

КОРОТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Зуйкова Н.Л.

КЛИНИКО-ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА*Российский Университет Дружбы Народов; Москва, РФ*

Актуальность. Как отмечают видные зарубежные и отечественные исследователи, одной из актуальных задач современной психиатрии наряду с адекватной психофармакотерапией на всех этапах помощи остается включение адекватных психосоциальных лечебных и реабилитационных мероприятий, требующих специального изучения и формирования подходов для внедрения в практику (В.Н. Краснов и соавт., 2007; T.S. Brugha, 1995; R. Mojtabai et al., 1998; D. Hemsley, R.M. Murray, 2000). Эта задача сегодня особенно актуализировалась в соответствии с проводимой модернизацией психиатрической помощи, с акцентированием деинституализации, перераспределения ресурсов из стационарного сектора во внебольничный, с развитием так называемой общественно ориентированной службы психического здоровья, основная задача которого состоит не в изоляции пациента от общества, а в возвращении личности в формат привычного окружения (Костюк Г.П., 2016). Это предполагает расширение реабилитационных мероприятий и амбулаторного сопровождения больных. При этом на практике мы обнаруживаем явный дефицит реабилитационных программ, наблюдаем проблемы преемственности в работе больничных и амбулаторных реабилитационных служб (Бабин С.М., 2006; Лиманкин О.В., 2015; Зуйкова Н.Л., 2018). Касаемо коморбидных пациентов психиатрического стационара, среди которых особенно сложной является когорта больных шизофренией с синдромом зависимости от ПАВ, мало мотивированных на длительное лечение и в силу своей психопатологичности часто отказывающихся от него, положение особенно плачевное. Существующая практика маршрутизации коморбидных больных не позволяет в полном объеме обеспечить специализированную помощь (Добровольская А.Е. 2013г.). Данные больные практически лишены наркологической помощи и по формальному признаку получают помощь психиатров. По сути, эти хронические тяжелые больные оказываются брошенными, т.к. квалифицированного, надежного и уверенного лечения и реабилитации пока нет (Ross S., Peselow E., 2012; Софронов А., 2013; Алексеева Д. Н., Бакулева Н. И., 2017.; Зуйкова Н.Л., 2018).

Цель: Научно обосновать и внедрить в клиническую практику, в систему работы психосоциальной терапии и реабилитации, клиничко-интегративную модель помощи для больных шизофренией с синдромом зависимости от ПАВ, основанную на принципах клиницизма, интеграции, междисциплинарного взаимодействия и все более утверждающейся био-психо-социо-духовной парадигмы. В работе с коморбидными пациентами мы понимаем психосоциальную реабилитацию, как клиничко-психотерапевтический процесс, в который включены пациент, его близкие и персонал. Данные пациенты наиболее социально декомпенсированные тяжелые хронические больные, число которых неуклонно растет, как и более частое совершение ими общественно опасных действий и суицидов (Гофман, 2008), нуждаются в специальной программе лечения и реабилитации, дабы получать реальную возможность удерживаться в рамках поведенческой нормы и трезвости, быть более самостоятельными, сохранять приверженность лечебным программам, социально-семейному статусу и более осмысленной жизни. А их близким требуется помощь психологов и психотерапевтов, дабы преодолевать неизбежный дистресс, адаптироваться к жизни и грамотному взаимодействию с данным членом семьи, правильно понимать происходящее и принимать своевременные и адекватные меры поддержки. Актуальной задачей является и создание стабильной терапевтической среды, в которой важнейшую роль играет персонал, нуждающийся в создании условий повышения компетентности, ресурсности, значимости, дабы профилактизировать синдром эмоционального выгорания.

Материалы и методы: В исследование включены пациенты с диагнозом «Шизофрения с синдромом зависимости от ПАВ», с примерно равным распределением по полу, в возрасте

от 21 до 59 лет; преимущественно инвалиды 2-й гр., с неоднократными госпитализациями. Так как здесь слишком много зависит от душевного состояния и трезвости, то разработанное лечение и реабилитация таких больных включает и биологическое лечение (в том числе наркологическое), и клинко-психотерапевтическое воздействие. Клиническая психотерапия представляется важнейшей частью лечебно-реабилитационного процесса данных больных, и она органично вплетается в биологическую терапию. Эта психотерапия, вышедшая из клинической психиатрии «на основе клинко-реалистического мироощущения, отталкивающаяся от клинической картины, от особенностей природно-душевного склада больного, от физиологических закономерностей, дифференциальной диагностики и продуманной системы показаний-противопоказаний» (Бурно М.Е.,2001). При этом, современный клинический психотерапевт, желая увеличить эффективность своей работы, выходит за рамки биомедицинской модели с целью заимствования новых подходов, в том числе и психологических. Так и в нашем варианте, предпринята попытка выхода за пределы биопсихосоциальной модели Д.Энгля к четырехчленной модели психотерапии, к био-психо-социо-духовную парадигме. При этом использованы следующие проверенные психотерапевтические методы и рекомендованные специалистами: психообразование, элементы ТТС по М.Бурно (Терапия Творчеством) и клинически преломленный Трансактный Анализ (ТА) Э.Берна. Благодаря психообразованию пациенты обучаются элементам психиатрии и наркологии для того, что бы понимать, что с ними происходит; с доверием и уважением относиться к специалистам и лекарственному лечению. Этот метод позволяет пациентам стать немного себе психиатром-наркологом в отношении лекарств и своих расстройств, дабы дать врачу лечить себя и не отказываться от лечения в больнице, если понадобится. Используемая ТТС по М.Бурно предназначена помочь пациентам понять свои характерологические и психопатологические особенности и творческие способности. Из самого главного здесь - особый интимный эмоциональный контакт с врачом, способным к этому (Я. Клезе, С.И. Консторум) и стремление пациентов с подобными себе оживать в творчестве друг друга и во взаимодействии друг с другом. Уже один поиск себя, своих созвучий с теми или иными произведениями искусства, способствующий единству «я», целебен; дает хотя бы слабый свет вдохновения жить иначе, яснее жить. «Творческий»-означает всюду поиск, познание своих природных особенностей, для обретения своей неповторимой жизненной дороги, в том числе и лечения (Бурно М.Е.,2010). Применяемый Трансактный Анализ (ТА) Э.Берна (Э.Берн, 1910-1970г.г.) так же повышает психологическую грамотность и понимание себя, а через обучение конкретным навыкам общения в группе и индивидуально позволяет получить конструктивный опыт коммуникации с людьми, в том числе с врачами, с персоналом, с близкими. В группе и индивидуальных сессиях пациенты начинают ощущать себя принимаемыми, правильно понимаемыми. В структуре личности увеличивается ресурс «взрослости», а значит ответственности и более осознанной позиции к злоупотреблениям ПАВ. Мы применяем ТА, понимая важную роль характера эмоциональных коммуникаций с окружением и с семьей. Исследования показали, что высокий уровень негативных эмоций в семье, чрезмерно критический и враждебный настрой по отношению к больному резко ухудшают течение заболевания. У этих больных особенно часто отмечается дефицит социальной поддержки, когда они в ней нуждаются (T.S. Brugha, 1995).

Пациенты посещают групповую психотерапию вскоре после поступления, продолжают ее и после выписки в течении года, наряду с чем получают индивидуальное психологическое сопровождение и лечение у нарколога.

Результаты. Организована стабильно функционирующая Клинико-интегративная модель реабилитации, налажено сотрудничество с психологами и врачами больницы. У больных, задействованных в данной системе помощи, отмечена лучшая адаптация после выписки, удерживание в рамках поведенческой нормы, стремление к трезвости и приверженность амбулаторному лечению. Помощь родственникам и взаимодействие с персоналом укрепляет терапевтическую среду и человеческий ресурс для более конструктивного взаимодействия с данными больными. В групповой психотерапии отчетлива видна положительная динамика состояния, когда пациенты сами начинают больше сочувствовать другим, стремиться как-то помочь тем, кто нуждается и просит поддержки; становятся более мотивированными на лечение и восстановление себя. Статистическую доказательность данных результатов еще предстоит провести.

Выводы: Т.о., объединенные в единую модель, клинически преломленные методики выполняют роль социально-рациональной психотерапии, позволяющей пациентам быть более мотивированными на лечение и взаимодействие со специалистами, лучше приспосабливаться к социуму, к взаимодействию с близкими; активизировать и развивать понимание себя и нормативную часть в себе, противостоящую аддиктивной. Уделенное особое внимание духовности (в том числе и религиозным основам), способствует стремлению пациентов к вере, добру и благородству; к посильной общественной пользе, к наполненной более осознанным смыслом жизни; способствует формированию больными иного образа жизни, принципиально отличающегося от деструктивного прежнего. Как видим, указанным пациентам возможно данными способами клинко-психотерапевтической реабилитации существенно краткосрочно помочь осознать свое достаточно печальное положение в жизни, почувствовать желание улучшить его, обрести стойкую трезвость, творческое вдохновение со своим, сообразным своим особенностям смыслом и оживлением, заинтересованностью к жизни, к людям, к природе, искусству, с желанием ладить с людьми и быть по возможности общественно полезными. Работа с родственниками и персоналом также предполагает включение подобных знаний и умений, что позволяет им не чувствовать себя беспомощными, сохранять и развивать личностный ресурс причастных к процессу людей, уменьшает стигматизацию и повышает качество их жизни.

Поступила в редакцию 03.04.2019