительный характер, тем не менее, анализ клинико-психопатологических и катамнестических данных в целом подтверждает эффективность предлагаемой модели реабилитации у больных опиатной наркоманией. Возможно, высокая терапевтическая эффективность модифицированной Миннесотской модели обусловлена уровнем реабилитационного потенциала исследуемого контингента лиц. Однако этот аспект остался за рамками исследования. Его рассмотрение предполагается в дальнейших сообщениях.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Иванец Н.Н., Кравченко С.Л. Женский алкоголизм: клинические аспекты. — М.: Гениус, 2006. — 216 с.
2. Батищев В.В. Программа «12 шагов» и ее место в лечебно-реабилитационном процессе в стационаре для больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002. — 24 с.

3. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. — 34 с.
4. Василевская А.Д. Об особенностях профилактики рецидивов хронического алкоголизма у женщин // Комплексные социально-гигиенические и клиничко-социальные исследования (аспекты алкоголизма). — М., 1981. — С. 137—141.
5. Гавенко В.А., Самардакова Г.А., Кожина А.М., Коростий В.И., Демина О.О. Наркология: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 288 с.
6. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.А. Терапевтическое сообщество в системе реабилитации наркологических больных. Пособие для врачей. — СПб.: Машинопись. — С. 27.
7. Дифференцированные подходы к терапии опиатной зависимости: профилактика рецидивов: Пособие для врачей. — М., 2004. — 23 с.
8. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. — М., 2001.
9. Дудко Т.Н., Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Организационно-правовые и врачебно-этические принципы реабилитации наркологических больных: Пособие для врачей. — М., 2004. — 52 с.
10. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях стационара: Методические рекомендации. — М., 2006. — 74 с.
11. Зеневич Г.В. Клиничко-биологические и социально-психологические предпосылки рецидивов алкоголизма // Труды ЛНИПИ. — Л., МЗ РСФСР, ЛПИ, 1977. — С. 54—60.
12. Иванец Н.Н. Научные и организационные основы реабилитации в наркологии // Сб. 1-й Московской научно-практической конференции по вопросам реабилитации и психотерапии в наркологии. — М., 2002. — С. 5.
13. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
14. Игонин А.А. Общество Анонимных Алкоголиков и перспективы его деятельности в России (обзорное сообщение) // Наркология. — 2007. — №11. — С. 54-58.
15. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1993. — 24 с.
16. Киткина Т.А. Особенности терапевтических ремиссий у больных опийной наркоманией // Материалы международной конференции «Современные достижения наркологии». — М., 2005. — С. 60.
17. «О наркологических реабилитационных центрах». Приказ от 18.03.97 г. №76
18. Орлов А.М., Казаченко Е.О. Опыт психокоррекции в рамках программы «12 Шагов» / Социальные, правовые и медицинские последствия алкоголизма и наркоманий: Сб. материалов областной научно-практической межведомственной конференции «Проблемы алкоголизации и наркотизации населения Читинской области». — Чита: Поиск, 2001. — С. 193—196.
19. Портнов А.А. Современные проблемы в клинике алкоголизма // Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации больных алкоголизмом. — 1979. — С. 5—8.
20. Рохлина М.А., Козлов А.А. Наркомания. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
21. Стрельчук И.В. Об основных направлениях лечения больных хроническим алкоголизмом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — 1973. — Т. 2. — С. 3—8.
22. Удинцева-Попова Н.В. О клинике и рецидивах алкоголизма у женщин // Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. Мат. Всесоюзного совещания. — М., 1970. — С. 83—87.
23. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. — 560 с.
24. Cook C.H. The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part 1. The philosophy and the programmer // British Journal of Addiction. — 1988. — Vol. 83. — P. 625—634.
25. Glatt M.M. // Lancet. — 1969. — Vol. 22. — I. — №7595. — P. 627—630.
26. Marche L.V. // Trate pratique des malades ment. — Paris, 1962.
27. Rossi J.J. // Brit. J. Psych. — 1967. — Vol. 113. — P. 367—375.
28. Vaillant G.E. et al. // Arch. gen. Psych. — 1982. — Vol. 37. — P. 39—47.

COMARATIVE ANALYSIS OF "12-STEPS" REHABILITATION MODEL EFFICASY AMONG OPIATE AND ALCOHOL USERS

VESHNEVA S.A.

psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary

OVDIENKO V.B.

psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary

BISALIEV R.V.

cand.med.sci., deputy of the leader, drug centre of the Astrakhan State Medical Academy

The article deals with the valuation efficiency of «12 steps» rehabilitation model. It results in the frequency and duration remissions of addicts and alcoholics. Clinical investigation has shown the efficiency of applied rehabilitation model.