

Опыт лечения и реабилитации наркозависимых в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского

Анатолий (БЕРЕСТОВ)	иеромонах, д.м.н., профессор, руководитель Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, Москва
ПОЛИЕНКО Е.М.	к.м.н., врач-нарколог-фитотерапевт, ученый секретарь Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, Москва
КОЗЛОВ А.А.	к.м.н., старший научный сотрудник отделения клинических исследований наркоманий НИИ наркологии МЗ РФ, Москва

Описываются духовно-ориентированные методы лечения наркозависимых больных, проводимые в Душепопечительском центре во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского. Излагаются основные принципы православного душепопечения и результаты лечения за период с 1999 по 2001 гг.

Введение

Наркомания занимает одно из первых мест в спектре проблем, стоящих перед российским обществом. Сегодня она представляет серьезную угрозу здоровью населения страны — в связи с эпидемическим характером ее экспансии, быстрым ростом распространенности среди подростков и женщин, всплеском ВИЧ-инфекции, гепатитов, венерических заболеваний, туберкулеза среди наркологических больных и потребителей психоактивных веществ. Наркотики становятся все более доступными, ассортимент их расширяется, потребление растет, а потребитель молодеет. Смертность в результате передозировок наркотиками увеличивается с каждым годом. Масштабы и темпы распространения наркомании в стране таковы, что ставят под вопрос физическое и моральное здоровье наших граждан, социальную стабильность общества, затрагивая по существу вопросы национальной безопасности.

На протяжении многих десятилетий для Российской Федерации были типичными злоупотребления алкоголем. Однако в последние годы в стране произошли существенные изменения в структуре контингента больных, обращающихся за наркологической помощью. Наряду с явным преобладанием больных алкоголизмом совершенно очевидно, что наркомания по темпу роста заболеваемости занимает ведущее место. Так, с 1984 по 1996 г. заболеваемость наркоманиями выросла в 13 раз, а токсикоманиями в 9 раз. Анализируя динамику заболеваемости наркоманиями, необходимо отметить, что ситуация резко ухудшилась в последние 4 года. К началу 1997 г. в медицинских учреждениях страны было зарегистрировано 88 тыс. больных с диагнозом “наркомания”, а уже к концу 1999 г., по данным Минздрава РФ — 209 тыс. (143,7 на 100 тыс. населения) [7,8,12,17]. По данным НИИ наркологии число лиц, имеющих проблемы с наркотиками и обращающихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как 1:7 [5]. Следовательно, распространенность больных наркоманиями составляет около 2 млн. человек, а по данным ООН, их число приближается уже к 3 млн., это 2 % от всего населения РФ [13]. Если в начале прошлого десятилетия среди потребителей преобладали больные, злоупотребляющие кустарными опиатами, то уже начиная с 1994—95 гг. отмечается значительный рост больных героиновой наркоманией. К настоящему времени потребители героина составляют 87%. Следует отметить, что за последние 10 лет более чем в 11 раз возросло количество женщин, злоупотребляющих наркотиками [5,12].

Вызывает тревогу рост числа осложнений, связанных с употреблением героина. По данным НИИ наркологии МЗ РФ, более 70% больных наркоманиями, вводящие героин внутривенно, являются носителями вирусов, вызыва-

ющих инфекционные гепатиты (В, С) и большинство из них (до 70%) имеют клинические признаки поражения печени, у 50% выявляются поражения миокарда, кожно-венерические заболевания и даже туберкулез. А количество ВИЧ-инфицированных больных только за последние 6 мес. увеличилось в 3,3 раза, и в настоящее время из 103 тыс. носителей вируса иммунодефицита человека в РФ более 90% больных наркоманией [4,6]. Также указывается на повышенный суицидальный риск и высокую смертность (25%) у больных наркоманией [7,16]. Кроме перечисленных заболеваний в результате наркотизации, при многолетнем течении наркоманий наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев — деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями [2,9—11,15]. Наркотизация меняет социальную ориентацию личности за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и роста числа правонарушений, т.е. криминализации [7,15,18].

Неблагоприятная обстановка складывается вокруг не только больных наркоманиями, но и их родственников, близких, социального окружения; низкое моральное и физическое здоровье значительной части молодежи, их бездуховность могут в достаточно близком будущем привести к дестабилизации общества [2]. Уже в настоящее время имеются официальные сообщения с неблагоприятными демографическими прогнозами для России, значительное место в которых уделяется героиновой наркомании [1,7].

Несмотря на то, что основные направления отечественной наркологии представлены биологическими, клиническими и социально-психологическими аспектами и уже заложены основы реабилитации больных наркоманиями [3,14], результаты исследований указывают на недостаточность изучения глубины процесса формирования зависимости от наркотиков. Мы считаем, что проблема наркомании является не только биологической или медицинской, а в первую очередь — духовно-социальной как следствие бездуховного образа жизни, жизни без Бога и вопреки Богу. Медико-биологические нарушения являются вторичными по отношению к духовным и социальным проблемам.

Духовно-ориентированные методы лечения наркозависимых

В Душепопечительском центре (ДПЦ) во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского с 1998 г. проводится программа реабилитации наркозависимых, направленная на избавление от недуга наркомании, нравственное возрождение личности, обретение семьей и обществом полноценных граждан и состоящая из трех этапов.

На 1-м этапе, который длится от 2—3 недель до 1,5—2 мес., проводится купирование абстинентного и постабстинентного синдромов. Важным является назначение тех или иных медикаментозных или фитопрепаратов,

после чего начинается активное опечорвление и пастырское душепопечение.

На 2-м этапе, длящемся от 6 мес. до 1,5—2 лет, происходит удаление больного из наркозависимой среды, изменение образа жизни и активное духовное, психотерапевтическое воздействие на личность. Этап становления и закрепления ремиссии осуществляется психиатрами-наркологами, психотерапевтами, группой бывших наркоманов, вернувшихся к нормальному образу жизни при активной пастырской поддержке. Анализируются интерсоциальные контакты и среда, способствовавшие формированию наркозависимости, моделируются ближайшие и отдаленные перспективы. Активно обсуждаются вопросы, касающиеся смысла жизни, понятий «грех», «страсть», проводятся беседы о христианских добродетелях. Осуществляется духовно-психологическая подготовка к Таинству Исповеди.

На 3-м этапе реабилитации осуществляется активная социализация молодых людей, возвращение их в общество и в семью.

Основные принципы православного душепопечения:

1. Исповедование Православной веры и привнесение ее духовной истины и чистоты во врачебную, психологическую и психотерапевтическую деятельность.

2. Базирование душепопечительской практики на религиозно-философском и психологическом отеческом и святоотеческом наследии.

3. Неприятие оккультно-мистических техник (программирование, кодирование, гипноз) и других методов воздействия на подсознание.

Пастырское окормление:

- пастырские собеседования и проповеди;
- занятия в группе по изучению Святого Писания;
- приобретение к церковной жизни: Святые Таинства Крещения, Исповеди, Причастия, Елеосвящения;
- литургическая жизнь, совершение молебнов, паломнические поездки по святым местам.

Естественно, что не все обратившиеся к нам проходят все эти этапы в силу своего неприятия тех или иных требований по процессу реабилитации (в среднем «отсев» составляет, как и в других центрах, около 40%) и с оставшимися ведется активная работа всеми нашими сотрудниками.

Первичный прием больного в ДПЦ проводится врачом психиатром-наркологом, который не только определяет состояние его здоровья, но и направляет на катехизацию, к психологу, психотерапевту и в дальнейшем прослеживает, насколько правильно больной проходит все этапы реабилитации.

В духовном плане на 1-м этапе реабилитации после выведения наркозависимого из состояния наркотизации и снятия физической «ломки» основной задачей являются пробуждение у наркозависимого осознания его греховности и греховного образа жизни, выработка понятий о грехе, вечной жизни и осознание того, что наркомания — это результат греха и греховного образа жизни. Грех не лечится, а побеждается благодатью Божией и верою больного.

Пробуждение у больных наркоманией покаянного чувства и привитие ему стремления к покаянию проводится всеми специалистами ДПЦ — психиатром-наркологом, психологом, психотерапевтом, катехизатором. В клинике НИИ наркологии с 1999 г. действует больничный храм во имя святой блаженной старицы Матроны Московской (см. фото на 4-й полосе обложки).

Материалы, методы и результаты исследования

С 1999 по 2001 гг. обследовано и пролечено 220 больных опийной (героиновой) наркоманией (82 % мужчин и 18 % женщин) в возрасте от 15 до 36 лет, судьбу которых нам удалось проследить в течение 2 лет.

Отягощенная наследственность (хронический алкоголизм у родителей) выявлена у 55% больных, преимущественно по линии отца. У большинства больных отмечены неблагоприятные микросоциальные условия (неполная семья, где, как правило, занималась воспитанием ребенка

одна мать; гипоопека; стрессы, скандалы в семье часто с авторитарной жесткой матерью и слабым безвольным отцом, распад семьи и т.п.).

Анализ социального и образовательного уровня выявил следующие особенности: несмотря на то, что практически все закончили среднюю школу, 10% — специальные учебные заведения, 2% — вузы и 10% были студентами вузов, подавляющее большинство (80%) в момент обращения в ДПЦ нигде не учились и не работали (т.е. у нас была более дезадаптированная группа больных по сравнению с другими центрами).

У большинства наблюдаемых нами больных первый опыт употребления ПАВ приходился на 13—14 лет, чаще наркотиками канабиоидного ряда, а позже — проба героина в основном интраназально и только с 15—18 лет героин вводился внутривенно. Период эпизодического употребления был редуцированным (от 2 недель до месяца) и позже сменялся систематическим приемом.

Формирование ведущих симптомов зависимости происходило достаточно быстро (1—1,5 мес.), что характеризует высокий темп прогрессивности данного заболевания.

Давность заболевания у наших больных — от нескольких месяцев до 15 лет (при анализе по годам определилась преобладающая группа в 62 % — от года до 3 лет).

Средняя суточная доза героина составила от 0,1 до 0,5 г, кратность приема — от 1 до 4 раз. Подавляющее число больных, обратившихся к нам за помощью, употребляли героин ежедневно.

Сочетанный прием героина и алкоголя был у 20 % больных, но следует отметить, что в последний год это число значительно выросло.

Спонтанные и терапевтические ремиссии в анамнезе отмечены у 80 % больных, причем спонтанные ремиссии были нестойкими (до 3 мес.) и чаще носили ситуационно-обусловленный характер, а терапевтические — очень краткие: от нескольких дней до месяца.

Патологическое влечение к наркотику носило выраженный доминирующий характер, о чем свидетельствовали чувство охваченности переживаниями, связанными с употреблением героина, отсутствие внутренней переработки и борьбы мотивов.

Из заболеваний, приобретенных в период употребления наркотика, преобладали вирусные гепатиты, преимущественно группы «С» — 80 % и ВИЧ-инфекция — 10 % (данные сведения получены из медицинской документации и со слов больных и их родителей).

Критика заболевания наркоманией была сохранена, а активная установка на отказ от ПАВ, к сожалению, присутствовала не у всех больных. Часть больных лечилась в нашем центре по настоянию родителей и ближайших родственников.

В клинической картине абстинентного синдрома (от нескольких часов до 2 дней) у наших больных преобладали психопатологические нарушения: тревожность, нарушение сна, астено-депрессивная симптоматика, раздражительность, дисфория. Менее выраженными были алгические проявления, сопровождающиеся ознобом, ринитом, диареей, учащенным мочеиспусканием на фоне выраженного влечения к наркотику и другой сомато-вегетативной симптоматикой.

Постабстинентное состояние характеризовалось выраженной депрессией с тоской, апатией, периодически обостряющимся патологическим влечением к наркотику, нарушением со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, повышение АД).

Количественная оценка тяжести состояния больных проводилась по 4-балльной шкале, разработанной в НИИ наркологии, где 0 — отсутствие симптомов; 1 — слабая их выраженность; 2 — умеренная выраженность; 3 — тяжелая выраженность. Легкая степень тяжести течения АС и ПАС наблюдалась у 141 нашего больного, а средняя — у 69.

Лечение фитопрепаратами проведено нами у больных с легкой и средней степенью тяжести АС и ПАС, поскольку тяжелая степень тяжести течения АС подлежит лечению в условиях стационара.

Мы применяем различные фитосборы не только с целью коррекции тех или иных психопатологических и психосоматических нарушений, но и для лечения самых разнообразных сопутствующих заболеваний. Необходимо отметить, что фитотерапия в комплексной программе реабилитации больных наркоманией в ДПЦ проводится с января 1999 г.

Для купирования патологической симптоматики у наших больных мы применяли как фитосборы лекарственных растений (патент на изобретение № 2177799 от 25.IV.2001 г.), так и комплексные фитопрепараты на основе вышеуказанных сборов с пищевым хитозаном (решение о выдаче патента на изобретение от 8.01.2002 г., приоритет от 19 июня 2001 г.).

Лечение настоями из фитосборов уменьшало и снимало патологические симптомы в течение 12–20 дней, а в дальнейшем проводилась поддерживающая терапия, учитывая длительность течения ПАС — от 15–20 дней до 1–2 мес. Осложнений при проведении лечения не отмечено.

Применение комплексных фитопрепаратов, содержащих фитосборы четырех типов и водорастворимого пищевого хитозана, который не только пролонгирует действие лекарственных растений, но и сам выполняет важную роль в восстановлении защитных сил организма благодаря его иммуностимулирующему, противовоспалительному и антиоксидантному действию, позволяло снять острые явления АС и ПАС в первые 3–7 дней, а при применении фитопрепарата № 4 (геппара) — нормализовать уровень ферментов в крови. У некоторых больных отмечено значительное снижение уровня антител к РНК — вирус гепатита «С» и даже исчезновение этого вируса.

Контрольное лечение группы больных только одним пищевым хитозаном не дало таких результатов: в лучшем случае несколько смягчились явления «ломки» в первые 1–2 дня.

Катамнестическое наблюдение за больными показало хорошую эффективность проводимого лечения: 85 % больных из числа желающих и полностью идущих по нашей программе не употребляют наркотики, работают, учатся, у них наладились семейные отношения, а у некоторых родились здоровые дети.

Выводы

Проведенная нами статистическая обработка полученных данных выявила связь положительных результатов лечения с воцерковлением больных. Эти результаты получены благодаря самой системе психологической реабилитации, проводимой в Душепопечительском центре под руководством иеромонаха Анатолия (Берестова). Да, «ломку» снять можно, это не проблема, а что дальше? Начало с «азов», с катехизации, посещения богослужений, молебнов, подготовка к Исповеди и Причастию, постепенное

воцерковление пострадавших и их родителей — все это дает возможность справиться с тяжелой проблемой.

Список литературы

1. Аюбян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России (монография). / Под ред. академика РАМН, проф. В.А. Таболина. — М., 1999. — 168 с.
2. Берестов А. Возвращение в жизнь. — М.: Изд-во Душепопечительского центра во имя святого праведного Иоанна Кронштадтского, 2001. — 224 с.
3. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герши А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Ж. Наркология. — 2002. — № 1. — С. 43–47.
4. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень. — М.: ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2001. — № 20. — 28 с.
5. Вышинский К.В. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ на примере города Москвы: автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1999.
6. Должанская Н.А., Бузина Т.С. ВИЧ-инфекция в наркологической практике. — М.: Анахарсис, 2000. — 44 с.
7. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России. // Русский медицинский журнал. — 1998. — Январь. — С. 109–114.
8. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1999. — № 9. — Т. 97. — С. 4–10.
9. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания. — М., Изд-во «Медпрактика», 2000. — 121 с.
10. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развивающаяся у больных с различными особенностями личности (условия формирования, клиническая картина, терапевтический подход) // Наркология. — 2002. — № 1. — С. 35–39.
11. Козлов А.А., Рохлина М.Л. Наркоманическая личность. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — № 7. — С. 23–27.
12. Кошкина Т.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Вопросы наркологии. — 2001. — № 3. — С. 61–67.
13. «Крулый стол» № 2 (22), 2001 апрель-июнь. — «СПИД инфосвязь». — С. 29.
14. Михайлов В.И., Казаковцев Б.А., Чуркин А.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркология. — 2002. — № 1. — С. 40–42.
15. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
16. Чирко В.В. О течении наркомании и токсикоманий по данным отдаленного катамнеза // XIII съезд психиатров России (материалы Съезда). — М., 2000. — С. 276.
17. Шамота А.З. Динамика наркотизма в Москве в 1999 г. // XIII съезд психиатров России (материалы Съезда). — Москва, 2000. — С. 277.
18. Tchistyakova L.A. Social Consequences of Heroin Addiction. // J. European Psychiatry. — 2000, October. — 15. — Suppl. 2. — P.341s.

ANATOLY (BERESTOV)

hiermonk, M.D., professor, guide of "Soul Trusteeship Center" in the name of Saint Pious John of Kronstadt, Moscow

POLIENKO E.M.

Ph.D., psychiatrist-narcologist-fititherapist, scientific secretary of "Soul Trusteeship Center" in the name of Saint Pious John of Kronstadt, Moscow

KOZLOV A.A.

Ph.D., senior research scientist of Addiction Clinical Research Department in Research Institute on Addictions of Russian Federation Ministry of Public Health

THE EXPERIENCE OF TREATMENT AND REHABILITATION OF DRUG ADDICTS IN "SOUL TRUSTEESHIP CENTER" IN THE NAME OF SAINT PIOUS JOHN OF KRONSTADT

The authors describe the treatment of drug addicted patients with the help of methods related to spiritual life that are used in "Soul Trusteeship Center" in the name of Saint Pious John of Kronstadt. The main principles of Christian orthodox approach to soul care are registered and the results of treatment during the period of 1999–2001 years are summarized.