

Комплексные подходы к медико-социальной реабилитации потребителей наркотиков.

ЕЕСААС, Москва, 4 мая 2008 г. Островский Д.В.



П Р И Н Ц И П Ы:

Давайте вместе посмотрим на современные принципы медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным наркопотребителям и порассуждаем – насколько возможно применить их сегодня?

Но сначала «вспомним» - в каком контексте осуществляются наши попытки?

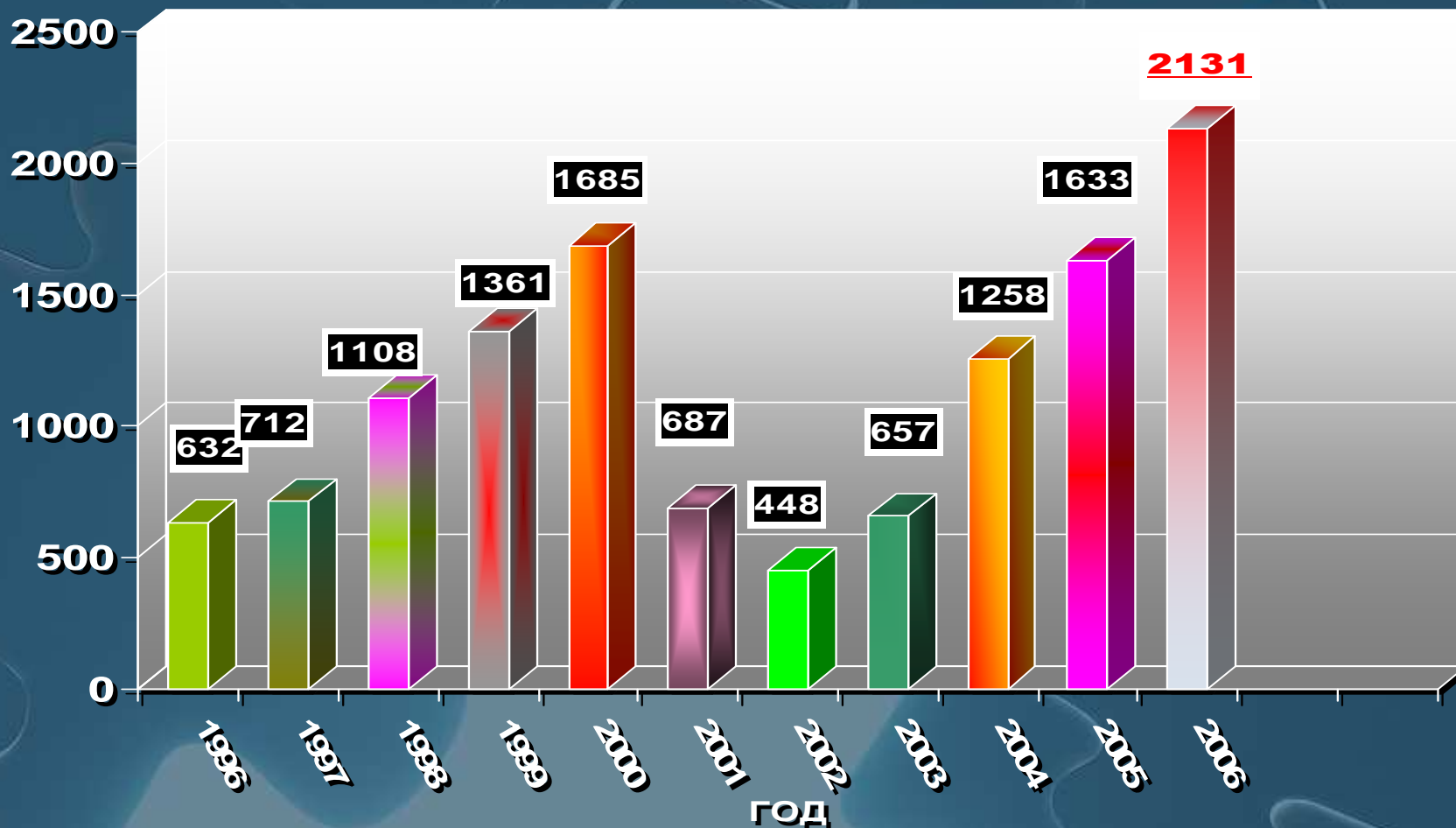


Наркополитика, часто кончающаяся смертью

- Наркополитика, выработанная поколениями (сообществом) западных специалистов и применяемая во всем цивилизованном мире, основывается всего на 2-х принципах:
- Криминализация наркораспространения
- Декриминализация наркопотребления
- В России наркополитики используют один и единственный принцип:
- **Криминализация наркопотребления**

«По плодам их судите их»

Число больных госпитализированных в
НИИ «Скорой помощи» с острым
отравлением наркотиками (СПб)





Медико-социальный портрет пациента (в ГорНаркоБольнице)

- Средний возраст – 27,1л.
- Стаж потребления ПАВ 11,9 лет, инъекционных наркотиков 10,2 лет.
- Образование: ср/спец - 57,5%, среднее - 45%, н/с - 20%
- **Привлечение к уголовной ответственности - 83%**
- Все инфицированы вирусными гепатитами.
- Срок инфицирования ВИЧ -5,5 лет.
- **Состояли на диспансерном учете в центре СПИДа – 34,5%**



Продолжение..

- Участники реабилитационных программ - 15,5%
- Первичная госпитализация в стационар - 5,4%
- **Повторные госпитализации от 2 до 17 раз.**
- Женаты - 15%
- Имеют детей в возрасте от 0 до 12 лет - 28%
- **Проживают с родителями - 65%**
- ***Повторная госпитализация в программу составила более 21% (до 4 раз)!***



Медико-социальный портрет пациента в стационаре Ц.СПИД

- Неполное среднее образование 9,8 %, среднее образование 43%, среднее специальное 37,2%, высшее 3,92%, неполное высшее 5,9%.
- Имеют постоянную работу 15 %, периодически работают 15,2%,
не работают 69,8%.
- **Находятся в активном употреблении 76%**, в устойчивой ремиссии 15,6%, ненаркозависимые 9%.





Продолжение..


- Состоят на учете в ЦСПИД 91%.
- **Судимости 32%.**
- Состоят в браке 27%, гражданский брак 18%, холост 55%.
- **Уровень информированности о заболевании до Проекта 32%, после обследования 68%.**
- ***В лечении проявили заинтересованность 96%.***
- Отказ от сотрудничества 4%.






А не у нас (ПИН во Франции):

- В настоящее время: 3-я группа передачи ВИЧ, то есть:
- Среди вновь выявленных случаев СПИДа в 2005 г.: **9% ВПН**, 23% при гомосексуальных отношениях, 54% при гетеросексуальных отношениях
- Среди вновь выявленных случаев серопозитивности в 2005 г.: **3% ВПН**
- Неведение пациента о своей серопозитивности в момент постановки ему диагноза СПИДа чаще встречается у лиц, заразившихся в результате гетеросексуальных отношений (53%), чем у тех, кто заразился гомосексуальным путем (42%), **и у ПИН (5%)**



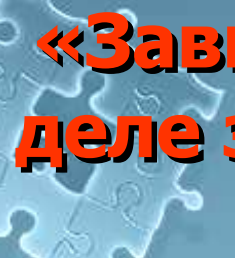
Выявляемость ВИЧ-инфекции в различных возрастных группах (на 100000 населения)

Возрастные группы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	за все годы
До 15 лет	7,9	8,1	3,9	6,1	5,6	6,6	8,8	58,3
15-18 лет	340,7	915,7	191,6	82,6	55,9	53,3	50,0	1912,8
19-29 лет	270,4	916,1	518,5	310,8	266,8	319,9	285,4	2861,6
30-39 лет	36,4	113,6	85,0	69,1	77,4	101,3	180,5	763,0
40-49 лет	6,6	27,9	19,9	16,8	17,1	18,7	34,5	152,4
50 лет и старше	0,2	4,9	3,5	2,0	3,0	3,3	7,4	25,1



Ключевые термины, которые необходимо предварительно обсудить (договориться об их значении):

1. Выживание
2. Зависимость (созависимость)
3. Ремиссия (стадии ремиссии)
4. Работа с окружением (со ЗДЛ)
5. Мотивационное консультирование (мотивационная терапия)



«Зависимость от наркотика» - это на самом деле зависимость от какого-либо состояния, а не от какого-либо вещества.

*Наркологическая зависимость это стремление достичь **состояния**, которое в трезвом виде кажется недоступным, когда формирование влечения к наркотику происходит на собственном опыте, в процессе потребления.*



Этапы становления наркологической ремиссии (3-ий термин)

Учитываются как психологические, так и психопатологические, биохимические, физиологические и др. факторы.

- Этап становления ремиссии («фаза отрыва»)
- Этап стабилизации ремиссии («фаза обучения»)
- Этап сформировавшейся ремиссии («фаза поддержки»)



Но при этом необходимо ПОМНИТЬ, ЧТО:

- В соответствии с современными западными наркологическими взглядами **эффективность наркологической помощи** (и перспективы клиента) оцениваются не по длительности ремиссии, а
- **по длительности периода и интенсивности взаимодействия клиента с различными службами**, помогающими ему разрешать проблемы, возникающие по мере его отхода от наркотиков.



Работа с окружением (4-ый термин) – как мы ее оцениваем?

- Во Франции (например) об ВИЧ-инфекции информирован:
 - лечащий врач в 92.8%,
 - **сексуальный партнер в 90.4%** (при том, что в 98.4% в случае устойчивой пары и в 30.6% в случае случайных связей).
- родственники знают об ВИЧ-инфекции в 46%, дети в 37.5%,
- друзья в 37.4%,
- работодатель в 17.8% случаев.



Когда речь идет о лечении ПИИ, больного СПИДом, можно ли предположить, что он прекратит потребление из-за своей болезни?

- Конечно, иногда такое случается, но чаще всего, болезнь есть лишь возможность мотивации (5-ый термин) к изменениям, которую еще надо суметь укрепить.
- В этом смысле, чем дожидаться быстрых результатов в отношении воздержания от наркотиков, следует сконцентрировать свое внимание на течении вирусного заболевания и помнить, что главное – это **продление жизни больного (1-ый тер.)**
- Следовательно, важнейшая задача – ***не допустить прекращения терапии.***



Цель мотивационного консультирования

- помочь пациенту разобраться в своих противоречивых стремлениях таким образом, чтобы **пациент сам озвучил необходимость перемен, продумал и обосновал шаги по изменению своего поведения.**



Так что же главное?

- главная задача терапии (помощи) наркозависимых(м) - увеличение возможностей контроля над употреблением



Принципы помощи

1. Целостная помощь каждому пациенту, включающая медицинский, психологический и социальный ее аспекты
2. Лечение ВИЧ-инфекции и наркомании параллельно
3. Выработка специализированными мультипрофессиональными командами решений, адаптированных к поведению и ситуации, производными от зависимости от незаконного наркотика (в рамках философии Harm Reduction)



Принципы помощи (2)

4. Уважение пациента и добровольности его обращения за медицинской помощью
5. Соблюдение врачебной тайны (защита конфиденциальности)
6. Сотрудничество со специалистами разного профиля, внутри и вне ЛПУ: сближение МП команд, работающих в инфекционной службе и команд, специализирующихся на наркомании.



Но (в отношении 2-го принципа — параллельного лечения):

- Необходимо избегать смешения между психологической поддержкой
- в случае ВИЧ-инфицированности и СПИДа
- и лечением, предлагаемым в случае:
 - 1. наркомании (продолжения потребления) или
 - 2. отказа от наркотиков (абстиненция) (при чем неважно — добровольного или принудительного!)
- Необходимо различать типы вмешательства в этих двух областях, разделять задачи двух врачей или двух команд, одна из которых специализируется по наркомании.



При этом необходимо ПОМНИТЬ, ЧТО:

- *Вступая в профессиональный контакт со стажированным (имеющим длительный опыт употребления наркотиков) наркопотребителем, мы имеем дело с человеком, жизнью которого управляет наркотик*
- *Отношение к ВИЧ-инфекции формируется и реализуется на фоне наркотического поведения*



Стратегия «harm-reduction» (3-ий принцип) - это, в первую очередь, **«сохранение способности к лечению»**

- Самая главная задача низкопороговых программ – для чего, собственно, они и создавались – интеграция немотивированных (или низкомотивированных) пациентов в государственную систему здравоохранения.



Особенности работы с наркозависимыми

- Личностные особенности
- Какой наркотик употребляет
- Активное употребление или ремиссия
- Суточная фаза
- Семейное окружение
- Социальный статус
- Отношение к болезни
- Мифы



В рамках каких «мероприятий»
(проблем) мы можем повлиять на
мотивацию больного?

- Детоксикация
- Соматические проблемы
- Решение социальных проблем
- Психологическая поддержка



Организация помощи и лечения (в рамках):

- Лечение в инфекционной клинике
- Наркологической помощи
- Снижения вреда
- Психологической
и социальной помощи



Принципы оказания медико-социальной помощи

Медико-социальная помощь должна быть:

- Доступной
- Бесплатной
- Дружественной (предоставляться непредвзято настроенным персоналом)
- Непрерывной
- Индивидуальной



1.- «Психологическая доступность»

- Эта стратегия подразумевает не только снижение порога доступа к различным услугам, то есть, облегчение физического доступа, а, **в большей степени,**
- **устранение психологического барьера, возникающего вследствие специфики заболевания или вследствие специфики отношения к заболевшим.**



Мультипрофессиональный ПОДХОД

- Инфекционист
- (Эпидемиолог)
- **Нарколог (психиатр)**
- Психолог
- Медицинская сестра
- Социальный работник
- Консультант



Модель оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным ПИН

Этапы:

1. Подготовительный
2. Отбор пациентов
3. Лечебно–диагностический
4. Прием ВААРТ



1. Подготовительный этап

- Психолог, соц.работник
- Кабинет группы сопровождения, оборудованный многоканальным телефоном и компьютером.
- Получение, сверка и ведение базы данных
- Контакт с пациентом по телефону.
- Рекрутинг и координирование потока пациентов.
- Сопровождение пациентов с этапа на этап
- Отслеживание маршрута пациентов.
- Социально – психологическое сопровождение пациентов, получающих ВААРТ
- *Продолжительность:* от первого контакта до направления больного в стационар



2. Этап отбора пациентов

- Консультант
- Кабинет консультирования в инфекционной больнице
- Первый очный контакт с пациентом. Определение необходимости оказания наркологической помощи. Мотивация пациента на обследование и лечение. Направление по результатам консультирования на обследование и лечение в :
 - наркологический стационар
 - инфекционный стационар
 - амбулаторию.
- *Однократный прием*



3. Лечебно-диагностический этап

- Врач психиатр-нарколог, врач инфекционист
- Наркологический стационар, инфекционный стационар, амбулаторное отделение центра СПИД
- Для пациентов не нуждающихся в детоксикации:
 - - обследование в амбулатории
 - - обследование в инфекционном стационаре (по показаниям)



Продолжение..

- Для пациентов нуждающихся в детоксикации:
 - амбулаторный прием нарколога
 - детоксикация в наркологическом стационаре;
 - иммунологическое обследование
 - поддерживающая психофармакотерапия
 - психологическое и психотерапевтическое сопровождение
 - диагностика и лечение сопутствующих инфекционных заболеваний
 - подготовка и представление на комиссию-назначение и подбор ВААРТ.
- *Продолжительность:* до трех месяцев



Требования к наркологическому стационару для ВИЧ-инфицированных ПИН

- В составе инфекционной больницы (согласно Приказу МЗ РФ № 290-1997)
- Закрытость
- Обученный персонал
- Индивидуальный протокол ведения больных



4. Этап приема ВААРТ

- Врач-инфекционист, врач психиатр-нарколог, психолог, соц.работник
- ОИЗ района, дневной наркологический стационар, наркологический реабилитационный центр, кабинет группы сопровождения
- Выдача препаратов ВААРТ и ведение больных. Медико-социально-психологическое сопровождение больных
- *Продолжительность:* все время приема ВААРТ.