

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава РФ

**Реабилитация больных алкоголизмом в пожилом
и старческом возрасте**

Т.Н.Дудко, Т.В.Адамова

Москва - 20.10.2017

Население РФ (2014 г.) - 143,7 мил. человек, из них лиц мужского пола - 66546888, женского пола - 77120043 (2014 г.). Лица старше трудоспособного возраста (60-70 лет и старше) составляли 33788663 человек. Следовательно, не менее 1,2% из них имеют проблемы со злоупотреблением алкоголем, что, основываясь на данных официальной статистики, насчитывало 405464 человека. Эти граждане, исходя их биопсихосоциодуховной парадигмы наркологических заболеваний, имели не только проблемы алкогольного генеза, но и были подвержены многим другим психическим расстройствам, часто встречающиеся у лиц старше 60-65 лет. К ним относятся: а) субдепрессивные и депрессивные состояния, суициды, обусловленные плохим соматическим состоянием, социальными и бытовыми трудностями, потерей близких родственников и пр.; б) невротические расстройства - различного рода фобии, нарушения сна; в) инволюционные расстройства, вызванные процессами старения (ухудшение памяти, нарушение поведения, начальные признаки болезни Альцгеймера, деменции и т.д.).

Одна из особенностей сложившейся у нас в стране ситуации состоит в том, что «вхождение в старость» происходит на фоне снижения уровня жизни многих людей. Очень часто это влечет за собой не только бедность и экономическую подневольность, но и чрезмерное ухудшение здоровья, усугубляя тем самым социальную изолированность, психическое и психологическое неблагополучие. Несомненно, что пожилые и старые люди попадают в группу высокого риска, становятся очень зависимыми от медико-социальных и экономических услуг и особенно нуждаются в медицинской и

Вместе с тем, лица 60-70 лет и старше не обеспечены программами первичной, вторично и третичной профилактики. В статистических сборниках Минздрава России «Основные показатели деятельности наркологической службы» отсутствует информация, касающаяся этой группы граждан нашей страны. Очень часто пациенты с коморбидными расстройствами, включая алкоголизм, наблюдаются в поликлиниках по месту жительства и при необходимости госпитализируются в соматические больницы, где не уделяется необходимое внимание их наркологическим заболеваниям.

Нами обследованы больные алкоголизмом в возрасте 60-70 лет, мужчины 78 человек, женщины – 6. Выделено две группы больных. Первую группу составили больные (43 чел.), у которых алкоголизм сформировался до ухода на пенсию, то есть до 60-летнего возраста, вторую группу – больные (35 чел.), у которых алкоголизм сформировался после ухода на пенсию. У всех больных синдром патологического влечения отличался сравнительно небольшой интенсивностью, отмечалось снижение толерантности и тяжелое течение ААС. Ремиссии после лечения в обеих группах, как правило, не превышали 3 - 6 месяцев. Исследование мотивов на лечение, отказ от употребления алкоголя и УРП позволило установить:

- мотивы на лечение в основном обусловлены относительно плохим состоянием здоровья, тяжелым похмельем, одиночеством, безденежьем. 29% больных отмечали появление желания приобщиться к религии и «избавиться от чувства греха и вины», которое начинали их преследовать. Больные подчеркивали, что хочется «заслужить перед Богом прощение и спокойно умереть», а также избавиться от алкогольной зависимости, «чтобы дети, внуки не поминали их плохими словами». В основном именно эти внутренние мотивы способствовали приобщению пациентов к лечению и активно конкурировали с мотивом патологического влечения к алкоголю. Определенное значение имела мотивация на лечение со стороны родственников алкогользависимых и ЗДЛ.

У больных первой группы диагностировалась 2 – 3 стадия алкоголизма, низкий УРП, продолжительность алкогольной зависимости 11-27 лет, толерантность 300-450 мл. водки в течение дня, различной выраженности соматические заболевания и социальная дезадаптация.

У больных второй группы продолжительность заболевания алкоголизмом составляла 2 - 5 лет, преобладало периодическое пьянство, толерантность 250-400 мл. водки в течение дня. УРП – низкий и частично средний, соматические заболевания были выражены в меньшей степени, чем у больных 1 группы.

В обеих группах особо быстро прогрессировало злоупотребление алкоголем спустя 6 -12 месяцев после ухода на пенсию, что, как отмечали больные, обусловлено «бездельем», отсутствием перспективы трудоустроиться, ощущениями гнета социальной невостребованности, разочарованием в социальной системе страны, ухудшением физического здоровья. Формированию алкоголизма после ухода на пенсию также способствуют резкое изменение образа жизни, смена стереотипов, сопровождающиеся социальной дезадаптацией, чувством одиночества, депрессиями, диссомническими расстройствами. У большинства пациентов периоды злоупотребления алкоголем часто осложнялись сердечнососудистыми заболеваниями, гипертоническими кризами, нарушениями мозгового кровообращения, ухудшением памяти, астеническими расстройствами, сексуальной слабостью.

Клиника, УРП	I группа	II группа
1.Стадия болезни	3	2- 3
2. Продолжительность заболевания алкоголизмом	11-27 лет	3-5 лет
3.УРП: низкий средний	87% 13%	74% 26%
4.Толерантность	Снижена	Снижена
5. Форма потребления алк. ежедневная периодическая псевдозапой	77% 23% 17%	63% 37% 7%
6.Критика к алк. зависимости снижена отсутствует	63% 37%	68% 32%
7.Наследственность: отягощена не отягощена	97% 3%	47% 53%
8.Ранее лечились от алк.	98%	3%
9.Ремиссии после лечения	2 – 6 мес.	3 – 6 мес.
10.Судимость	48%	8%
11.Повторные браки	93%	51%
12.Разведены	47%	12%
13.Имеют детей	83%	97%
14. Работают: постоянно периодически	3% 11%	7% 15%
15. Суицидальные мысли	68%	34%

Успех лечения (ремиссии 1-2 года) у обеих групп больных достигался в тех случаях, если пациенты были госпитализированы в негосударственные реабилитационные центры с пребыванием в них не менее 3-6 месяцев с последующей противорецидивной терапией в амбулаторных условиях. Большинство больных особенно второй группы активно избегали лечения в государственных наркологических учреждениях, т.к. учет представлялся им неким унижением и несправедливостью. Вместе с тем, в виду отсутствия в стране государственных реабилитационных центров (РЦ) для лиц старшего нетрудоспособного возраста, выдержать столь продолжительные сроки реабилитации, особенно при низких пенсиях и необходимости оплачивать содержание в РЦ, удавалось лишь 9,7% больным. Отсутствие амбулаторных противорецидивных медицинских и социальных реабилитационных программ для лиц в пожилом и старческом возрасте, вынужденная безработица являлись основными причинами рецидивов заболевания.

- Реабилитации наркологических больных в РФ началась системно реализовываться после выделения наркологии в самостоятельное направление оказания медико-социальной помощи наркологическим больным и Приказа Минздрава РФ № 76 18 марта 1997 г. «О наркологических реабилитационных центрах», в котором отмечено: «Одним из наиболее реальных путей повышения эффективности лечения больных алкоголизмом и наркоманией является развитие реабилитационного звена, которому в настоящее время на местах не уделяется должного внимания» (Министр – Т.Б.Дмитриева).

Основные мишени медицинской, психологической и социальной реабилитации

а) психическое и физическое состояние;

б) мотивы обращения за наркологической помощью и ресоциализацией;

в) интеллектуально-мнестическая и эмоционально-волевая сферы;

г) личностные качества - характер, поведение, способности;

д) морально-этические особенности, шкала морально-этических ценностей;

е) коммуникативность, оценка пациентом качества межличностных отношений в семье и в социуме;

ж) социальный и социально-экономический статус пациентов, социальные потребности, социальная ответственность, социальный и духовный интеллект.

Структура и устройство реабилитационного центра в соответствии с Приказом Минздрава №76

Для осуществления поставленных задач в структуру реабилитационного центра могут включаться следующие подразделения:

- отделение социальной и медицинской реабилитации;
- амбулаторное отделение;
- реабилитационное общежитие;
- терапевтические сообщества;
- подсобные хозяйства.

В отделении могут выделяться койки для работы в режиме ночного профилактория для больных, работающих в дневное время по своей профессии на предприятиях, в организациях и в учреждениях.

Психотерапевтическая составляющая комплексного лечебно-реабилитационного процесса включала динамическую, когнитивно-бихевиоральную терапию, гипнотерапию, работу с семьей больных. Идеология оказания лечебно-реабилитационной помощи должна быть направлена на общение с этими пациентами в эмпатической, уважительной манере, с акцентом на простые и четкие сообщения, которые учитывают когнитивные изменения, связанные со старением.

Психотерапевту и психологу в работе с такими пациентами важно учитывать, что в пожилом и особенно в старческом возрасте актуальной является проблема адаптации к снизившимся психофизиологическим возможностям и к изменению социальной активности и общения.

В зависимости от того, как решаются указанные задачи, выделяются разные типы отношения к происходящим изменениям, а также разновидности поведения пожилых людей. важно помнить, что в структуре их потребностей имеют большое значение потребности в независимости и в проецировании на других своих психических проявлений. Пожилые люди крайне негативно относятся к попыткам руководить ими, давать им советы, конструировать их жизнь. Они часто бывают амбициозны, обидчивы, поэтому императивный тон общения с ними неприемлем. Поэтому при работе с пожилыми людьми нужно постоянно демонстрировать уважение к ним, апеллировать к их жизненному опыту, следить за созданием и поддержанием необходимого психологического климата, способствующего обоюдному доверию и обсуждению значимых проблем, подчеркивать искренний интерес к пациенту и подлинное желание помочь ему, предоставлять максимальную возможность высказаться [4].

Иногда пациенты в отношении психолога проявляют агрессию, за которой может стоять сильный страх смерти.

В работе с пациентами пожилого и старческого возраста следует учитывать их личностные особенности. Так, среди пожилых людей очень часто встречаются молчаливые, замкнутые, подчеркивающие свое недоверие к посторонней помощи в решении их проблем и работе психолога, в частности. Скрытность для них является своего рода ширмой, за которой они прячут свою неуверенность и низкую самооценку. В работе с такими людьми следует быть предельно лаконичными, использовать простые и четкие тезисы, реальные, конкретные факты. Часто, хотя они это и скрывают, таким людям нравятся сильные личности. С ними пожилые люди бессознательно надеются разделить ответственность за свою дальнейшую судьбу. Они охотно следуют советам и инструкциям, произнесенным уверенным, но не выходящим за рамки уважительного отношения к старости тоном. Такая форма работы эффективна и с пациентами, для которых характерна старческая многословность.

Появление в семье незанятого на работе человека требует от него социально-психологической перестройки. На «отставника» перекладывается часть домашней работы, возлагается забота о внуках. Однако указанные хлопоты не всегда являются полноценной заменой прежних социальных и профессиональных контактов для пожилого человека. Ему предлагаются новые социальные роли, которые он волен принять или отвергнуть. Происходит перестройка их межличностных семейных отношений, необходимой оказывается определенная коррекция личностных качеств членов семьи.

Как следствие указанных процессов, а также в результате влияния других

причин, проживание пожилого человека совместно со своими детьми часто сопровождается таким феноменом, как «конфликт поколений». Как указывает Т.И. Безденежная, в некоторых семьях конфликт «отцов и детей» может обостриться настолько, что делает очень проблематичным совместное проживание в одной квартире представителей разных поколений. Полнейшее взаимное непонимание, точнее нежелание понимать, вражда, отсутствие уважения, постоянное напряжение пагубно сказываются на здоровье и нервной системе враждующих сторон. Особенно это относится к пенсионерам, оказавшимся свободными от выполнения каждодневных профессиональных обязанностей на протяжении многих лет. Теперь, когда они вынуждены изменить свои привычки, сменить образ жизни, ее темп и ритм, привыкнуть к новому режиму, спокойное и доброжелательное отношение близких становится особенно необходимо. Они нуждаются в поддержке родственников как никогда [5].

Терапевтические ремиссии среди обследуемых нами больных алкоголизмом пожилого и старческого возраста были следующие:

- не завершили ЛРП - не находились в программе амбулаторной реабилитации 12 больных 1 группы (20,9%) и 14 больных – второй (34%). Ремиссия для этого контингента составила: в 1 группе 2- 3 месяца, во второй 3 – 4 месяца.

- после реабилитации в РЦ участвовали в амбулаторной программе в течение 2 месяцев, но не завершили ее: 6 чел. 1 группы (13,9%) и 13 чел. 2 группы – (22,8%). Ремиссия для этого контингента составила: в 1 группе 6-7 месяцев, во второй 8-9 месяцев.

- завершили ЛРП и находились в программе амбулаторной реабилитации до 6 месяцев 25 больных 1 группы (58,1%) и 8 – второй (22,8%). Ремиссия для этого контингента составила: в 1 группе 10- 11 месяцев, во второй 11-14 месяцев.

Эффективность ЛРП

Терапевтические ремиссии в среднем по стране среди больных наркоманией, которым была оказана лечебная и реабилитационная помощь, следующие:

После лечения ремиссия от 1 года до 2 лет - 9,0%,

После медицинской реабилитации ремиссии от 1 года до 2 лет –24,5%.

В государственном Якутском республиканском наркологическом диспансер (2012 г.) продолжительность реабилитационных 1-годовых ремиссий достигает **65,4%**, 2-годовых – **53,5%**, 3-годовых - **49%** .

Отечественный опыт убедительно свидетельствует Брюн Е.А., Клименко Т.В., Дудко Т.Н. и др. 2013), что завершение программ медицинской реабилитации с оказанием амбулаторной противорецидивной терапии обеспечивает в настоящее время 30-40% годовых ремиссий.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ !