

ОПЫТ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Копейко Г.И.^[1], Борисова О.А.^[1], Бабуринов А.Н.^[1,2], Магай А.И.^[1,2], Казьмина Е.А.^[1]

[1] ФГБНУ НЦПЗ, отделение особых форм психической патологии, Москва, Россия

[2] МОД СКТ, Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости, Москва, Россия

Актуальность

Среди больных с эндогенными психическими заболеваниями алкогольные расстройства встречаются по разным оценкам в 10%-25% случаев (Lieberman J.A., Bowers M.B., 1990), в то время как алкогольная зависимость у больных с аффективной патологией составляет от 7 до 67% (Cornelius J.R. et al, 1998, Ойфе И.А., 1990). Исследования у больных непрерывной малопрогредиентной формой шизофрении отмечают встречаемость алкогольной зависимости в среднем у 20% больных (Гофман А.Г., 1998, Тульская Т.Ю., 2004), а у больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией - от 10% до 25% (Пивень Б.Н., 2003).

Особенности клиники коморбидных расстройств

- полиморфизм клинической картины (Гуревич Г.Л., 2015);
- наложение внешних сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям (Семке В.Я., 2014);
- худший прогноз, невысокая результативность психофармакотерапии и высокий риск суицидов, а также высокая смертность, заболеваемость инфекционными заболеваниями и отягощенность соматической патологией (Валентик Ю.В., 2000; Пятницкая И.Н., 2008);
- снижение профессиональных навыков, худший трудовой прогноз, в большей степени разрушение семьи и неблагополучие детей в них, высокий риск насильственных опасных и противоправных действий (Брюн А.Е., Савченко Л.М., 2013),
- пациенты по сравнению с больными, страдающими некоморбидными расстройствами, примерно вдвое чаще обращаются к врачам и хуже адаптированы в обществе;
- пациенты не принимают поддерживающего лечения, а под влиянием психоактивных веществ существенно и подчас непредсказуемо изменяется действие назначенных психотропных препаратов.

Реабилитация

Реабилитация больных с коморбидной патологией должна включать комбинированное использование психофармакотерапии и психосоциотерапевтических процедур (Ястребов В.С., Солохина Т.А., 2017; Hudolin V., 1994, Bierer J., 1980). Внедрение в практику новых, персонализированных форм помощи и реабилитации должно учитывать базовые личностные духовные ценности и возможность использования конфессионально-ориентированных программ помощи у больных с религиозным мировоззрением (Брюн Е.А., 2007). Наиболее успешными являются программы, созданные под эгидой традиционной для Российской Федерации Русской Православной Церкви (РПЦ) (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., 2004). В качестве реабилитационных подходов могут быть использованы:

- тренинг социальных навыков;
- поведенческая, семейная и групповая психотерапия;
- психо-образовательные программы, направленные на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности;
- арттерапия;
- терапия социальной средой по принципам терапевтического сообщества;
- конфессионально-ориентированные реабилитационные технологии.

Цель

Технология реабилитации больных с сочетанной патологией шизофренического, аффективного и алкогольного регистров с учетом их религиозного мировоззрения предназначена для осуществления своевременной диагностики, мониторинга состояния и профилактики возможных рецидивов у пациентов с различными формами коморбидных расстройств с учетом комплексного применения различных реабилитационных подходов у больных с религиозным мировоззрением.

Эффективность технологии

Материалы и методы:

Основная группа: 26 больных с алкогольной зависимостью (F10.2x1- F10.2x2 по МКБ-10), из них:

6 больных с установленными диагнозами приступообразной шизофрении и шизоаффективными психозами в катанезе (F20.04 – F20.05, F25.x по МКБ-10; 12 больных с шизотипическими расстройствами без выраженных психотических расстройств (F21.3-21.4 по МКБ-10); 8 больных с непсихотическими аффективными расстройствами эндогенной природы (F33.4, F31.7, F32.2 по МКБ-10).

Контрольная группа: 10 больных с соответствующей ОГ патологией и коморбидной алкогольной зависимостью. Средний возраст в ОГ и КГ составлял 39,2±7,5 и 35,4±6,5 лет, в ОГ было 14 мужчин и 12 женщин, в КГ – 6 мужчин и 4 женщины.

Все больные ОГ наблюдались в отделение особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ и принимали участие в реабилитационном модуле технологии. Пациенты КГ находились под медицинским наблюдением, но не были включены в реабилитационный модуль программы.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катанестический, клинико-динамический методы, шкала оценки позитивных и негативных психопатологических расстройств (PANSS), шкала смысло-жизненных ориентаций Д. А. Леонтьева, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн, шкала религиозности О.Ю. Казьминой.

Результаты:

- Становление длительной психиатрической и наркологической ремиссии как в краткосрочной, так и более отдаленный период наблюдения (ремиссия по психиатрическому заболеванию 65,4% и 16,7%, 84,6% и 34,6% пациентов по наркологическому заболеванию к концу первого и второго года наблюдения в ОГ)
- Значительное улучшение качества ремиссии – повышение профессионального статуса, улучшение семейного положения, налаживание уровня коммуникации в межличностном общении, изменение ритма церковной жизни (церковная жизнь стала более регулярной).
- Изменение тактики лечения у больных ОГ наблюдалось в два раза реже, по сравнению с больными КГ, достоверно меньшее количество госпитализаций в психиатрические и наркологические стационары, обращений за амбулаторной помощью.
- Повышение показателей общей осмысленности жизни по шкале "смысло-жизненные ориентации" (наибольший вклад внесли смысло-жизненные ориентации «процесса жизни» и «локуса контроля-жизнь») и как следствие увеличения значимости социо-духовных факторов в сохранении ремиссии.
- Формирование адекватной самооценки по шкале Дембо-Рубинштейна сопровождавшееся более зрелым пониманием особенностей своего состояния. На практике у больных ОГ позиция «лечится под давлением» сменилась «совершенно намерен прекратить употребление алкоголя».
- Трансформацию религиозного мировоззрения и гармонизация внутренней и внешней форм религиозности по шкале религиозности О.Ю. Казьминой. Изменение религиозного поведения с расширением и усложнением репертуара религиозных копингов.

Дорожная карта Технологии

А. Терапевтический модуль

Поддерживающая психофармакотерапия при соблюдении динамического наблюдения профессиональных врачей психиатров-наркологов.

Б. Реабилитационный модуль

Б-1. Элементы психосоциальной реабилитации

1. Участие больных с шизофренией в тренинге социальных навыков.
2. Работа больных с аффективной патологией по методу формирования личностной саморегуляции.
3. Регулярная системная семейная групповая психотерапия в условиях терапевтического сообщества с участием членов семей.
4. Психотерапевтическое общение с использованием методологии духовно-ориентированного диалога Т.А. Флоренской.
5. Арт-терапевтические занятия с учетом психических особенностей и творческих навыков участников технологии.
6. Психообразовательные школы для больных и родственников.

Б-2. Элементы конфессионально-ориентированной реабилитации

1. Включение пациентов в жизнь религиозной православной общины на базе православного храма, налаживание эффективного взаимодействия среди участников технологии и прихожан храма в рамках социальной сети.
2. Приобщение к традиции церковной жизни (общая молитва, исповедь причастие) под духовным руководством опытных священнослужителей, имеющих специальное образование в области психологии или психиатрии.
3. Индивидуальные беседы со священниками с обсуждением значимых вопросов духовной жизни.
4. Посещение значимых культурно-исторических мест и паломничества.
5. Участие в спортивных и творческих мероприятиях в рамках религиозной общины, подготовка и участие в религиозных праздниках.
6. Посильная помощь другим участникам технологии в рамках религиозной общины, попавшим в сложные жизненные ситуации.
7. Участие в работе реабилитационных лагерей на базе православных монастырей и приходов.
8. Участие в фестивалях и региональных встречах с участниками других реабилитационных программ конфессионально-ориентированной направленности.