

Основы организации наркологической помощи

БРЮН Е.А.

главный специалист-нарколог Минздравсоцразвития России,
директор Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения города Москвы

Предложена схема организации наркологической помощи и принципы повышения ее эффективности. Первый принцип заключается в динамическом группировании контингентов потребителей психоактивных веществ с учетом наличия или отсутствия у них мотивации на лечение для применения дифференцированной системы социального прессинга и привлечения их в лечебные программы. Вторым принципом подразумевается технологическую организацию последовательных этапов профилактического-лечебного-реабилитационного процесса, включающего в себя не только работу с потребителями психоактивных веществ, но и работу с семьями, коллективами. Третий принцип предполагает необходимость системного программно-целевого подхода в организации работы наркологических учреждений
Ключевые слова: профилактика, лечение, реабилитация, психоактивные вещества, организация наркологической помощи

Современная отечественная наркология в течение последних более чем 20 лет сталкивается с проблемой поиска определенности: выработка основной (или хотя бы рабочей) парадигмы феномена зависимого поведения как в научном понимании, так и в практическом применении имеющихся знаний для построения организационной модели наркологической службы в качестве самостоятельной отрасли здравоохранения, что могло бы быть зафиксировано в законодательных и нормативных актах.

Так, исторически сложилось, что в отечественной наркологии в отношении больных наркологического профиля решались в основном медико-биологические задачи, а в "западной" наркологии — преимущественно социально-реабилитационные. Оба направления до настоящего времени остаются недостаточно эффективными. Фрагментарность лечения, решение только медицинских задач или решение только социальных или психологических проблем, как правило, значительно снижают общую эффективность.

Анализ различных подходов и программ в наркологии показывает, что эффективность лечения, определяемая процентом годовых ремиссий и процентом больных, остающихся в лечебной программе в течение года, зависит не только от качества лечебной программы, но в большой (может быть в большей) степени от правильной организации лечебного процесса. При обязательном разнообразии лечебных подходов эффективной, на наш взгляд, может считаться только полная технологическая система организации лечебно-реабилитационного процесса, дающая не менее 30—40% годовых ремиссий при добровольном обращении без специального отбора. Для сравнения, в настоящее время эффективность наркологической помощи по различным категориям больных колеблется от 10 до 20%.

В области профилактики зависимого поведения основным направлением, на наш взгляд, является ра-

бота в организованных (трудовых и учебных) коллективах. Основным инструментом этой работы: социотерапевтическая интервенция, или раннее выявление потребителей психоактивных веществ и вмешательство; работа со средствами массовой информации: постоянно действующие телевизионные рубрики и обучающие программы, прежде всего, для родителей и будущих родителей.

Что же касается оценки эффективности профилактических программ, то здесь видится три основных показателя:

- количество населения, участвующего в профилактических программах;
- уменьшение количества психоактивных веществ на рынке;
- снижение табачной, алкогольной и наркотической нагрузки на население, или, другими словами, снижение потребления населением психоактивных веществ, которое может быть рассчитано для различных половозрастных групп населения, в том числе в когорте больных наркологическими заболеваниями, что, кстати, также будет отражать эффективность тех или иных лечебно-реабилитационных программ.

На основе этих представлений Департамент здравоохранения города Москвы разработал и утвердил "Стандарты организации наркологической помощи", которые являются базой для выработки стратегии и тактики профилактической и лечебно-реабилитационной работы, согласованной с Международной классификацией болезней МКБ-10, последними исследованиями в области наркологии, психиатрии и психологии.

При разработке стандартов учитывался отечественный и зарубежный практический опыт работы с зависимыми больными. В настоящее время делается попытка экстраполировать опыт наркологической службы Москвы на работу наркологической службы Минздравсоцразвития России.

Проблемы потребления человеком психоактивных веществ, злоупотребление психоактивными веществами и как завершение формирования на этой основе болезней зависимости мы относим к классу антропологических проблем (наши работы предыдущих лет). В целях приближения к пониманию закономерностей формирования заболеваний наркологического профиля и выработки определенной парадигмы мы вводим следующее определение болезней зависимости.

Заболевания, связанные с зависимостью, представляют собой единый болезненный процесс (нозос), имеющим различные клинические формы — химические зависимости (алкоголизм, наркомании, токсикомании), пищевые зависимости, гэмблинг и другие формы зависимого поведения, — и феноменологически проявляющимися расстройствами влечений. В основе патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью, лежат: биологические факторы — психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания); психологическая дисгармония; социокультурное и этническое рассогласование; а также искаженная информационная среда. Таким образом, современная наркология признает полиэтиологичность или био-психо-социо-культурную природу заболеваний, связанных с зависимостью. Мы полагаем, что наркологическое заболевание реализуется в связи с накоплением факторов риска: от генетических до приобщения к той или иной субкультуре, которая предполагает употребление психоактивных веществ.

В связи с этим в организацию оказания наркологической помощи входят не только решение медицинских задач, но, прежде всего, организация системного подхода, учитывающего как медицинские, так и психологические, социокультурные и информационные аспекты лечения и коррекции индивидуального психического дизонтогенеза у больных наркологического профиля.

Одновременно с этим необходимо учитывать, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса (нозоса) остается сумма предрасполагающих факторов, т.е. сохраняется патологическое состояние (патос), что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения, с одной стороны, и длительной психологической и социокультурной реабилитации, с другой.

В организации наркологической помощи населению мы выделяем три основных аспекта, которые определяют вектор развития и совершенствования наркологической службы и повышение ее эффективности:

1. Принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребителей психоактивных веществ;

2. Принцип технологически выстроенной организации профилактики употребления психоактивных веществ и непосредственно лечебно-реабилитационного процесса больных наркологического профиля;

3. Программно-целевой подход в организации работы наркологических учреждений.

Принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребителей психоактивных веществ.

Мы исходим из простой и очевидной, почти банальной, мысли, что медицинская помощь конкретному больному должна быть максимально индивидуализирована, а при организации медицинской помощи контингентам больных должен использоваться принцип группировки по однотипности проведения лечебных мероприятий.

В здравоохранении, как правило, принято делить контингенты больных по заболеваниям и остроте процесса. Данный принцип, успешно используемый в соматологии, неврологии и даже в психиатрии, в наркологии себя не вполне оправдывает.

Это объясняется тем, что основным значимым прогностическим фактором формирования ремиссии являются установка больного на отказ употребления психоактивных веществ и сотрудничество в рамках лечебно-реабилитационной программы. Однако закономерности динамики установок у наркологических больных таковы, что при взаимодействии больных с положительными установками на выздоровление и больных, не имеющих таковых, установка на отказ от интоксикантов разрушается (за счет индуцирования патологического влечения, стереотипов поведения, идей наркотической субкультуры) и больные возвращаются в патологический круг зависимого поведения.

В настоящее время не существует принципиальной возможности оценить степень выраженности установки больного на отказ от психоактивных веществ. В связи с этим, важнейшей задачей организации наркологической помощи является разделение больных с установками на лечение и больных, у которых такая установка еще не сформировалась, т.е. основная цель группировки — устранение эффекта влияния потребителей психоактивных веществ на выздоравливающих.

Для преодоления этой проблемы предложена организационная система социального прессинга и динамической группировки контингентов, которая разделяла бы группы наркологических больных по величине необходимых усилий для привлечения их в лечебные программы.

Для группы больных с достаточно сформированной установкой на отказ от психоактивных веществ и сотрудничающих с лечебной программой предусматриваются такие организационные формы лечебных программ, которые учитывают анонимность, или конфиденциальность, добровольность, нестеснение и другие, щадящие социальный статус больных, принципы. Из форм социального прессинга здесь бывает достаточно правильно организованной антинаркотической пропаганды и информирования больных о соответствующих лечебных программах.

Для больных, которые не удерживаются в данной лечебной системе и продолжают употребление психоактивных веществ, предусматриваются более жестко регламентированные отношения "потребитель—общество" и более жесткие формы организации лечебного процесса: диспансерное наблюдение, недобровольная госпитализация в соответствии со ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и т.д.

При сочетании употребления психоактивных веществ и криминальной активности (как правило, это больные с грубыми психическими расстройствами и расстройствами поведения) необходима, наряду с недобровольным лечением, организация принудительного лечения и организация лечебных программ в условиях изоляции, в том числе совместно с правоохранительными органами (в настоящее время в соответствии со ст.ст. 73 и 79 Уголовного кодекса РФ предусмотрено "обязательное лечение", однако суды редко применяют данные нормы законодательства).

Система предполагает, что каждый больной в каждый момент времени должен делать выбор: на какой основе строить свои взаимоотношения с обществом и лечебными программами. При достаточной информированности о возможных вариантах это само по себе является фактором, облегчающим больному выбор установки на отказ от приема психоактивных веществ.

Организация социального прессинга и динамической группировки наркологических больных дает возможность оказывать медицинскую, психологическую и социальную помощь без социального ущемления, на раннем этапе максимальному числу больных, а также рационально распределять материальные ресурсы и медицинские (психологические, социальные) кадры с максимальными вложениями на начальных этапах лечебного процесса. Мировой опыт показывает, что популяризация лечебных программ значительно облегчает выявление больных и, прежде всего, самовыявление.

Организация социального прессинга на наркотическую популяцию, включающая работу с организованными коллективами, с семьей по выявлению

проблемных лиц, медицинское и медикопсихологическое просвещение населения являются ключевым звеном профилактики потребления наркотиков и снижения спроса на наркотики. Главным вектором этой работы являются внедрение программ профилактики в организованных коллективах (трудовых, учебных, военных), а также организация постоянно действующих рубрик в средствах массовой информации.

Программно-целевой подход в организации наркологической помощи и технология организации профилактического-лечебного-реабилитационного процесса.

Понятно, что в организации непосредственно профилактики употребления психоактивных веществ и лечебно-реабилитационного процесса в наркологии необходимо придерживаться следующих принципов: этапность и очередность проведения мероприятий, длительность, непрерывность и комплексное воздействие.

В рамках развития организационных основ лечебно-реабилитационного процесса предложена единая технологически взаимосвязанная последовательность мероприятий (программ), имеющих своей целью восстановление психического и физического состояния больных наркологического профиля, повышение качества жизни и снижение спроса на психоактивные вещества. Данная технология включает 8 этапов работы по профилактике, лечению и реабилитации наркологических заболеваний:

1. Первичная профилактика: работа с семьей (генетическое консультирование, подготовка матерей к беременности и родам, внедрение обучающих программ для родителей по воспитанию детей), работа в организованных трудовых и учебных коллективах. Взаимодействие с заинтересованными ведомствами и со средствами массовой информации;

2. Вторичная профилактика (выявление групп риска и работа с группами риска (социотерапевтическая интервенция или раннее выявление и вмешательство), контингентами комиссий по делам несовершеннолетних, безнадзорными детьми и подростками, а также лицами с расстройствами поведения). Взаимодействие с семьей, с заинтересованными организациями, ведомствами и профсоюзными организациями;

3. Лечебная интервенция: первичное консультирование больных, их родственников, мотивирование больного на включение в лечебно-реабилитационную программу;

4. Детоксикация: лечение абстинентного синдрома, соматических, неврологических и острых психопатологических расстройств;

5. Лечение синдрома патологического влечения, аффективных и других расстройств, как преморбидных, так и связанных с хроническим употреблением психоактивных веществ;

6. Психотерапия и коррекция личностных расстройств;

7. Реабилитация и противорецидивные мероприятия: медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды. Взаимодействие с семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами, общественными организациями и самодеятельными движениями;

8. Организация лечебной субкультуры выздоравливающих как антитезы наркотической или алкогольной субкультуры.

Каждый этап лечебно-реабилитационного процесса предполагает организацию ряда структурных подразделений для дифференцированного решения задач, а также обеспечения последовательности и преемственности работы, в которых реализуются конкретные программы по профилактике, лечению и реабилитации наркологических заболеваний.

Наиболее сильными и проработанными в отечественной наркологии являются четвертый и пятый этапы, характеризующие медико-биологические подходы в наркологии и психиатрии. В этом есть существенный приоритет отечественной наркологии.

В то же время, имеется серьезный дефицит психотерапевтических, коррекционных, обучающих и реабилитационных программ (шестой и седьмой этапы).

Трудности организации психотерапии в наркологии состоят в том, что до настоящего времени отсутствует единая общепринятая концепция личности. Этим во многом обусловлен эклектический подход в психотерапии наркологических больных. Не оправданно часто используются манипулятивные методы психотерапии в ущерб развивающим методикам. Организация психотерапии должна быть направлена, прежде всего, на решение конкретных задач больного, развитие и реконструкцию личности, восстановление смыслообразова-

ния и формирование социально приемлемых стандартов поведения.

В Российской Федерации до настоящего времени не выстроено реабилитационное звено в наркологии. В соответствии с экспертным расчетом потребность в реабилитационных койках составляет 10—15% от числа больных, зарегистрированных в наркологической службе, однако реальная обеспеченность реабилитационными койками составляет не более 10% от потребности.

В настоящее время к внедрению рекомендованы следующие программы реабилитации: "Программа 12 шагов", а также программы групп самопомощи: "АА", "АН", "Ал-Анон", "Нар-Анон", "Ал-Атин", "Ал-Атон", целью которых является организация лечебной субкультуры, психотерапевтической среды, обеспечивающих мобилизацию внутренних ресурсов личности больных и повышающих их адаптивные возможности.

Таким образом, внедрение системного подхода в лечебно-профилактической работе является принципиальной особенностью современной организации наркологической помощи населению.

В то же время, мы понимаем, что предложенные в статье принципы организации наркологической помощи — скорее перспективный план, чем реальностью сегодняшнего дня, хотя элементы описанной системы уже существуют в Москве, в Татарстане, Краснодарском крае, Оренбургской и Кемеровской областях и в некоторых других субъектах Федерации, и это значит, что общий вектор развития отечественной наркологии направлен в сторону создания осмысленной организационной формы профилактики наркологических заболеваний, наркологической помощи и, в целом, наркологической службы страны.

BASIS OF THE ANTI-DRUG CARE ORGANIZATION

BRUN E.A.