
ИССЛЕДОВАНИЕ ГРАНИЦ ЭФФЕКТИВНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

Анализ многочисленных публикаций последних лет убеждает в том, что существующая система наркологической помощи, в частности – система наркологической помощи в Республике Казахстан, находится в состоянии достаточно глубокого и продолжительного кризиса. Основные проявления настоящего кризиса заключаются в несоответствии ассортимента и качества предоставляемых услуг нуждам и потребностям зависимым от психоактивных веществ. Действующие в системе здравоохранения наркологические организации ориентированы, в основном, на оказание высокопороговой стационарной помощи, условия реализации которой остаются неприемлемыми для основной части наркопотребления. В результате, за пределами сферы активности наркологических организаций оказывается большая часть наиболее проблемной группы наркопотребителей – зависимых от опиоидов (до 75%).

Мировой опыт и практика последних десятилетий демонстрируют перспективность подходов, направленных на снижение порога доступа к наркологической помощи, широкомасштабного внедрения технологий первичной наркологической помощи, а также – амбулаторной (стационарозамещающей) медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

Обоснованность использования интенсивного амбулаторного лечения и реабилитации больных с тяжелыми формами химической зависимости (в частности, зависимых от опиоидов) вызывает достаточно много вопросов. Большинство ученых и практиков считает возможным какое-либо долгосрочное терапевтическое воздействие в амбулаторных условиях, в отношении зависимых от опиоидов, лишь на основе использования заместительной терапии, купирующей наиболее тяжелые проявления синдрома патологического влечения. Другая, менее многочисленная группа специалистов наркологического профиля, считает возможным использование программ амбулаторной медико-социальной реабилитации, основанных на полной абстиненции (отказе от употребления ПАВ). В то же время, каких-либо обоснованных данных об эффективности такого рода помощи, в том числе – сравнительной эффективности по отношению к существующим формам стационарной помощи, полученных на основе принципов доказательной медицины, - не приводится. Таких данных вообще не существует в отношении сравниваемых стандартов стационарной МСР зависимых от опиоидов, используемых в Республике Казахстан, и экспериментальной программы амбулаторной МСР, разработанной с участием автора.

Что, собственно, и является главным обоснованием научной новизны и актуальности настоящего исследования.

С учетом всего вышесказанного, в контексте общих усилий по совершенствованию стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи, предпринимаемых в системе здравоохранения в Республике Казахстан, нами была разработана экспериментальная программа амбулаторной медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов со следующими, наиболее общими характеристиками: 1) настоящая программа, по своей продолжительности, технологической оснащенности и кадровой обеспеченности, не потребует существенного изменения объемов финансирования и штатного расписания наркологических организаций системы МЗ РК; 2) основные технологии экспериментальной программы АМСР будут принципиально воспроизводимы в действующей системе наркологической помощи РК (при несоблюдении данных общих условий, широкомасштабное внедрение разрабатываемых форм амбулаторной наркологической помощи зависимым от опиоидов в ближайшие годы оказалось бы затруднительным или невозможным); 3) содержательные характеристики программы – в первую очередь, общий объем и интенсивность используемых технологий - должны обеспечивать ее эффективность, сопоставимую с результатами стационарной МСР (при соблюдении этого последнего условия появляется практический и экономический смысл в использовании программ амбулаторной МСР зависимых от опиоидов).

Принципиальная идея эффективной амбулаторной помощи зависимым от опиоидов, используемая в экспериментальной программе АМСР, заключается в том, что основной акцент, в ходе реализации данной программы, делается на формирование общего саногенного потенциала – обязательного условия освобождения от зависимости – не только за счет подкрепления и развития ресурсов пациента (как это имеет место в программах стационарного лечения и реабилитации), но и в связи с грамотной, экологически выверенной работой с ближайшим семейным окружением пациентов. Причем, последние, согласно условиям реабилитационного контракта, заключаемого с ними на весь период реализации программы, выполняют функции членов реабилитационной бригады, обеспечивая контроль и занятость пациентов в вечерние часы, сопровождение к месту проведения основных мероприятий программы. Т.е. семейная система пациента, часто – деструктивная и с явными признаками созависимости

на старте программы, в ходе предварительных тренингов и постоянных консультаций по мере реализации АМСР, приобретает характеристики конструктивного и устойчивого ресурса, поддерживающего позитивную мотивацию пациента и поведение к достижению терапевтических целей. Таким образом, наличие конструктивно настроенных ЗДЛ в ближайшем окружении пациента является крайне желательным и почти обязательным условием приема пациентов в программу АМСР, от которого, в конечном итоге, зависит общий результат программы.

Еще один механизм, обеспечивающий преимущество амбулаторной МСР перед стационарной, связан с тем, что в условиях привычного и конструктивно настроенного окружения, обученного методологии экологического (а не конфликтного) контроля за поведением, пациент избегает дистресса, связанного с перемещением в чужеродную среду наркологического стационара. С учетом особой уязвимости эмоциональной сферы зависимых от опиоидов, и, почти неизбежной депрессии или дистимии в постабстинентном периоде, данный фактор является достаточно значимым для профилактики преждевременного отсева участников из программы АМСР (высокие показатели выхода из программ АМСР в первые недели и месяцы – главный объективный недостаток и контраргумент против ее использования). Но, что еще более важно, – и главным мотивирующим фактором для участия в программах амбулаторной МСР, значимо снижающим порог такого участия.

Далее, необходимо подчеркнуть, что в разработанном нами экспериментальном варианте программы АМСР, собственно амбулаторный реабилитационный этап начинается после завершения интенсивного 10-15-дневного курса стационарной детоксикации, купирующего наиболее острые и тяжелые проявления абстинентного синдрома. Данное условие является, с нашей точки зрения, абсолютно необходимым средством профилактики массового отсева зависимых от опиоидов в первые дни реализации амбулаторной МСР.

Общая методология исследования, с учетом всего вышесказанного, выстраивалась с акцентом на идентификацию особенностей и преимуществ экспериментальной программы амбулаторной МСР. Т.е. в ходе исследования необходимо было получить доказательства того, что неизбежные риски, связанные с отсутствием жестко-регламентированного режима, ограничением свободного времени и возможностей актуализации патологического влечения, характерных для программ стационарной МСР, в конечном итоге компенсируются ресурсной поддержкой и экологическим контролем со стороны ближайшего окружения резидентов амбулаторной МСР. Соответственно, анализировались:

- структура и степень интенсивности основных психопатологических проявлений на всех отслежи-

ваемых этапах (таких этапов было 5) в экспериментальной группе и двух группах сравнения – пациентов, проходящих стандартную программу стационарной МСР (первая группа сравнения), и пациентов после стандартного курса 10-15-дневной детоксикации (вторая группа сравнения); в частности исследование вышеназванных параметров должно было продемонстрировать соотношение главных психопатологических векторов в сравниваемых группах на каждом из исследуемых этапов – 1) вектора синдромов становления ремиссии; 2) вектора возврата к состоянию хронической интоксикации опиоидами; а также – объемов и степени интенсивности предоставленности аффективных (депрессивных, дистимических) и иных психопатологических проявлений в ходе становления ремиссии; при этом отсутствие достоверных различий по количественным параметрам становления ремиссии между экспериментальной группой и 1-ой группы сравнения, наличие достоверных различий по этому же параметру во 2-ой группе сравнения в пользу экспериментальной группы, наличие достоверных различий по параметрам объемов и тяжести депрессивного и дистимического синдромов как в 1-ой, так и во 2-ой группах сравнения в пользу экспериментальной группы – подтверждает гипотезу о комплексном саногенном потенциале экспериментальной программы амбулаторной МСР, способном компенсировать обострившиеся риски преждевременного и массового отсева резидентов из данной программы;

- структура и степень интенсивности синдрома анозогнозии на всех отслеживаемых этапах – наличие убедительной терапевтической динамики по данному параметру, сопоставимой с аналогичными показателями в 1-ой группе сравнения и превосходящей результаты, полученные по 2-ой группе сравнения, подтверждает тезис об эффективности экспериментальной программы АМСР в отношении одной из главных терапевтических мишеней – синдрома анозогнозии;

- терапевтическая динамика у зависимых от опиоидов в сравниваемых группах мотивационной сферы с теми же критериями эффективности и доказательности основной гипотезы, что и по параметру синдрома анозогнозии;

- динамика формирования свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, с акцентом на исследование характеристик семейной системы (параметр: «социальные факторы устойчивости»); наличие позитивной динамики и достоверных различий по данному параметру в пользу экспериментальной группы как в 1-ой, так и во 2-ой группах сравнения является главным доказательным аргументом правомерности гипотезы о комплексном саногенном потенциале экспериментальной программы АМСР;

- динамика показателей социального функционирования и качества жизни, доказывающая пре-

имущество экспериментальной программы по данному параметру в отношении как 1-ой, так и 2-ой групп сравнения, и, соответственно, обоснованность основополагающей гипотезы;

- показатели экономической эффективности экспериментальной модели АМСР, являющиеся основными аргументами в пользу широкомасштабного внедрения данной модели в систему наркологической помощи РК.

Таким образом общая методология исследования были выстроена как комплексная система доказательств главного тезиса: о перспективности подхода, связанного с комплексным использованием саногенных ресурсов в программах амбулаторной МСР зависимых от опиоидов; сопоставимой клинической и социальной эффективности данных программ с программами стационарной МСР; преимущественной экономической эффективности программ амбулаторной МСР в связи сокращением прямых расходов на их реализацию.

В ходе проведения исследования были получены доказательства обоснованности рабочей гипотезы по всем вышеперечисленным позициям. В частности:

1. Анализ структуры и динамики основных психопатологических синдромов на всех исследуемых этапах показал, что:

1.1. Зависимость от опиоидов является достаточно тяжелым и длительно протекающим расстройством, с высокой вероятностью наличия отчетливых психопатологических проявлений и после завершения активного лечения – через 0,5 года и 1 год ремиссионного периода. Главные тенденции этого периода – уменьшение общего объема и степени интенсивности основных психопатологических проявлений в общей исследуемой группе.

Наименее «отягощенный» в плане степени интенсивности основных психопатологических проявлений, по результатам проведенного исследования, является экспериментальная группа. Что объясняется, прежде всего, высоким отсевом наиболее проблемных пациентов в 1-ый и 2-ой месяцы АМСР.

1.2. Факт сравнительно высоких потерь в первые два месяца реализации программы амбулаторной МСР, приближающихся к объему рецидивов после прохождения курсов детоксикации у пациентов 2-ой группы сравнения, интерпретируется нами как наличие достаточно жесткого отбора на предмет соответствия показаний к прохождению АМСР. Наш опыт свидетельствует о том, что «выдерживают» условия амбулаторного режима пациенты с устойчивой мотивацией на достижение трезвости, при наличии неформального, эффективного контроля со стороны ЗДЛ.

Что же касается динамики количественных показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения, то, на наш взгляд, такого рода динамика отражает процесс жесткого отбора пациентов, с опорой лишь на имеющиеся ресурсы психологической устойчивости и

исходный уровень мотивации на трезвость, которых явно недостаточно для достижения приемлемого результата.

Наиболее вероятными причинами отсева пациентов из экспериментальной программы АМСР в продолжение 1-го месяца являются тяжелые проявления синдрома патологического влечения и расстройства личности возбудимого круга. Высокий уровень депрессивных и дистимических расстройств стимулирует поисковое поведение к достижению эмоционального комфорта на всех последующих этапах становления ремиссии.

1.3. В условиях стационара основные проявления синдромов патологического влечения, постабстинентного и астенического – купируются более эффективно. В тоже время, в условиях стационара, лица с относительно более тяжелыми проявлениями указанных синдромов имеют и более высокие шансы на удержание в программе, что объясняет имеющуюся разницу в психопатологической структуре указанных синдромов между экспериментальной группой и 1-ой группой сравнения. Данный вывод подтверждается результатами, полученными во 2-ой группе сравнения, а также – данными, полученными при анализе сравнительной динамики висцеропатического синдрома в исследуемой группе и двух группах сравнения.

Во многом, наиболее тяжелые проявления всех основных анализируемых психопатологических синдромов, связаны с динамикой синдрома патологического влечения. Однако, начиная со 2-го месяца АМСР эта взаимосвязь становится все менее очевидной.

Остаточные уровни астенических, психопатологических и интеллектуально-мнестических нарушений (в рамках психоорганического синдрома смешанной этиологии) являются «накапливаемым» негативным психопатологическим потенциалом, существенно затрудняющим адаптацию зависимых от опиоидов на этапах становления ремиссии.

1.4. Продольный и сравнительный анализ объемов и степеней тяжести депрессивного и дистимического синдромов в экспериментальной группе и 2-х группах сравнения показывает сравнительно менее интенсивную представленность аффективной патологии в экспериментальной группе, особенно на 2-ом месяце реализации амбулаторной МСР. Констатация данного факта – один из основных значимых результатов настоящего исследования. Во-первых, потому что, аффективный психопатологический регистр является наиболее объемным и сквозным содержанием психических расстройств, представляющих наркотическую зависимость. Во-вторых, есть основания полагать, что наличие депрессивных и дистимических расстройств в фазе становления ремиссии (через 0,5 года и 1 год после завершения активного лечения) является основным стимулом поискового поведения для достижения эмоционально-

го комфорта. Т.е. – основным глубинным механизмом срывов и рецидивов.

1.5. Наш анализ основных проявлений синдрома анозогнозии (продольной и сравнительной) показывает, что для зависимых от опиоидов вообще не свойственны высокие показатели тяжести выраженности синдрома анозогнозии (максимум – 54 балла). В завершении программы АМСР значения показателя тяжести анозогнозии в экспериментальной группе минимальны – 22,8 балла – и приближаются к возможной нижней границе в 16 баллов. Анализируемый показатель тяжести в баллах достигает стартового уровня через 0,5 года, а через 1 год после завершения АМСР – существенно превышает первоначальные значения. Аналогичная динамика отмечается и по другим, качественным параметрам анализируемого синдрома. Т.е. пациенты, находящиеся к этому времени в состоянии устойчивой ремиссии, в основном считают, что все проблемы, связанные с наркотической зависимостью, остались в прошлом.

Следует отметить, что результат, достигаемой в программах стационарной МСР в отношении преодоления анозогнозии, более устойчивый.

2. Анализ динамики уровней терапевтической мотивации показывает, что перераспределение усредненных Т-баллов от первой стадии терапевтических изменений (предразмышления) – к третьей (действие) и четвертой (сохранение достигнутых результатов) стадиям, отражает то обстоятельство, что в экспериментальной группе и первой группе сравнения количество пациентов, с определяющими мотивами поведения освобождения от зависимости, возрастает. Однако, регистрируемое распределение уровней мотивации, показывающее существенное преобладание первой, наиболее проблемной стадии на всех анализируемых этапах, говорит о том, что мотивационная сфера зависимых от опиоидов является наиболее сложной и трудоемкой реабилитационной мишенью и объясняет, в целом, невысокий процент годовой ремиссии в исследуемых группах.

3. Анализ терапевтической динамики факторов (параметров) психологической устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, таких как: 1) базисные приобретения; 2) новообразованная возраст; 3) социальные факторы, показывает наличие волнообразных позитивных изменений по большинству исследуемых параметров, с достижением максимальных результатов к концу первого месяца реализации МСР. При отсутствии постоянного терапевтического сопровождения, начиная с третьего этапа, отмечается не критическое снижение большинства анализируемых показателей. Как первое, так и второе обстоятельство интерпретируется нами как свидетельство достаточной пластичности анализируемых факторов психологической

устойчивости, и как необходимость поддержания их высокого уровня за счет противорецидивной и поддерживающей терапии.

Сравнительная динамика социальных факторов (в основном – параметра семейной системы) убеждает в том, что основной результат по формированию и удержанию ремиссий в экспериментальной группе достигается, в том числе, и за счет использования конструктивных ресурсов семейной системы, представляющих одну из основных мишеней АМСР.

4. Продольный и сравнительный анализ основных индикаторов, определяющих соотношение качества жизни и социального функционирования зависимых от опиоидов – коэффициентов соотношения (КС) и диссоциации (КД) – в экспериментальной группе и двух группах сравнения показал значимое преимущество исследуемой группы в достижении оптимальных значений КС и КД.

Интерпретация данных результатов заключается в том, что за счет использования ресурсов семейной системы, относительно более свободного режима и менее тяжелых клинических проявлений зависимости, качество жизни пациентов экспериментальной группы оказывается существенно выше, чем у пациентов двух сравниваемых групп. А успешное прохождение адаптационного кризиса, с действенной семейной поддержкой, способствует выравниванию объективного и субъективного показателей качества жизни.

5. Комплексный экономический анализ, проведенный с учетом основных результатов исследовательского проекта, показал, что внедрение экспериментальной модели амбулаторной МСР существенно повышает экономическую эффективность наркологической помощи зависимым от опиоидов за счет снижения прямых затрат на оказание такого рода помощи (по сравнению со стандартной НП), при сопоставимых показателях годовой ремиссии.

6. Вместе с тем, проведенный комплексный анализ полученных результатов, в частности – анализ причин сравнительно высоких показателей отсева пациентов из экспериментальной программы АМСР в первый и второй месяцы реализации, выявил ограниченный спектр показаний к участию зависимых от опиоидов в данной программе. Такого рода ограничения связаны с наличием достаточно высокого исходного уровня мотивации на освобождение от зависимости, а также – готовностью ближайшего окружения пациентов работать в режиме и статусе участников реабилитационной бригады.

Все вышесказанное позволяет констатировать наличие систематизированных сведений, фактов и выводов, полученных в результате проведенного исследования, достаточных для оформления стандартных протоколов амбулаторной медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов.