

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Департамент здравоохранения города Москвы
Московский научно-практический центр наркологии
Ассоциация наркологов России

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Брюн Е.А.

Санкт-Петербург, 18 мая 2017 г.

Заболевания, связанные с зависимостью - являются единым болезненным процессом (нозос), имеющим различные клинические формы, в том числе: химические зависимости: алкоголизм, наркомании, токсикомании; пищевые зависимости, гэмблинг и другие формы зависимого поведения, и феноменологически проявляющимся расстройствами влечения. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социо-культурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды. Таким образом, современная наркология признает полиэтиологичность или био-психо-социальную природу заболеваний, связанных с зависимостью.

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 медико-психологической, медико-социальной, профессиональной, юридической, социо-культурной и пр., и пр. реабилитации при координирующей роли медицины.

Комплекс факторов риска (первичная профилактика)

1. Генетические факторы.
2. Врожденные факторы риска - патология беременности и родов.
3. Комплекс «мать - дитя».
4. Гиперкинетический синдром с дефицитом внимания, внутричерепная гипертензия, обнаруживаемые у детей в возрасте 2-6 лет.
5. Факторы риска, связанные с психологическим климатом в семье: гипоопека, гиперопека.

Комплекс факторов риска (первичная профилактика, продолжение)

6. Информационная среда, как фактор риска.
7. Пубертатный криз (раннее стремительное половое созревание).
8. Психологические проблемы в подростковом возрасте.
9. Проблемы социализации в референтной группе.
10. Приобщение к наркотической субкультуре.

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

- Принцип динамической группировки контингентов и система социального прессинга на потребителей психоактивных веществ.
- Принцип технологически выстроенной организации профилактики употребления психоактивных веществ и непосредственно лечебно-реабилитационного процесса больных наркологического профиля.
- Программно-целевой подход в организации работы наркологических учреждений.

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

Понятно, 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 принято делить контингенты больных по заболеваниям и остроте процесса. Данный принцип, использующийся в здравоохранении, в наркологии себя не вполне оправдывает.

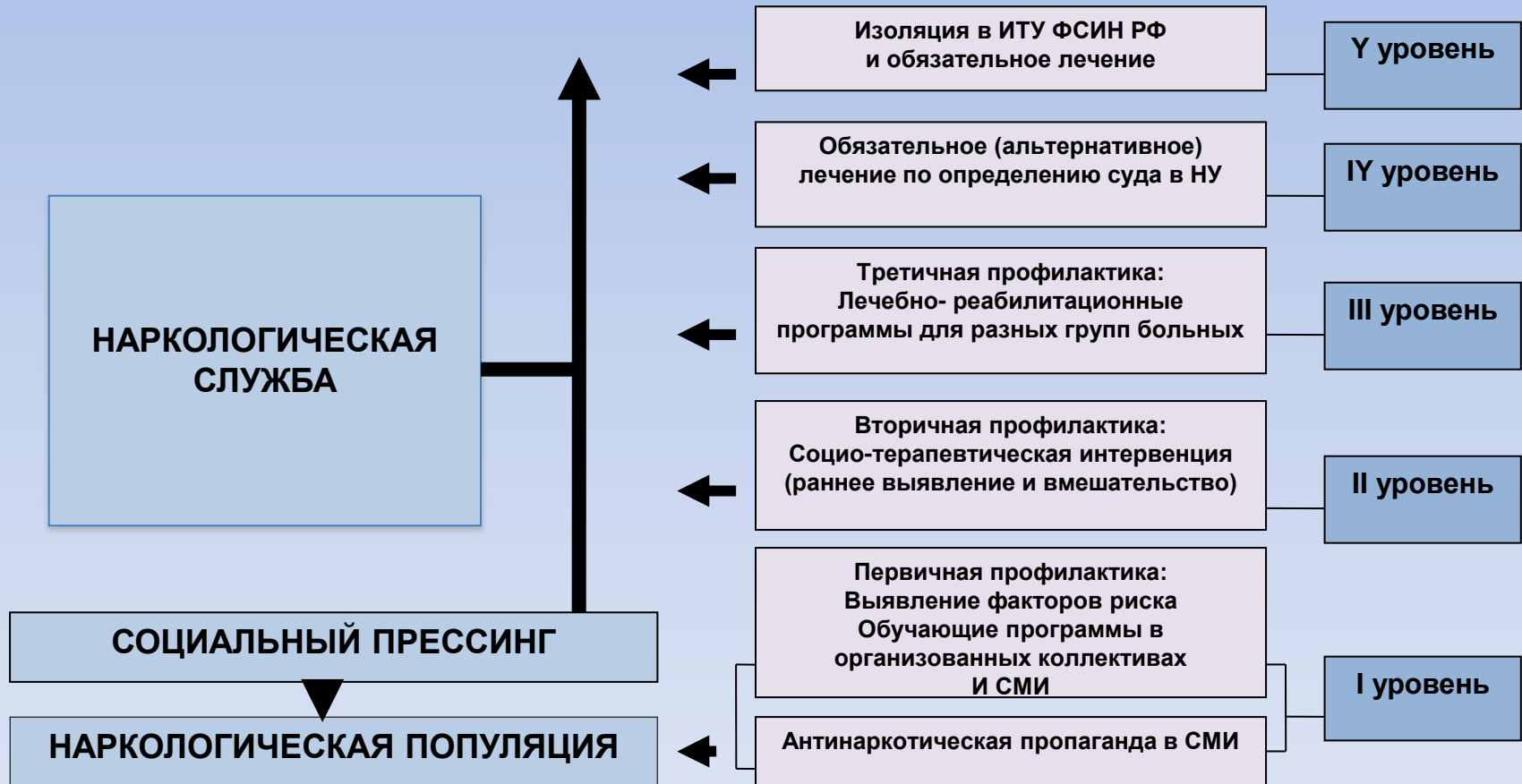
Основным значимым прогностическим фактором формирования ремиссии является установка больного на отказ употребления психоактивных веществ и сотрудничество с лечебно-реабилитационной программой.

Однако закономерности динамики установок у наркологических больных таковы, что при взаимодействии больных с положительными установками и больных, имеющих противоположные установки - установка на отказ от интоксикантов разрушается за счет индуцирования синдрома патологического влечения, стереотипов поведения, влияния наркотической субкультуры и, как следствие, 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. устранение эффекта индукции одних потребителей психоактивных веществ на других.

Поэтому предлагается система социального прессинга на популяцию больных наркологического профиля:

Схема социального прессинга на наркологическую популяцию



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 приема наркотиков.

Система социального прессинга и динамической группировки наркологических больных дает возможность оказать 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 лечения.

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

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. 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 степени от правильной организации лечебного процесса.

Фрагментарность лечения, решение только медицинских задачи или решение только социально-психологических проблем, как правило, значительно снижают общую эффективность.

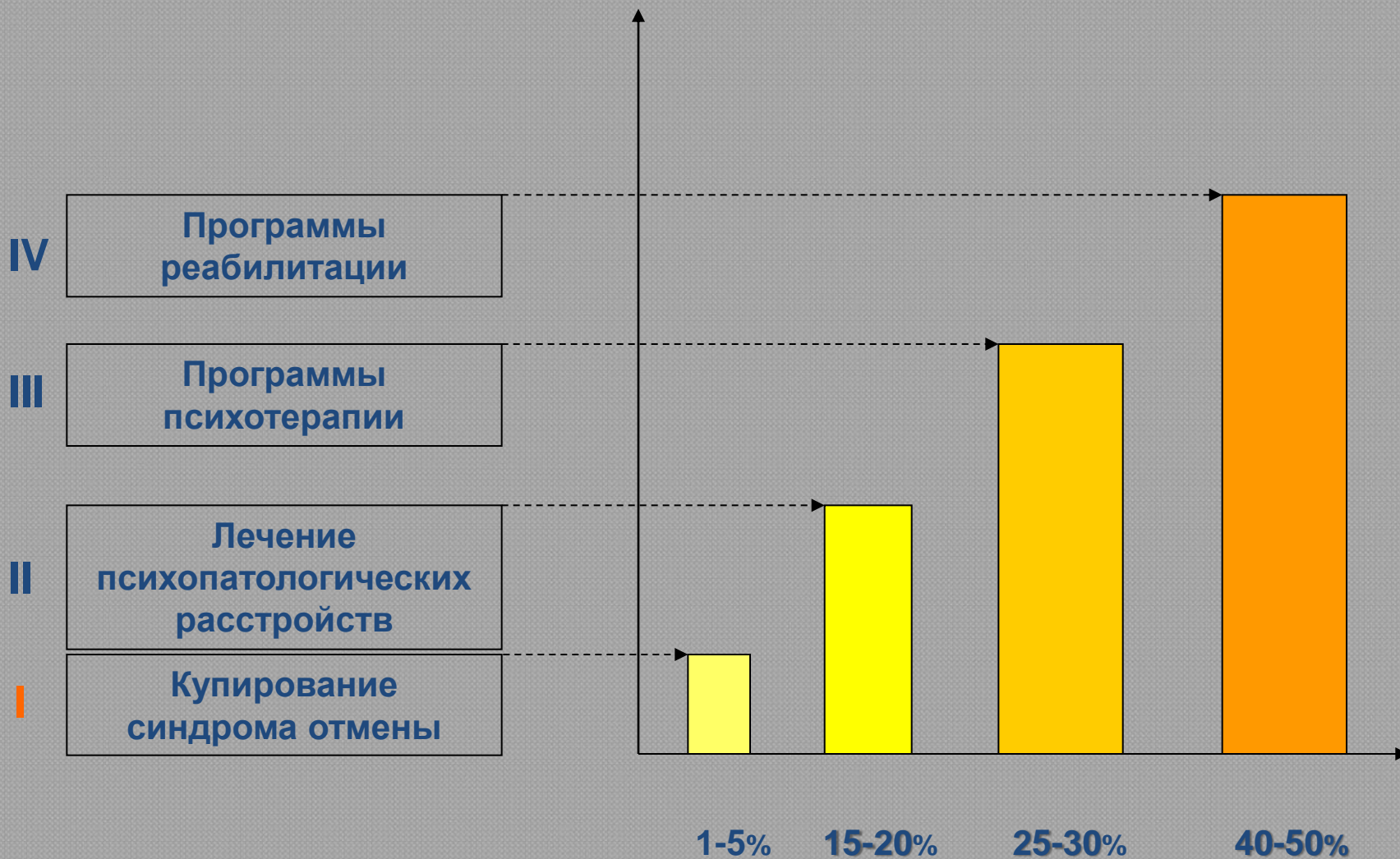
ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ

1. Первичная профилактика (работа с семьей, в организованных коллективах, в том числе с детьми дошкольного возраста). Взаимодействие со СМИ и заинтересованными ведомствами.
2. Вторичная профилактика – социо-терапевтическая интервенция: раннее выявление и вмешательство (работа с группами риска, контингентами комиссий по делам несовершеннолетних, безнадзорными детьми и подростками, потребителями наркотиков, злоупотребляющими алкоголем и табаком, а также лицами с расстройствами поведения). Взаимодействие с семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами.
3. Интервенция целевая (первичное консультирование больных, их родственников и граждан и мотивирование больного на включение в лечебную программу);

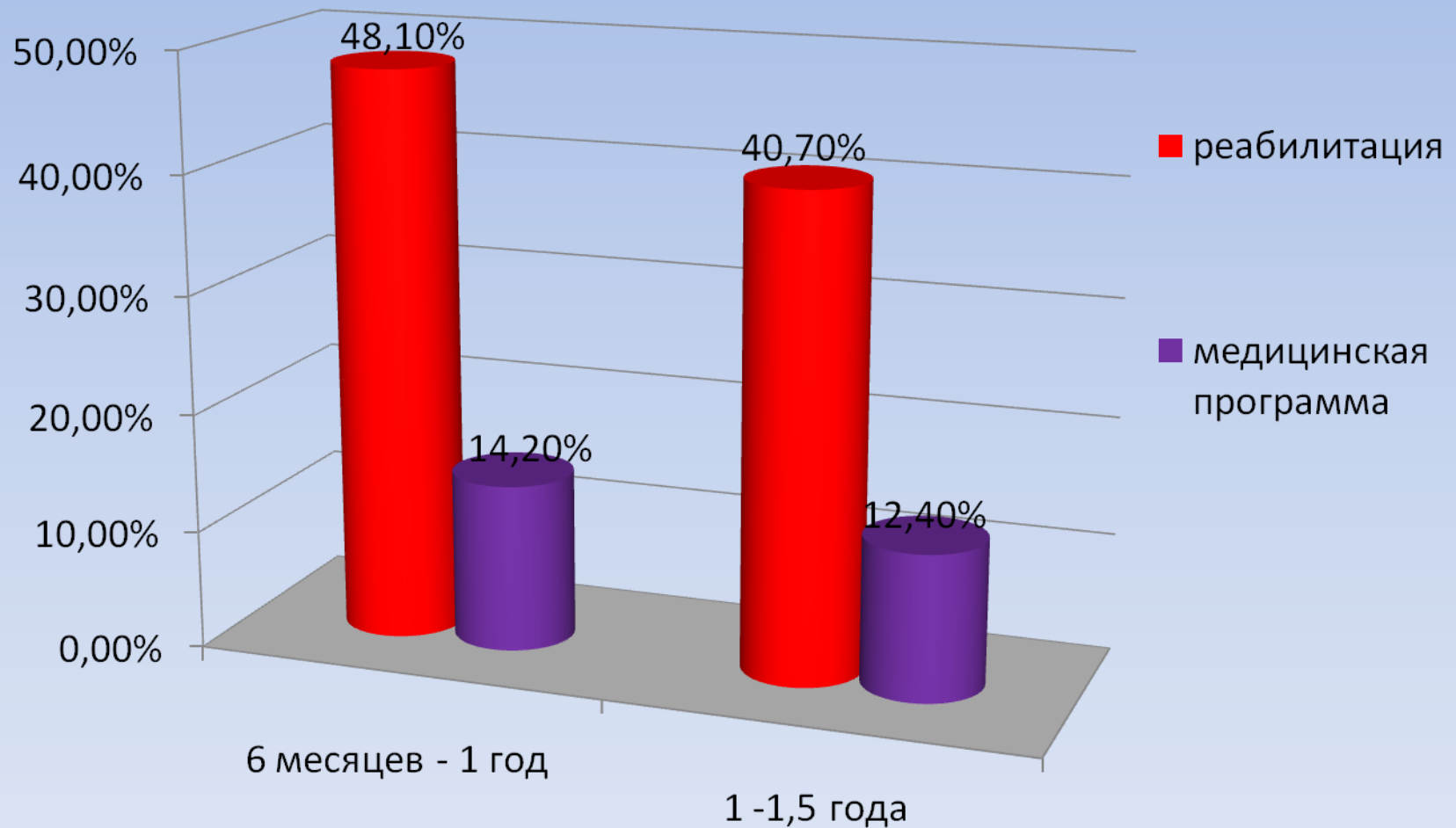
ПРОДОЛЖЕНИЕ:

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. Абилитационно-Реабилитационные и противорецидивные мероприятия (медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды). Взаимодействие семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами.
8. Формирование лечебной субкультуры.

Зависимость годовой ремиссии от количества пройденных этапов лечения



Длительность ремиссии после прохождения реабилитационной или медицинской программ



АБИЛИТАЦИЯ:

Абилитация (от лат. habilis — удобный, приспособительный)

Комплекс мер (услуг), направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития больного и его семьи.

Абилитация направлена на совершенствование ресурсов его саморазвития, а также на развитие тех способностей, которые могли бы компенсировать имеющиеся у него недостатки.

В задачи абилитации входит создание функций **ВНОВЬ** - в отличие от реабилитации, где восстанавливаются ранее имевшиеся, но утраченные.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация (от лат. re- вновь + habilis удобный, приспособленный) сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (или восстановления) нарушенных или утраченных функций организма и социальной реадaptации (или адаптации) больных, пострадавших и инвалидов. По заключению Комитета экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации (1970), это понятие определяется как «комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности».

Таким образом:

Основная проблема реабилитации больных наркологического профиля состоит в том, что часть психических функций не успевает сформироваться до начала употребления психоактивных веществ, а другая часть психических функций разрушается в связи потреблением психоактивных веществ.

В связи с этим при построении реабилитационных программ мы должны учитывать и абилитационный, и реабилитационный аспекты работы с больными

ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ:

1. Превентивная абилитация на этапе выявления факторов риска зависимого поведения (как правило в допубертатном периоде);
2. Абилитация на этапе потребления психоактивных веществ (чаще пубертатный период);
3. Абилитационно-реабилитационные мероприятия больных наркологического профиля:
 - Короткие интенсивные курсы в наркологическом стационаре;
 - Длительные абилитационно-реабилитационные программы в реабилитационном центре;
 - Амбулаторные программы реабилитации в наркологическом учреждении;
 - Сообщества выздоравливающих больных.

УЧРЕЖДЕНИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ:

1. Стационарные отделения психотерапии и реабилитации в наркологических учреждениях;
2. Реабилитационные центры в структуре территориальной наркологической службы;
3. Дневные и ночные (дом-на-полпути) полустационары в структуре наркологического учреждения;
4. Амбулаторные отделения реабилитации в наркологических диспансерах;
5. Пациентские самоорганизующиеся сообщества;
6. Реабилитационные учреждения иной ведомственной подчиненности (медицинская лицензия);
7. Негосударственные реабилитационные учреждения (договор с государственным наркологическим учреждением и/или медицинская лицензия).

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

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.

**Благодарю за
внимание!**