

Ю.Н. Ружников, С.И. Богданов
Свердловская областная наркологическая больница

О некоторых подходах к реабилитации больных с наркотической зависимостью в Свердловской области

Организация помощи больным наркоманиями в нашей стране нуждается в коренных изменениях. Существующие формы медицинской помощи не соответствуют такому сложному медико-социальному явлению, как наркомания. Основная форма этой помощи — стационар — не может осуществить социальную реабилитацию наркомана после проведенного лечения. Как показывает научный опыт, злоупотреблять наркотически действующими веществами чаще всего начинает особая личность, мировоззрение которой можно изменить реабилитационными мероприятиями, но никак не медикаментами [4].

Наркотизация искажает личность, окончательно отчуждая ее от общезначимых ценностей и интересов, огрубляет, снижает интеллектуальные, физические и эмоциональные возможности. Следовательно, наркоман требует длительной помощи и восстановления — восстановления не только психофизических функций, но и здоровых ценностей, интересов, способностей к человеческим взаимоотношениям, желания трудиться.

При существующем положении даже наркоман, стремящийся к выздоровлению, после лечения возвращается в прежнюю среду, где его ждут наркотики. Трудоустройство крайне сложно, квалификация снижена или утрачена вовсе. Идеал «счастливой здоровой жизни без наркотиков» разбивается «о рифы реалий». Особенно обидно, когда это касается больных, искренне желающих и при надлежащей помощи способных вернуться в нормальную жизнь.

Эффективность лечебных мероприятий для лиц с наркотической зависимостью составляет 5–6%, однако при наличии реабилитационных центров результативность возрастает до 20–25%.

В этой связи интересен опыт реабилитации больных наркоманиями в странах Западной Европы.

В настоящее время в странах Западной Европы наблюдается отчетливая тенденция отхода от опоры на традиционные лечебные учреждения. Наибольшее распространение получают так называемые лечебные дома, коммун, практикуется семейное признание больных. Широко предусматривается бесплатное оказание наркологической помощи, которая финансируется частными организациями или лицами.

Немецкая реабилитационная программа «Synanon International»

В Германии действует большая организация самопомощи наркоманов, которая называется Synanon International [6]. Германское общество «Синанон» основано в Берлине в 1971 г. Иреной и Инго Варнке, бывшими наркоманами.

Теоретической моделью послужила книга Яблонского «Туннель, ведущий обратно», практической же моделью стала работа общества «Анонимные алкоголики» — регулярные встречи, взаимопомощь, обмен опытом с новичками.

Основными принципами «Синанона» стали: помощь самим себе, взаимопомощь, самоуправление, ответственность за самого себя, упор на полное воздержание, которое в конечном итоге является единственным путем выхода из наркомании.

«Синанон» работает как коммуна. Члены организации делают все сами. В то же время «Синанон» — официально зарегистрированная ассоциация с соответствующими административными органами и строго регламентированными правами и обязанностями

своих членов. Она принимается и поддерживается федеральным правительством и является членом Германского паритетного благотворительного союза. «Синанон» покрывает 45% своих расходов за счет деловых операций. Частные взносы и фонды, куда поступают штрафы из судов, обеспечивают еще 40%. Правительственные субсидии охватывают 15% расходов.

80% членов «Синанон» — наркоманы и 20% — алкоголики. Врач посещает общину раз в неделю, чтобы проверить физическое состояние вновь прибывших и удостовериться, что они достаточно здоровы, чтобы работать на кухне. Он также каждые полгода проверяет всех на вирус ВИЧ.

«Синанон» дает наркоманам возможность завершить лечение, начатое в стационаре. После 6 месяцев пребывания в «Синаноне» его новые члены начинают получать пособие — по 12 DM в месяц, и они получают тем больше, чем дольше остаются здесь.

В настоящее время «Синанон» является наиболее успешно работающей организацией самопомощи наркоманов в ФРГ. В 1980 г. в нем было 119 членов, в 1984 г. — 366, в 1987 г. — 689, а в 1990 г. — около тысячи.

Специализированная клиника Мекенхайм

В специализированной клинике Мекенхайм терапевтического общества одновременно проходят лечение 35 наркоманов в возрасте от 18 до 35 лет. Срок лечения — 9 месяцев. За лечением следует трехмесячная фаза адаптации. Содержит клинику обществу «Neue Sozialarbeit e. V.» Персонал клиники состоит из специалистов по трудотерапии, психологии, социологии, социальных педагогов, врачей и спортивных врачей.

Обязательные условия при приеме в клинику: 14-дневное лечение в больнице, полное удаление наркотика из организма, медицинский аттестат о законченном лечении зубов, медицинский аттестат об отсутствии острых заболеваний, листок нетрудоспособности, комплект одежды.

Четыре фазы лечения: 1. Фаза ориентации — привыкания (длительность 12 недель). 2. Фаза интенсивной терапии (длительность 12 недель). 3. Заключительная стадия (длительность 12 недель). 4. Фаза адаптации (больной перебирается в клинику с более свободным режимом, получает профессию).

Порядок работы построен таким образом, что в процессе лечения контроль во все большей мере заменяется самоконтролем.

Обязательные правила клиники Мекенхайм: 1. Запрещается любое потребление наркотиков (а также лекарств и спиртных напитков). 2. Запрещаются любые формы насилия. 3. Не допускается нарушать договоренности. 4. Запрещено избегать участия в лечебной программе. 5. Запрещено покидать дом и территорию клиники без разрешения.

Клиника Мекенхайм является одним из подразделений «Neue Sozialarbeit e. V.» и наряду с другими союзами («VFG Союз помощи тяжелобольным e. V.» и др.) она входит в «Союз поддержки TVB Бонн». Оба союза являются членами «Диаконишен Верке» — евангелистской церкви земли Рейнланд, признанного лидера благотворительности, и все они входят в «Союз новых ориентированных на занятость предприятий».

«Союз поддержки TVB Бонн» — это свободная организация предпринимателей, которая оказывает благотворительную помощь нуждающимся: а) предоставляет возможность профессионального обучения и трудоустройства; б) подготавливает или сдает квартиры; в) помогает преодолеть социальные затруднения; г) помогает устранить последствия болезни, наркомании и травм; д) помогает обеспечить жизнь в материальном смысле, в случае необходимости — за счет спонсорства.

Реабилитационные коммуны в Швеции

Коммуны в Швеции — это частные организации, финансирование которых осуществляется из разных источников, в том числе и за счет средств, отпускаемых правительством на социальные нужды (система государственных социальных заказов) [3].

В Швеции существует целая сеть подобных организаций. Примером одной из них является «Хаселла» — «Солидарность». Она включает в себя несколько коммун и многочисленные представительства в различных городах страны. Основной задачей этой организации является проведение этапной социальной реадaptации подростков, ранее употреблявших психоактивные вещества. Коммуны «Хаселла» расположены в небольших деревнях, вдали от крупных городов. Они представляют собой комплексы зданий, включающие в себя офисы: дома для проживания воспитанников и хозяйственные постройки. Жилые здания рассчитаны на одновременное проживание 10–16 человек (в отдельных комнатах по 1–2 человека).

Возраст подростков, принимаемых в коммуны, — 12–16 лет. В учебное время воспитанники посещают школу, а во время летних каникул трудятся на территории коммуны. Они выполняют работу по ремонту зданий, благоустройству территории, обслуживанию техники. Таким образом они зарабатывают деньги, которыми могут распоряжаться без ограничения. В качестве воспитателей в коммуне работают учителя, психологи и социальные работники. С предложением принять подростка в коммуну обращается социальная служба, полиция или непосредственно родители подростка. Пребывание в коммуне строго добровольное. Общим принципом работы всех коммун «Хаселла» является коллективный быт воспитанников, отвлечение их от прежней жизни путем организации коллективного труда, занятий спортом и т. д.

Воспитанник живет в подобной коммуне три-четыре месяца, после чего он может быть переведен в другую коммуну, имеющую более мягкие правила внутреннего распорядка.

По окончании общего срока пребывания в коммуне воспитанник возвращается в семью, но, как правило, контакт коммуны с воспитанниками не прерывается. Организация поддерживает связь с подростками на протяжении некоторого времени, организуя для них ежегодные семинары и диспуты по различным проблемам наркомании и алкоголизма. Часть воспитанников в дальнейшем может получить работу в организации «Хаселла» в качестве воспитателей.

Опыт показал высокую эффективность работы подобных коммун, в результате которой большой процент воспитанников возвращается к полноценной жизни без алкоголя и наркотиков.

Опыт медицинской реабилитации больных опиоидной наркоманией на базе областного центра по лечению наркоманий «Наркопомощь» Свердловской областной наркологической больницы

Опыт работы на первичном приеме, в стационаре наглядно показал, что без последующей фазы реабилитации все усилия врача часто остаются тщетными, безрезультатными. Больной вновь и вновь (в лучшем случае) обращается за первичной помощью (купирование острой фазы абстинентного синдрома) или же сам, его родственники предпринимают попытки найти другое место, «где хорошо лечат от наркотиков».

В течение 1996–1997 гг. на базе областного центра по лечению наркоманий «Наркопомощь» была предпринята попытка проведения работы по медицинской реабилитации больных опиоидной наркоманией совместно с членами их семей.

Основной задачей работы являлось определение готовности к данному виду помощи у самих пациентов и у их близких родственников (родителей, опекунов, братьев, сестер,

жен, мужей и т. д.). Не менее важными задачами являлись: определение оптимального количества сеансов, времени каждого сеанса, конкретного наполнения каждой встречи с пациентом и его родственниками, подбор техник и методик.

К реабилитационной программе привлекались больные, прошедшие полный курс стационарного лечения (двухнедельный стационарный курс по купированию острых и подострых абстинентных проявлений), а также их близкие родственники (в основном ими оказывались матери пациентов). Обязательное участие близкого родственника было продиктовано следующими факторами: а) наличием у него такого, в настоящее время широко известного патологического феномена, как созависимость; б) именно близкий родственник часто является инициатором установки на прохождение курса реабилитации.

Каждая встреча состояла из двух частей. Первая половина была отведена непосредственно реабилитационным методикам. Вторая половина предполагала проведение курса немедикаментозной терапии для пациента и его родственника.

Реабилитационные методики основывались на целом комплексе психотерапевтических техник (рациональная, индивидуальная и семейная психотерапия, элементы гештальт-терапии и трансактного анализа), применялись основные посылы методологии АА (NA), собственные наработки. Немедикаментозные лечебные методики были представлены скэнар-терапией в сочетании с ОЛМ (одеяло лечебное многослойное), лэнар-терапией, лазеро-рефлексотерпией.

Курс реабилитационных занятий предполагал 10 встреч (в среднем 2 встречи в неделю), т.е. длительность курса достигала 5–8 недель). Длительность каждой встречи была порядка 90–120 минут, причем половина встречи отдавалась теоретическим и психотерапевтическим аспектам, а вторая половина — непосредственно немедикаментозным методикам. По окончании каждого занятия пациенту и родителю давалось домашнее задание (письменное или рисунок).

К реабилитационной программе за 1,5 года было привлечено 15 пациентов и 18 родственников (в основном в занятиях участвовал один родственник). Здесь нужно отметить, что о необходимости и целесообразности проведения медицинской реабилитации как средства для повышения эффективности лечения было сообщено каждому пациенту, выписывающемуся из стационара, а также его близкому родственнику. За данный промежуток времени было выписано порядка 75 человек.

Из 15 семей полный курс реабилитации закончили 7 семей. Из 8 семей, прекративших курс досрочно, 6 прекратили его в связи с категорическим отказом пациента от занятий, 2 — в связи с отъездом из города.

В качестве следующего этапа реабилитации предлагались такие формы само- и взаимопомощи, как группы АА (NA), для родственников — Ал-Анон. К сожалению, группа АА в нашем городе пока имеет самые негативные впечатления от работы с наркоманами. Но опыт г. Москвы и г. Санкт-Петербурга показывает, что все группы NA вышли из АА. Будем надеяться, что и в нашем городе и других городах области группы NA появятся и наберутся опыта и сил.

Выводы: 1. В настоящее время готовность к реабилитационным мероприятиям у наркоманов и их близких родственников крайне низкая. 2. Мотивация пациентов на реабилитационную работу ниже, чем у близких родственников. 3. Основной причиной отказа пациента от реабилитации является отношение к своему заболеванию в момент выписки как к чему-то закончившемуся («я вылечился, я не наркоман»). 4. Во время

реабилитационных занятий часто родители пытаются взять инициативу на себя, пытаются решить проблему ребенка сами, вместо него (подсказывают ответы, правильные с их точки зрения, не позволяют называть своих детей «наркоманами», настаивают на своем видении проблемы, часто категорически исключают свою вину за проблемы своих детей). 5. У пациента и родственников выражен настрой на быстрый чудодейственный метод, «когда кто-то другой решит мою проблему». 6. Отмечается относительная пассивность пациентов во время занятий, что связано в основном с наличием слабой личной мотивации на интенсивную интеллектуальную и эмоциональную работу. 7. Высокая активность родителей — при условии понимания ими фактора «разделения ролей», когда родитель определяет себя не как больного наркоманией (не отождествляет себя со своим ребенком), а как созависимого — приводит к прекрасному результату: родители перестают пытаться пробивать головой стену, у них появляются силы и знания для того, чтобы помогать, а не мешать своим детям выздоравливать. Вместе с тем катанестическое наблюдение за пациентами и их родственниками, окончившими занятия по программе, показало, что их заявления о последующем участии в реабилитационных программах в большинстве случаев оказываются декларативными. Вопрос о том, почему пациенты неохотно включаются в дальнейший процесс реабилитации, требует специального анализа.

Приведенные данные убедительно показывают, что лечебно-реабилитационные программы, подобные примененной, имеют потенциальную возможность реализации в амбулаторных условиях при детальной разработке соответствующего технологического процесса и необходимом обучении кадров лечебных учреждений. В результате применения программы значительная часть пациентов получает теоретические знания и практические навыки по дальнейшей реадaptации личности и по предупреждению рецидивов. Модели подобных программ применимы при всех формах химической зависимости — алкоголизме, наркомании, токсикомании [1].

Опыт социальной реабилитации больных наркоманиями на базе Рефтинского учебно-воспитательного комплекса

Рефтинский учебно-воспитательный комплекс (РУВК) — учреждение Департамента образования Свердловской области, состоящее из спецГПТУ и спецшколы для детей и подростков, совершивших преступления, но не подлежащих уголовному преследованию из-за малого возраста (в т.ч. и совершивших тяжкие преступления: убийства и т.д.), для детей-бродяг, детей — потенциальных преступников в силу социального снижения их родителей и т.д. РУВК расположен в поселке Рефтинский, что в 30 км от г. Асбеста.

Более одной трети всех поступающих в РУВК подростков имеют зависимость от наркотических и токсических веществ. Более половины воспитанников хотя бы один раз принимали наркотические или токсические препараты.

Реабилитация наркоманов и токсикоманов является не основной, но очень важной задачей в работе всего коллектива. Уже несколько лет в штате медицинской службы РУВК имеется фельдшер-нарколог, который медикаментозными и немедикаментозными средствами облегчает абстинентное состояние воспитанников в первые дни после поступления в РУВК, а также проводит поддерживающую терапию в последующем.

Условия пребывания (а они прекрасные), режим заведения, общение с прежней наркоманической и токсикоманической средой, прекрасные взаимоотношения между воспитателями, педагогами и воспитанниками, постоянная занятость учебой и трудом, полезной деятельностью — вот те факторы, которые помогают детям и подросткам

забыть о своем негативном наркоманическом опыте. И последние факты говорят сами за себя: сейчас даже социально и материально благополучные родители всеми правдами и неправдами пытаются поместить своих непутевых чад в это учреждение для исправления, избавления от наркоманического окружения.

Основные направления деятельности по организации реабилитационных центров в Свердловской области

Открытие реабилитационных центров для наркологических больных должно проводиться по двум направлениям: 1. Медицинские реабилитационные центры должны работать в структуре существующих наркологических учреждений, т.е. в системе здравоохранения. Здесь будут находиться больные, которые уже прошли первичный этап лечения — снятия симптомов психологической зависимости от психоактивных веществ. Основной акцент должен быть сделан на работе психотерапевтов и психологов. 2. Социально-реабилитационные центры могут существовать как самостоятельные структурные подразделения, так и в системе социальной защиты населения. В данных центрах медицинская помощь должна быть сведена до минимума либо существовать только на уровне консультативной. Работа психотерапевтов, психологов и социальных работников должна быть направлена на адаптацию пациентов в обществе. Здесь следует проводить коррекцию поведения больных с ориентацией на условия нахождения в микросоциальных группах (семья, трудовой коллектив).

В реализации поставленных задач большую помощь должен оказывать областной закон «О профилактике наркоманий и токсикоманий на территории Свердловской области», который определяет основные направления государственного регулирования в области профилактики наркоманий и токсикоманий, включающей в себя пропаганду здорового образа жизни, формирование в обществе негативного отношения к наркомании и токсикомании (но не к самим больным с указанными заболеваниями), охрану здоровья человека, создание правовых гарантий для системы профилактики, определение полномочий и ответственности как органов государственной власти, так и органов местного самоуправления. Кроме этого гражданам, употребляющим наркотические вещества, должны быть созданы условия для социальной адаптации на основе правовых, медицинских и педагогических методов.

В данной работе должны принимать равноправное участие областные органы исполнительной государственной власти — органы управления образованием, здравоохранением, социальной защитой населения, культурой, трудом и занятостью населения, физической культурой, спортом и туризмом, государственным имуществом, делами молодежи.

Реабилитация лиц, прошедших курс лечения, имеет целью возвращение им способности жить без наркотических, токсических и других психоактивных веществ. Особого внимания заслуживают мероприятия, адресованные несовершеннолетним из группы риска и помогающие им в ситуациях, когда ближайшее социальное окружение провоцирует их на принятие наркотических средств.

Реабилитационная работа должна осуществляться в три этапа: 1) медико-социологический; 2) социально-психологический; 3) социальный.

Задачей первого этапа является закрепление мотивации на отказ от употребления наркотических веществ. Данная работа может осуществляться как в амбулаторном режиме, так и в условиях загородного и закрытого реабилитационного стационара.

На втором этапе должна быть поставлена задача профилактики рецидива и социальный патронаж, восстановление утраченных и создание новых социальных связей,

помощь несовершеннолетним в завершении образования и в профессиональном обучении. Данная деятельность может поддерживаться общественными организациями антинаркотической направленности. На третьем, завершающем, этапе будет происходить укрепление поддерживающего окружения за счет формирования групп само- и взаимопомощи при общественных организациях, объединяющих бывших потребителей наркотических и токсических веществ, а также трудоустройство и организация обучения для бывших наркоманов.

Данная работа рассчитана на несколько лет и предполагает постепенный выход на уровень относительной стабилизации и последующее снижение числа заболевших наркоманиями [5].

При значительной активности ряда общественных организаций по открытию реабилитационных центров для лиц, страдающих наркоманиями, лицензированных учреждений данного профиля в Свердловской области до настоящего времени нет. Наиболее подготовленными и соответствующими разработанным стандартам являются реабилитационные центры в городах Верхняя Салда, Сухой Лог и два центра в г. Екатеринбурге. С учетом роста числа ВИЧ-инфицированных в среде наркоманов следует предусмотреть организацию реабилитационных центров для данной категории лиц.

Инициаторам по организации реабилитационной помощи подросткам следует учитывать, что в реабилитационных центрах обязательно должна осуществляться наркологическая помощь либо штатными психиатрами-наркологами, либо совместителями, либо консультантами. Так как сам факт прекращения приема наркотических средств не является показателем «излеченности» от наркомании, эти учреждения обязаны иметь в своем штате психотерапевтов, психологов, педагогов, воспитателей, социальных работников и других специалистов, которые могли бы подготовить подростков к жизни в обществе, где свободный доступ к наркотикам будет сохраняться еще достаточно длительное время.

Реализация приказа от 18.03.97 № 76 «О наркологических реабилитационных центрах» в полном объеме на настоящий момент невозможна из-за отсутствия финансовых средств. В течение 1998 г. в Екатеринбурге было выделено здание под реабилитационный центр, подготовлена проектно-сметная документация по его переоборудованию, намечены источники для получения оборудования, однако, после августа 1998 г. все работы прекращены. С 1 января 1999 г. в структуре Свердловской областной наркологической больницы одно из отделений репрофилировано под реабилитационное на 25 коек. Свердловский областной закон «О профилактике наркоманий и токсикоманий на территории Свердловской области» (действующий с 19 декабря 1997 г.) в ст. 26 предусматривает оказание реабилитационной помощи, однако сформированной системы реабилитационных центров в области пока нет. По инициативе общественных организаций в течение 1998 г. было заявлено об открытии нескольких реабилитационных центров — двух в Сухоложском районе, по одному в Режевском и Верхнесалдинском. Однако указанные учреждения, к сожалению, открываются стихийно и не имеют соответствующую подготовленных кадров (психологи, психотерапевты, социальные работники). Поэтому Свердловской областной наркологической больницей разработаны стандарты реабилитационных центров, где предусмотрены минимальные требования к материальной базе, набору помещений, оборудованию и кадрам. В настоящее время стандарты находятся на утверждении в Министерстве здравоохранения Свердловской области. Решением региональной научно-практической конференции «Теория и практика противодействия наркоманий в Уральском регионе» от 20 ноября 1998 г., п.10, реко-

мендовано Правительству Свердловской области создать межведомственную комиссию по контролю за деятельностью центров реабилитации лиц, употребляющих наркотики. Вопрос о финансировании данных центров должен будет рассмотрен на заседании Областной думы. В течение 1999 г. предполагалось открыть не менее трех центров реабилитации в Свердловской области в соответствии с принятыми стандартами [2].

Предложения и замечания к проекту Федерального закона «О социальной-медицинской реабилитации лиц, больных наркоманией»

Реабилитация больных наркоманией, в зависимости от состояния больного, возможна и без лечебного вмешательства и может проводиться не только в учреждении, подведомственном органам здравоохранения. Возможно, такие лица нуждаются лишь в создании для них условий для получения общего и профессионального образования, профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации, восстановления утраченных семейных связей, трудоустройства и, как следствие этого, — становления (формирования) своего социального положения, что позволит исключить какую-либо их зависимость, в том числе от наркотиков. Реабилитационные учреждения могут быть не только в системе государственного и муниципального здравоохранения, но и в системе других ведомств, в зависимости от состояния больных наркоманией и их индивидуальных потребностей в соответствующей реабилитации. К тому же создание и функционирование реабилитационных учреждений возможны не только в системе каких-либо ведомств, но и в системе общественных организаций и объединений. С учетом этого предполагается социально-медицинскую реабилитацию больных наркоманией разделить на несколько этапов в зависимости от состояния больного, а также от имеющихся сегодня материальных возможностей как в стране в целом, так и на местах для создания реабилитационных учреждений, предусмотренных представленным законопроектом. В частности, первый этап — медицинская реабилитация; второй этап — социальная реабилитация. Наряду с этим необходимо иметь в виду, что создание реабилитационных учреждений, предусмотренных законодательством, требует значительных денежных и материальных средств. Поэтому принятие закона должно быть уже сейчас подкреплено выделением соответствующих средств, как из федерального бюджета, так и из бюджетов субъектов Российской Федерации на соответствующий год. Если этого не будет сделано, представленный закон в случае его принятия обречен на ненадлежащее исполнение по так называемым «объективным причинам». В законопроекте необходимо четко определить ведомственную принадлежность реабилитационных учреждений.

Литература

1. Богданов С.И. Проблемы организации реабилитационной службы для наркоманов в Свердловской области // Профилактика алкоголизма и наркомании: Материалы междунар. конф. 8–10 нояб. 1997 г. — Екатеринбург, 1997. — С. 10–21.
2. Бюллетень Национального бюро по наркотикам. М., 1999. — С. 121–123.
3. Корчагина Г.А., Таркунов Л.А. // Вопросы наркологии. — 1995. — № 3. — С. 63–64.
4. Пятницкая И.Н. Наркомания. — М.: Медицина, 1994. — С. 503–505.
5. Ружников Ю.Н. Наркологическая ситуация в Свердловской области и основные направления организации реабилитационной работы для лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ // Профилактика алкоголизма и наркомании. — С. 6–9.
6. Цетлин М.Г. // Вопросы наркологии. — 1993. — № 1. — С. 16–17.