

реабилитационной деятельности при оказании наркологической помощи, целью которой является приобщение личности больного к высшим духовно-нравственным идеалам». Таким образом, обнаруживается антинаркологическая парадигма деятельности не только общественных деятелей, но и специалистов наркологов с отрицанием того факта, что наркологические заболевания являются болезнями и упором на то, что злоупотребление ПАВ признается духовно-нравственной проблемой человека.

По мнению игумена Мефодия (Кондратьева) (2010), «церковная реабилитация есть сотрудничество Богу в спасении попавших в зависимость от ПАВ людей через приобщение их к внутрицерковной жизни, в которой, при органичном включении реабилитационного процесса в жизнь церковных общин, соединяется перемна их мировоззрения и максимально возможное участие в Евхаристической жизни, следствием чего является, в частности, достижение устойчивой ремиссии и ценностно-ориентированное участие в жизни общества».

Следует заметить, что представители разных конфессий указывают на приоритетность и эффективность собственных подходов, нередко отвергая или резко критикуя иные религиозные практики. Так, представители РИЦ часто выступают против реабилитационных программ, исходящих из иных даже христианских церквей. Особенно острая полемика, ведущаяся порой откровенно некорректно по отношению к оппонентам, допускающая искажение фактов и во многом базирующаяся на поверхностном понимании, развернулась вокруг церковного взгляда на программу 12 шагов. «Программа 12 шагов не является церковной программой в православном понимании - пишет игумен Мефодий, - уже хотя бы потому, что в ней нет таинств, нет священника не только как тайносовершителя, но даже в качестве пастыря и духовника».

Всё вышперечисленное указывает на то, что в условиях современной России совершается попытка произвести замену реабилитационного процесса наркологических больных как медико-психосоциального процесса, базирующегося на научных знаниях и практиках, на церковную реабилитацию при сохранении научного гермина «реабилитация» и следовательно его дискредитацию.

Считается, что реабилитация в медицине используется в случаях необходимости *послеулучшного процесса* восстановления или компенсации отрицательной жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. При этом предполагается, что основная симптоматика к началу реабилитации должна быть купирована. Различают реабилитацию при острых и хронических заболеваниях. К примеру, реабилитация после нарушения мозгового кровообращения, травм или после инфаркта миокарда отличается от реабилитации онкологически и психически больных как по целям,

задачам, так и по принципам. В ракурсе реабилитации наркозависимых затруднительно определить когда начинается (и начинается ли) послеулучшный этап, поскольку основным научно-обоснованным методом считается длительная (часто многолетняя) поддерживающая терапия (С.В.Дворяк, 2009). Эта практика сопоставима с лечением других хронических заболеваний -- сахарного диабета, бронхиальной астмы, шизофрении, эпилепсии и др.

Для построения адекватной модели реабилитации наркозависимых, в первую очередь, необходимо однозначно принять научную позицию о том, что наркомания является хроническим рецидивирующим заболеванием подобным другим хроническим болезням человека. Данный факт в мировой наркологии является неоспоримым и отраженным в международных классификациях болезней. Если же исходить из действующих в Российской Федерации стандартов лечения (протоколов ведения наркологических больных) и реабилитации, то можно констатировать, что *отечественная наркология на практике не признает наркоманию хроническим заболеванием*. Данное положение подтверждается также фактом существования единственного критерия оценки результативности лечебно-реабилитационного процесса -- показателя годовой ремиссии, что можно считать нонсенсом.

Таким образом, внедрение эффективной и современной системы реабилитации наркозависимых в России требует формирования новой стратегии и формулирования новых принципов, основанных на признании наркомании хроническим заболеванием и реалистичном анализе целей медико-психологической помощи.

МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ МАРШРУТИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ МОТИВАЦИИ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ И РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ

Карпец А.В.¹, Чернышова О.В.², Дмитриева Е.В.³, Фролов С.А.³, Орлова М.О.³

¹ОГ СУЗ «Областная наркологическая больница», Калининград, Россия¹
²ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер»; АПО «Бюро по проблемам наркомании», Оренбург, Россия²
³Фонд «Содействия национальным проектам в области общественного здравоохранения «Здоровье и Развитие», Москва, Россия³

Распространенность и социальная значимость зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ-инфекции, вкпе с высокими экономическими затратами на их лечение, обуславливают актуальность разработки новаторских форм поддержания приверженности к медико-социальным программам, обеспечивающим адаптивное качество жизни при данных синдромах. Стойкая ремиссия у наркологических пациентов формируется на основе системного подхода, учитывающего все нюансы и потребности личности клиента не только в

медицинской, но и в психологической, социальной и правовой сферах функционирования. Однако часто пациенты детоксикационных отделений наркологических стационаров не имеют достаточных личностных ресурсов для продолжительной терапии. Например, только у 30,6% мужчин, зависимых от алкоголя и проходящих лечение, выявлен позитивный уровень мотивации (Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И., 2010). В наркологические стационары, как правило, попадают пациенты с более высоким индексом тяжести зависимости, которые не могут выздороветь самостоятельно или в амбулаторных условиях. Анализ эффективности лечения наркозависимых (F11.2) показал, что после выписки из отделения неотложной помощи, всего 10% пациентов обратились в интенсивную реабилитационную программу (Карпец А.В., Пихиденко С.В., Алексеева А.И., 2009). Таким образом, важная задача – составление «оптимального терапевтического маршрута» для пациентов, получивших неотложную помощь, но имеющих различный уровень мотивации (по В.М. Ялтонскому: позитивный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый, негативный) к отдельным формам и методам лечения, восстановления и реабилитации. Возрастает роль разработки новых технологий и поиска дифференцированных программ индивидуального ведения случая с акцентом на вовлечение и удержание в терапии, прежде всего «трудных» и «неустойчивых» пациентов.

Особую группу составляют пациенты, которые нуждаются одновременно в лечении обострений синдрома химической зависимости и ряда других социально-значимых заболеваний (ВИЧ-инфекция, туберкулез, гепатит, инфекции половой сферы и др.). Привлекательность медицинской услуги часто определяется вопросами специфики организации помощи в зависимости от возраста и пола.

Высказанное легло в основу попытки построить модель комплексного медико-социального сопровождения наркологических пациентов, имеющих риск ВИЧ-инфицирования, посредством этапной реализации пилотного проекта, который реализован в Оренбургской области в период с марта 2007г. по март 2010г. в сотрудничестве с Фондом «Здоровье и Развитие» (Москва). Стратегической целью проекта являлось создание работающей модели повышения качества здоровья и социальной адаптации потребителей психоактивных веществ, их родственников, наркозависимых женщин и ВИЧ+ женщин с детьми, включая схему профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей алкоголя и наркотиков.

Краткосрочные задачи проекта были следующие: увеличение информированности о путях передачи и профилактики ВИЧ среди потребителей психоактивных веществ;

повышение обращаемости в центр СПИД по вопросам тестирования на ВИЧ и назначения антиретровирусной терапии; достижение позитивных поведенческих изменений пациентов в отношении своего здоровья и риска заражения ВИЧ; повышение доступности и привлекательности медико-социальных услуг.

Долгосрочными задачами проекта являлись снижение новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения с поведенческим риском ВИЧ-инфицирования и формирование устойчивой системы оперативных направлений групп риска и ВИЧ-инфицированных лиц, потребляющих психоактивные вещества, в центр СПИД.

Отдельной задачей проекта выделялась организация дружественного медико-социального сервиса для наркозависимых женщин и ВИЧ-положительных женщин, употребляющих психоактивные вещества и имеющих детей.

Целевая группа проекта – лица, зависимые от психоактивных веществ, поступивших на стационарное лечение (F1x.2 по МКБ-10, где x – психоактивное вещество). Особый акцент в проекте был сделан на женщинах, страдающих химической зависимостью.

В работе использован экспериментальный проектный метод. Мероприятия осуществлялись в несколько последовательных этапов: 1 – оценка текущей ситуации и анализ потребностей целевой группы; 2 – этап формирования и обучения мультидисциплинарной команды специалистов проекта; 3 – построение экспериментальной модели организаций-участников проекта; 4 – тестирование модели медико-социального сопровождения на практике; 5 – оценка эффективности проекта.

В завершающей фазе (2009-2010 гг.) было проведено изучение результативности проекта. Для этого были разработаны формы отчетности и мониторинговые индикаторы. На основании ежемесячных отчетных форм, таблиц и количественных индикаторов был проведен анализ объемов выполненных работ, выявлены проблемы и предложены варианты их решения. Кроме того, проведены стандартные очные интервью 584 пациентов с алкогольной зависимостью и 136 пациентов с наркотической зависимостью. Интервью, разработанное в проекте, проводилось врачом психиатром-наркологом. Последующее состояние пациентов оценивалось анонимно, посредством телефонного опроса лиц, выписанных из стационара, через один, три и шесть месяцев после включения в проект.

Системной проектной деятельностью было охвачено 737 пациентов наркологических стационаров, в том числе 228 женщин. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц с алкогольной зависимостью составила 10% (11,5% у мужчин и 9,3% у женщин), среди лиц с зависимостью от наркотиков – 15% среди мужчин и 24% среди женщин.

Была апробирована технология медико-социального сопровождения индивидуального случая - «кейс-менеджмент» (Дёмина М.В., 2009). Метод заключается в том, что специалистом по сопровождению, специально выделенному в штате, выстраивается схема маршрутизации конкретного пациента в рамках разнообразных сервисов (Карпел А.В., 2009). Менеджер медико-социального сопровождения, на основе постоянной обратной связи с клиентом, координирует мультидисциплинарную команду (бригаду) специалистов, оказывающую услуги, исходя из потребностей отдельного пациента.

Бригада проекта была представлена следующим штатом сотрудников: координатором проекта – менеджером по медико-социальному сопровождению, консультантом центра СПИД, психологами для работы со взрослыми и детьми, ведущим психологом «буферных групп», педагогом для развития детей, специалистом по мониторингу, врачом психиатром-наркологом по проблемам со-зависимости, врачом-инфекционистом, равным консультантом, социальным работником и группой доверенных врачей, которые работали в проекте в рамках своих функциональных обязанностей. Руководством проекта уделялось отдельное внимание созданию не просто формального «бригадного метода», а творческой команды единомышленников.

Ключевую и связующую роль в маршрутизации пациента играл менеджер медико-социального сопровождения. Он распределял и направлял потоки пациентов, собирал обратную связь о предоставленных услугах, активно выходил на пациентов посредством телефонной связи. Менеджер хорошо знал всех членов бригады специалистов, их функциональные возможности и должностные обязанности. Кроме того, в задачи менеджера входила координация взаимодействия между учреждениями, работающими с целевой группой.

Процесс разработки маршрутов клиентов начинается уже по ходу детоксикации в стационарном отделении неотложной наркологической помощи. Приёмный покой и отделения наркологического стационара были оснащены просветительскими стендами с контактной информацией о различных видах помощи. Пациенты получали печатные материалы о вариантах дальнейшего взаимодействия (буклеты, тематическую газету), активно собирались в группы для обсуждения потребностей, проходили до- и после тестовое консультирование на ВИЧ, встречались с доверенным врачом-инфекционистом областного центра СПИД. В дальнейшем этот же доктор встречал пациентов в СПИД-центре, повышая тем самым приверженность к терапии.

Пациенты, имевшие стойкую позитивную мотивацию на лечение, после детоксикации могли получить достаточно широкий спектр медицинских и социальных услуг. В этой группе основную роль играли подробное информирование и контроль качества предоставляемых на маршруте услуг. Обратная связь с клиентами показала, что в течение сопровождения мотивация могла значительно снижаться, что требовало системного анализа, своевременного вмешательства и коррекции терапевтического маршрута.

Обнаружено, что наибольшие «потери» пациентов в программах сопровождения были на этапе завершения неотложной медицинской помощи или направления в другие подразделения (учреждения). Имеющийся в этот момент объективный «организационный и психологический вакуум» вокруг пациента приводил к повышению субъективного уровня тревоги и страха, как следствие, наступали кризис привлекательности услуги и отказные реакции. Поэтому были разработаны специальные мероприятия, повышающие приверженность к терапии в эти периоды. Перед принятием решения о дальнейшем маршруте, пациенты приглашались на заседания так называемой «буферной группы». Буферные группы – это психотерапевтические открытые группы, куда приглашали пациентов, не отвергающих возможность дальнейшего лечения и реабилитации. Основная цель занятий в буферной группе – развить интерес к продолжению участия в терапии, сделать последующее пребывание в программе сопровождения привлекательным, повысить уровень внутренней мотивации пациента на дальнейшую помощь.

Уже на детоксикационном этапе, к работе подключались родственники пациентов, которые приглашались в вечернее время на так называемые «родительские встречи» с врачом психиатром-наркологом.

Те пациенты, которые отказывались от продолжения лечения в связи с негативной мотивацией, также нуждались в диспансеризации и разработке индивидуального маршрута. Было установлено, что среди этой группы пациентов, активно отвергающих предложение о дальнейшей медико-социальной помощи, были востребованы нарамедицинские услуги: психологическое и семейное консультирование, социальная и правовая помощь. Таким образом, немедицинские потребности пациентов могут использоваться в мотивационной психотерапии в качестве «мостика» между негативным отношением и приверженностью к лечению.

Повышение привлекательности комплексной помощи женщинам осуществлялось посредством проведения «женских» групп, ведущими которых были клинические психологи и равный консультант (женщина, имеющая многолетний опыт трезвости и живущая с ВИЧ).

Групповая динамика и содержание работы здесь отличались от смешанных по полу или буферных групп. Поведение женщин на такой группе было более целенаправленное, так как они чувствовали себя защищенными и открытыми, быстрее продвигались к позитивным изменениям. На базе детско-подросткового отделения была открыта оборудованная «детская комната», где можно оставить ребёнка с подготовленным персоналом. Женщина, определив ребёнка в детскую комнату, имела возможность посетить нужного специалиста, получить процедуры или решить свои бытовые вопросы. Важным элементом сопровождения женщины стало установление преемственной связи с психотерапевтом центра СПИД, а также группами личностного роста и взаимопомощи лиц, живущих с ВИЧ. Эти индивидуальные консультации, супервизии и заседания «равных» групп проводились в офисах некоммерческих организаций.

На телефонный мониторинг после детоксикации согласились только половина пациентов-мужчин, страдающих как алкогольной, так и наркотической зависимостью. Более охотно соглашались на телефонное интервью женщины – 65% от всех клиенток с алкогольной зависимостью и 68% - с наркотической. Наиболее высокие показатели приверженности к телефонному интервью обнаружались в первый и третий месяц после выписки у наркозависимых женщин – 59 и 47% соответственно (от числа согласившихся на интервью).

Основное достижение реализованного проекта – создание партнёрской модели, которая обеспечивает новый уровень удержания наркологических пациентов в системе помощи и преемственности между учреждениями, оказывающими помощь при ВИЧ-инфекции. Предложенная модель маршрутизации позволяет провести чёткое разделение функций и полномочий между разными сервисами. Синергетический эффект обеспечивается реализацией проектного подхода и наличием согласованного межсекторного плана работы, финансирования, структуры управления, обучения.

ОЦЕНКА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Карпец А.В.¹, Должанская Н.А.², Пхиденко С.В.³, Чернышова О.В.⁴, Шагеева В.Д.⁴

¹ Автономная некоммерческая организация «Бюро по проблемам наркомании», г. Оренбург;

² ФБГУ Национальный научный центр наркологии МЗ и СР РФ, г. Москва;

³ Представительство Управления ООН по наркотикам и преступности в Российской Федерации, г. Москва;

⁴ ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», г. Оренбург;

С момента начала регистрации ВИЧ-инфекции на 01.03.2011 по предварительным данным персонифицированного учета в России зарегистрировано 592 110 ВИЧ-инфицированных. Среди лиц с известными причинами заражения, впервые выявленных в 2010 году, 59,2% инфицированы ВИЧ при употреблении наркотиков (в 2009 - 61,3%). В 2009 году в РФ официально зарегистрированы 386 тыс. человек, которые употребляли наркотики инъекционным способом (0,3% населения страны). Среди последних ВИЧ-инфекцией было заражено 50 994 человек или 13,2% (Киржанова В.В., Сидорюк О.В., 2010). Существуют данные, что при увеличении числа зарегистрированных больных наркоманией на 10%, число лиц с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией, через год увеличивалось на 31,6% (Киржанова В.В., 2010). Есть научные доказательства, что ВИЧ активно распространялся от популяции потребителей наркотиков основному населению. Например, среди 631 потребителя наркотиков, изученных в г. Санкт-Петербурге в 2005-2008 гг., распространённость ВИЧ-инфекции составила 44% и большинство из обследованных - 84%, из них сообщили о сексуальной активности в последние 6 месяцев, а половина из них - 50% не использовали презерватив при последнем половом акте (Grau LE, 2011; Nicolai LM, Shcherbakova IS, Tousova OV, Kozlov AP, Heimer R., 2009).

Передача ВИЧ-инфекции в среде наркопотребителей сопряжена с характерными паттернами их рискованного поведения, однако нет достаточных научных данных о роли и частоте встречаемости различных (варианты парентерального: половой, вертикальный) факторов риска. В связи с тем, что ВИЧ-инфекция до сих пор концентрируется среди потребителей инъекционных наркотиков, в настоящей работе предпринята попытка идентифицировать индивидуальные и межличностные особенности рискованного поведения. В этом исследовании мы актуализировали три постановочных вопроса: (1) Каковы факторы