ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И КОМОРБИДНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Зуйкова Н.Л., Спасский М.Е., Чернов Н. В., Карпенко О.А., Савельев Д.В.

Российский университет дружбы народов, г. Москва;
ПБ №3 им. В.А. Гиляровского, г. Москва

Проблема коморбидности психических заболеваний и болезней зависимости в настоящее время особо актуальна в связи с масштабами сочетанной патологии: почти 50% пациентов с шизофренией имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ. Наибольшее распространение получило сочетание шизофрении и алкогольной и/или каннабиноидной зависимости (приблизительно в три раза чаще, чем в общей популяции). Сочетание алкоголизма и шизофрении имеет историческое название – Гретеровская шизофрения. Нередко данных пациентов называют «микстами» по аналогии с существующими в диспансерах документально оформляемыми группами «микстов».

Многие исследователи проблемы отмечают, что пациенты с «двойным диагнозом» склонны к неблагоприятным исходам по сравнению с пациентами больными только шизофренией. Значимость темы дополняется доказанным высоким риском соматического неблагополучия у таких больных, игнорированием этого факта и на обывательском, и на профессиональном уровне, что получило определение феномена «двойного пренебрежения». Характерны социальная проблемность и негативные явления в обществе, связанные с данной категорией населения по причине их склонности общественно опасным действиям, суицидам, конфликтам с законом и близкими. Отмечается также низкая эффективность терапии подобных больных и недостаточность оказываемой наркологической помощи. Данные больные имеют большую резистентность к психофармакотерапии и низкую вовлеченность в лечебно-реабилитационный процесс (нонкомплаенс).

Цель. Внедрение и оценка эффективности модели психосоциальной реабилитации для больных шизофренией с коморбидной алкогольной и наркопатологией, включающей в себя клиническую психотерапию, ТА, психобразование на основе междисциплинарного взаимодействия и сотрудничества с родственниками и персоналом. Определить насколько данная программа, как долгосрочный лечебно-реабилитационный процесс, помогает больным достигать оптимального уровня самостоятельного функционирования в обществе и удлиняет ремиссию; удерживает

больных в рамках поведенческой нормы и лечебных программ. Также глубже исследовать клинико-психопатологические особенности данных больных, динамику психического статуса, расстройств и личностных проявлений, наблюдаемых в лечебно-реабилитационном взаимодействии и, прежде всего, в групповой психотерапии.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с диагнозом шизофрения с коморбидной алкогольной и наркологической патологией, находящиеся в программе психосоциальной реабилитации в период с декабря 2015 г. по февраль 2017 г. Всего 60 пациентов с примерно равным распределением по полу в возрастном диапазоне от 21 до 59 лет. Большинство указанных пациентов инвалиды 2-й гр. и изначально характеризовались психопатоподобным поведением и проявлениями дефекта. У большинства выявлялся низкий реабилитационный потенциал, зафиксированный в разработанных медико-реабилитационных картах. Подавляющее большинство имело неоднократный опыт суицида, конфликты с родственниками и законом. Однако проявлялась здесь и известная их личностная нестандартность, и порой природная талантливость в музыке, поэзии, живописи, компьютерах и др. Мы наблюдали уже описанный ранее коллегами-психотерапевтами своеобразный феномен, когда при глубинно-психотерапевтическом общении такие пациенты оказываются «одухотворенно-тонкими и бездонно-творческими», способными обрести хоть на время свою целостность и почувствовать себя естественными самим собой. Они выказывали также способность жить более осмысленно; намеревались применять получаемые на психотерапевтических занятиях и психообразовании знания и умения для контролирования проявления заболевания и аддиктивности, своевременно сообщать врачам об ухудшении психического состояния, не прекращать прием лекарств. Психосоциальная программа включала в себя и работу с родственниками, а также с персоналом. Родственники данных больных, находящиеся в хроническом дистрессе и созависимости, нуждаются в отдельном тщательном анализе, что намереваемся сделать в последующих публикациях. Но уже сейчас посещающие группы поддержки выказывают значимость оказываемой им психотерапевтической помощи. В работе и с больными, и с их родственниками мы применяли клинический метод ТТС по Бурно, имеющий научное доказательство эффективной терапии «микстов», трансактный анализ Э. Берна (ТА), официально признанный ассоциацией наркологов России МЗ РФ в качестве эффективного метода лечения синдрома зависимости, вошедший в «Клинические рекомендации лечения больных наркологического профиля». Также еженедельно с ними проводилось психообразование – стандартная психообразовательная программа для пси-

хотических пациентов с акцентом на злоупотреблении, как нозогенном факторе. На ряд занятий приглашался нарколог и пациенты, прошедшие наркологическое лечение и ведущие трезвый образ жизни. Как мы отмечали уже и ранее, прежде всего клиницизм с системой клинико-психотерапевтических мишеней способен построить фундамент всех основных здесь построений интеграции. Мы были свидетелями того, как больные способны были испытать светлое и целебное творческое вдохновение на занятиях терапии творческим самовыражением (ТТС по Бурно), именно поэтому мы ввели этот метод в нашу программу. Также учитывая клинико-психотерапевтическую необходимость в работе с такими пациентами, как особый эмоциональный контакт, мы создавали контакт общения, который приближался к принципам «терапии отношениями или «исцеляющих» отношений», и это ведущий терапевтический фактор из ТА и интегративного ТА Р. Эрскина. Для нас важно, что клинико-психотерапевтический принцип «особого интимного эмоционального контакта» с врачом, способным к этому (Клези Я., Консторум С.И., Бурно М.Е.) схож с существующим положением в ТА: «Потребности в отношениях – уникальные возможности межличностного контакта». Из ТА для наших целей был использован метод контрактирования, в том числе и «стоп-контракты», наиболее важные у данных суицидальносклонных больных. А введенное понятие «нормативная» и «аддиктивная» части эго-состояния пациентов помогает им лучше разобраться в существующих проблемах, а специалистам – в стратегии и тактике терапии. Также принципиальны здесь направления работы с семьей (психотерапевтические группы поддержки родственников) и с персоналом учреждения. Для сотрудников были созданы возможности проходить супервизии, посещать обучающие семинары и балинтовские группы. Это обеспечивало создание необходимой психотерапевтической среды и сохранение и развитие личностно-профессионального ресурса персонала.

Результаты. Удалось организовать междисциплинарное взаимодействие и функционирование модели психосоциальной реабилитации психически больных с коморбидной наркологической патологией, в рамках которой постоянно осуществляется работа с больными, их родственниками и персоналом. Регулярная групповая психотерапия, психообразование, индивидуальная психологическое сопровождение, начатые в ранние сроки госпитализации, продолжающиеся в амбулаторном режиме дневного стационара, способствуют преодолению анозогнозии, осознанию негативного влияния алкоголя и наркотиков на основное заболевание, здоровье и жизнь в целом; усиливается мотивация на трезвость. Одна треть пациентов добровольно стала посещать специализированные центры лечения зависимостей. Психотерапия и психообразование родственников, семинары и

балинтовские группы с персоналом позволили сформировать поддерживающую среду, сохранять пофессиональный и человеческий ресурс во взаимодействии со столь сложным контингентом больных, позволяет получать дополнительный позитивный опыт для работы и жизни. Первоначальные выводы свидетельствуют, что данная модель способствует лучшей адаптации больных после выписки из стационара, они более осознанно и чаще остаются в лечебных и реабилитационных программах, начинают лечиться у нарколога. Эффективность мероприятий в долгосрочной перспективе будет доступна по результатам повторных госпитализаций в течение года.

Выводы. Таким образом, очевидный факт, что сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требует учета ее особенностей при выборе терапевтических средств. Лечение и реабилитация данного контингента больных предполагает комплексный интегративный подход, основанный на клиницизме и сочетающий возможности различных методов и психотерапевтических направлений. Считаем, что введенные нами в реабилитационную программу ТТС, ТА и психообразование взаимодополняют друг друга и целесообразно терапевтическим мишеням сочетаются. Данные психотерапевтические и психологические мотивационные и корректирующие вмешательства могут сыграть решающую роль в предотвращении повторных госпитализаций, минимизировать «вращающуюся систему дверей» и повысить качество лечения, к критериям которого относим: уменьшение повторных госпитализаций, удлинение ремиссий и межгоспитального периода; более ранняя адаптация после выписки; снижение стигматизации и улучшение качества жизни пациентов и их близких. Персонал, участвующий в реализации данной программы, также получает возможность профилактики выгорания и большей психологической удовлетворенности трудовой деятельностью.