

О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью

БЛАГОВ Л. Н.
НАЙДЕНОВА Н. Г.
ВЛАСОВА И. Б.
НАЙДЕНОВА И. Н.

к.м.н., доцент каф. наркологии ФПК Российского государственного медицинского университета (РГМУ), Москва
к.м.н., зав. кафедрой наркологии ФПК РГМУ, Москва
к.м.н., доцент каф. наркологии ФПК РГМУ, Москва
ассистент кафедры наркологии ФПК РГМУ, Москва

В последнее время в наркологии реабилитационное направление получает все большее развитие. Предлагаются разнообразные подходы к проблеме и применяемые методы воздействия на болезнь. Особенно важной представляется проблематика, связанная с лечением и реабилитацией больных наркоманией, среди которых подавляющее большинство составляют больные с опиоидной зависимостью. Вместе с тем, приходится констатировать значительный эмпиризм и отсутствие клинической детерминированности при практической реализации большинства подобных программ. Применение научно обоснованного подхода с приоритетом клинической целесообразности позволяет оптимизировать параметры лечебно-реабилитационного комплекса, осуществление которого необходимо проводить в рамках государственной социальной программы реабилитации больных наркоманией.

Повышенное внимание к вопросу реабилитации больных с наркотической зависимостью в последние годы обусловлено высокой социальной значимостью проблемы [4]. Это не удивительно, поскольку, согласно экспертной оценке, в стране в настоящее время может насчитываться не менее 1—1,5 млн систематических потребителей наркотиков, хотя точные данные, в силу известных обстоятельств, на сегодняшний день получить, по всей видимости, не представляется возможным. Это во многом объясняется тем, что данные официальной медицинской отчетности, будучи на порядок ниже, не отражают реальной картины и фиксируют лишь тех больных наркоманией, которые обратились за медицинской помощью в государственные наркологические учреждения. Тем не менее, если принимать в расчет членов семей больных наркоманией, то в проблему напрямую вовлечена значительная часть населения страны, и она из медицинской плоскости все активнее переходит в сферу общественно-политическую и бытовую. Приходится констатировать, что складывающееся к настоящему времени в общественном сознании восприятие понятия *реабилитация наркоманов* рассматривает данное явление, в целом, в отрыве от медицинского контекста. По-видимому, это отчасти вызвано низкой эффективностью традиционно организованного лечения больных с наркотической зависимостью, и, вероятно, поэтому проблема стремится обрести свое преломление в других формах.

В настоящий период в проблему реабилитации больных наркоманией все более вовлекаются далекие от медицины люди. Ею пытаются заниматься психологи, педагоги, чиновники, общественные и религиозные деятели. Кроме этого, все более “осваивают” рынок “реабилитационных услуг” всевозможные коммерческие структуры, охотно “эксплуатирующие” болезнь. Такую тенденцию нельзя рассматривать как исключительно позитивную, хотя важность общественного внимания к проблеме, безусловно, неоспорима. Тем не менее, такой подход неизбежно переводит вопрос в плоскость бытового восприятия и чрезмерной психологизации. Привлечение в проблему большого количества неспециалистов часто порождает хаос, анархию, конфликты между участниками лечебно-реабилитационных программ, что явно противоречит интересам больных и членов их семей. Иногда такие “усилия” дилетантов, создающих иллюзию плодотворной деятельности, просто опасны, а в лучшем случае — интактны. Отсутствие квалифицированного ведения больного в процессе противоречивого лечения и медико-психологической реабилитации (здесь речь идет, безусловно, о едином процессе) часто

приводит к быстрой хронизации и “клинической запущенности”. Здесь, как мы неоднократно указывали [1—3], “повинна” в том числе и недостаточная разработанность клинико-методологического аспекта наркотической зависимости и возникающая в связи с этим известная рассогласованность в формировании адекватной, последовательной и эффективной лечебно-восстановительной программы. В этой же плоскости находятся проблемы создания адекватной поставленным задачам инфраструктуры, ее квалифицированного комплектования и управления.

Очевидно, что организация лечебно-реабилитационной помощи и её практическое воплощение должны осуществляться хорошо подготовленными профессионалами, способными ориентироваться в психиатрии и наркологии. При этом деятельность менеджера в лечебно-реабилитационной структуре обязательно должна быть подчинена потребностям клиники и строго регламентирована клинической целесообразностью. В настоящее время, к большому сожалению, часто это является серьезной проблемой. Что касается методологии лечебно-реабилитационного процесса, то она, безусловно, должна отражать комплексный и дифференцированный характер патологических нарушений, преобладание в практическом осуществлении этого процесса и четкое структурирование всех его участников, опираться на клинически детерминированные положения и реалии [2]. По всей видимости, это не должно быть простым и бездумным копированием, к слову, зачастую довольно примитивных схем и стратегий реабилитационной работы с зависимыми от психоактивных веществ в некоторых зарубежных странах. На практике часто приходится сталкиваться с тем, что слепо копируется опыт Запада или Востока, при этом априори считается, что “любые усилия в данном направлении хороши”.

Что касается опыта Запада, то мы довольно скептически оцениваем американский опыт самостоятельного привлечения весьма слабо контролируемых “консультантов” (консультантов) из числа добровольцев-активистов (студенты, домохозяйки, безработные), среди которых особо “востребованы” так называемые бывшие потребители наркотиков, которые занимаются “ведением”, консультированием и оказанием всевозможной рутинной помощи наркоманам, прекращающим активную наркотизацию. В равной степени это можно отнести и к так называемым группам самопомощи больных, страдающих наркотической зависимостью.

Это в целом, довольно формальное отношение к проблеме. Подобный опыт, по-видимому, возможен в стране со специфическими и устойчивыми институтами и моделями социальной организации, такой, как Соеди-

ненные Штаты, и, по нашему глубочайшему убеждению, в настоящее время в массовом масштабе мало пригоден для современных российских условий. В равной степени это касается и так называемой метадонной поддержки — т.е. назначения метадона (препарат из группы синтетических опиатов) в контролируемых дозах для ослабления криминальных и асоциальных последствий героиновой наркомании. По всей вероятности, активной пропагандой широкомасштабного использования метадонных схем занимаются, чаще всего, ангажированные представители, иногда даже из числа специалистов-наркологов. Рассмотрение подобного варианта массовой “реабилитации” больных с опиатной зависимостью, по нашему мнению, не является в принципе аспектом клинической наркологии и аспектом, имеющим какое-либо отношение к “стратегиям” восстановления больных с зависимостью от опиатов. Более того, существуют серьезные опасения, что внедрение в медицинскую практику метадона может значительно усилить криминализацию практической наркологии в России, немедленно сделает метадон предметом незаконного рыночного оборота.

Более того, при анализе “модных” западных моделей реабилитации создается устойчивое впечатление, что больные наркоманией, которые страдают серьезнейшим нарушением адаптации и выраженной психиатрической патологией, так или иначе погружаются в ситуацию “самовывживания”. Вместо этого, по-видимому, целесообразнее инвестировать необходимые финансовые ресурсы в развитие серьезной, эффективной инфраструктуры и продуктивные научные клинические исследования. Государство, по всей видимости, должно нести ответственность за то, что, будучи не в силах сдержать рост наркомании, устранившись от активной первичной профилактики наркомании через средства массовой информации, в том числе активной пропаганды здорового образа жизни, и никак не противодействуя активной пропаганде, в частности, алкогольного поведения через явную и скрытую рекламу на телевидении и в других СМИ, пускает столь важную проблему, как реабилитация наркозависимых, практически на самотек.

Существующая к настоящему моменту ситуация с реабилитацией больных наркоманией показывает отсутствие четкой клинической детерминированности этого процесса. Практически отсутствует инфраструктура, на базе которой может быть организована данная деятельность. Как показывает практика, многие реабилитационные программы, за редким исключением, надуманны, эклектичны. Они чаще всего не базируются на клинических реалиях и достижениях клинической наркологии, фактически являясь образцом самодеятельности. Как правило, отсутствует дифференцированный подход к патологии, не учитывается медицинский фактор показаний и противопоказаний. Во многих случаях вообще считается “излишним” привлечение в программу врача психиатра-нарколога. Значительно чаще задействованы психологи, разного рода активисты и энтузиасты. Очевидно, что такой состав участников, без руководства клинициста, обречен на эмпиризм, “блуждание во тьме” и случайный результат. Мы постоянно говорим о необходимости внедрения в практику критериев успешности работы каждого участника лечебно-реабилитационного комплекса с тем, чтобы резко повысить персональную ответственность за результат их работы. Необходимостью уже даже не сегодняшнего, а вчерашнего дня являются тщательная комплексная разработка и активное внедрение эффективной федеральной программы реабилитации больных с наркотической зависимостью.

Принципиальными положениями при внедрении такой общегосударственной программы организации реабилитационной помощи больным наркоманией и членам их семей являются следующие:

1) Реабилитация и поддержка наркоманов должна быть для них бесплатной и осуществляться на базе социальной программы;

2) организация соответствующей поставленным задачам инфраструктуры как в форме самостоятельных реабилитационных центров, так и в составе государственных профильных медицинских учреждений, занимающихся лечением химической зависимости;

3) Клиническая детерминированность лечебно-реабилитационного процесса. Необходимо, наконец, уйти от постоянной апелляции к “добровольности” лечения и реабилитации наркоманов. В настоящее время клинически не вызывает сомнения факт невозможности длительного “марафона выздоровления” только с учетом “желания” больного. Наркомания — это тяжелое психическое заболевание, требующее психиатрической оценки и психиатрического ведения и мониторинга на всех его этапах [5]. Оно характеризуется измененным сознанием, расстройствами мышления сверхценного и бредового (по сути - психотического) уровня, серьезной дезорганизацией большинства психических функций, неспособностью к принятию адекватных самостоятельных решений и развитием стойкой дезадаптации, психопатоподобными расстройствами и формированием тяжелого болезненно обусловленного асоциального статуса. Кроме того, опиатная наркомания — психическое заболевание, обладающее характеристиками инфекционного, с определенным и значительно выраженным фактором “психиатрической контагиозности”.

Ведущим проявлением болезни является абсолютная анозогнозия как одно из приоритетных нарушений мышления при данной патологии. Исходя из этого понятно, что в случаях обострения симптоматики ожидать “добровольной” готовности проходить курс реабилитации не приходится. В настоящее время все более очевиден, по сути, демагогический характер рассуждений о так называемой добровольности прохождения больным наркоманией лечебно-реабилитационной программы, по крайней мере, в среде профессионалов-клиницистов, что чаще всего может свидетельствовать о недостаточном клиническом уровне специалиста, всерьез рассуждающего на данную тему. Очевидно, что необходимо в законодательном порядке разработать комплекс грамотных мероприятий дополнительного “мотивирующего” характера для больных наркоманией, не ущемляющих, в целом, “права и свободы личности” аддикта, обеспечивающих больному возможность получения полноценной помощи, но и обеспечивающих право здоровых граждан “не страдать” от криминально-асоциальных проявлений, сопутствующих наркомании. Учреждения, которые занимаются реабилитацией, должны обеспечить адекватное ведение больных с психиатрическими проблемами при отсутствии в данный момент “желания” проходить реабилитацию;

4) оценка деятельности врача психиатра-нарколога и медицинского лечебного учреждения, занимающегося лечением наркотической зависимости, в целом должна зависеть от того, насколько эффективно больные после детоксикации и стационарного лечения переходят на реабилитацию и длительно удерживаются в программе. На сегодняшний день отечественная наркология располагает вполне действенными терапевтическими возможностями для достижения этого состояния. Вся проблема — в организации адекватной инфраструктуры и грамотном управлении медицинскими учреждениями, которые позволили бы эффективно работать клиницисту-наркологу. Следует с большим сожалением констатировать, что на сегодняшний день организация наркотической помощи и ее управление далеко не всегда адекватны реальным требованиям современной жизни;

5) создание действенной технологии реабилитации больных наркоманией и членов их семей. Данная технология должна основываться на клинических и, в первую очередь — психопатологических параметрах болезни. Важно тщательно диагностировать вариант течения зависимости. Наши клинические наблюдения показывают на-

личие, по крайней мере, трех основных вариантов течения наркомании:

непрерывное прогрессивное с исходным состоянием в форме специфического дефекта;

периодическое (приступообразное) течение с более медленным нарастанием дефекта, клинически — более благоприятное по сравнению с предыдущим вариантом;

транзиторно-регрессивный вариант течения, при котором нередко наступает самопроизвольная редукция психопродуктивной симптоматики и фактически спонтанный отказ от активных форм аддиктивного (наркоманского) поведения.

В этом материале мы не ставим задачу тщательного психопатологического описания данных вариантов. Констатируя их, мы утверждаем, что при осуществлении реабилитационной программы необходимо учитывать клинические особенности болезни у данного конкретного больного. Обязательны также учет факторов созависимости и работа с ними. Комплексное и грамотное использование терапевтических возможностей включает в себя сочетанное применение психофармакотерапии и различных методов психотерапии. Неопценимы роль терапевтической реорганизации микросредового окружения и активное терапевтическое моделирование фактора среды в целом. Что касается психотерапии, то на начальных этапах восстановления, безусловно, более эффективны методики манипулятивного характера, на этапе восстановительном и реконструктивном — личностно-ориентированные. Обязательным условием грамотного осуществления реабилитационной программы является постоянный мониторинг больного и его микроокружения, включающий, как элемент организации активный патронаж;

б) континуальный характер реабилитационного процесса обеспечивает должную проработку клинико-психопатологических, личностных и средовых аспектов, что позволяет говорить о полноценном лечебно-реабилитационном комплексе для больных наркоманией.

Данные принципиальные положения, безусловно, формируют высокий уровень требований к организации и осуществлению лечебно-реабилитационного континуума для больных с наркотической зависимостью.

По этой причине в 1997 г. стартовала специально разработанная программа комплексной поэтапной реабилитации на базе специализированного медицинского лечебно-реабилитационного центра. За этот период комплексную реабилитацию прошли 186 больных с опиоидной зависимостью, подавляющее большинство из которых (82%) — героиновые наркоманы. Несмотря на огромные трудности организационного и финансового характера, которые не позволили в полной мере обеспечить реализацию возможностей программы, полная трехлетняя ремиссия с верифицированным отсутствием аддиктивного поведения, включая злоупотребление алкоголем и иными психоактивными веществами, отмечена у 16% больных. Данная программа имеет своей целью лонгитудинальное исследование клиники опиоидной зависимости и возможностей комплексной реабилитации этих больных.

Принципы, лежащие в основе программы реабилитации, включают в себя:

этапность, определяемую особенностями психического статуса больного на каждом этапе;

определение условий осуществления программы на каждом этапе;

определение перечня привлекаемых специалистов, их приоритетности и характера решаемых ими задач на каждом этапе;

определение средств, задействованных на каждом этапе реабилитации;

решение поставленных задач в рамках одного специализированного учреждения.

Подобный подход позволяет четко структурировать программу, решать все противоречия между ее участниками

ми в конструктивном русле и оценить степень участия и эффективности каждого привлекаемого специалиста. Четкое следование программе подтверждает необходимость учета приоритетности клинических факторов, особенно на первых этапах реабилитации и учета разнообразных, в первую очередь микросредовых, факторов на последующих этапах, что потребовало создания соответствующей инфраструктуры в виде специализированного Центра, включающего 3 отделения (стационар с отделением детоксикации и отделением первичной реабилитации, амбулаторно-поликлиническое отделение). В процессе осуществления программы были очерчены сроки поэтапной реабилитации.

Первичная реабилитация: 1–60-й дни пребывания в программе. На протяжении данного периода клиническая картина отличается разнородностью.

В течение первых 5–10 дней проводится детоксикация, поскольку доминируют острые проявления синдрома отмены опиатов (компоненты алгический, соматовегетативный, психопатологический, поведенческий). Один из основных в структуре зависимости симптомокомплексов — актуальное патологическое влечение к наркотику — клинически тесно вплетен в структуру синдрома отмены. Условия осуществления программы — стационар.

Привлекаемые специалисты: врач психиатр-нарколог (ответственный за индивидуальную программу, в том числе и на всех последующих этапах), невролог, терапевт, анестезиолог-реаниматолог (в том числе и в случае применения так называемых быстрых методов детоксикации).

Решаемые задачи:

врач психиатр-нарколог — купирование у пациента острых проявлений синдрома отмены опиатов; работа с членами семьи пациента по структурированию микросоциального окружения с целью создания благоприятной терапевтической обстановки и вовлечения членов семьи больного в терапевтический процесс;

терапевт и невролог — обследование и лечение профильной патологии, выступающей как осложнение основного заболевания или как сопутствующая.

Средства:

медикаментозная терапия острых проявлений синдрома отмены опиатов — седативная (нейролептики с седативным действием, адrenoблокаторы, транквилизаторы, антидепрессанты с седативным действием), обезболивание (агонисты-антагонисты опиатных рецепторов, атипичные нейролептики, ненаркотические анальгетики);

лечение агрипнии;

подавление пароксизмального компонента влечения (антиконвульсанты);

метаболическая терапия (нейропептиды, аминокислоты, ноотропы без стимулирующего действия);

соматическая терапия (гепатотропные препараты, кардиотоники, стимуляторы функции внешнего дыхания, антиоксиданты, витамины, средства нормализации деятельности желудочно-кишечного тракта).

Продолжение программы (10–60-й дни) сопровождается редукцией соматовегетативного компонента абстиненции и актуализацией психопатологических и поведенческих расстройств в рамках зависимости и личностных девиаций. Актуальное патологическое влечение к наркотику постепенно трансформируется из постоянного варианта в периодический или смешанный (с различной степенью выраженности пароксизмальности влечения). Это — этап начала формирования ремиссии, состояние “неустойчивого равновесия”. На первый план выходят девиации морбидной личности с расстройством коммуникации, адаптации (в сочетании с клиническими проявлениями зависимости (анозогнозией, интерпретативным компонентом, рентно-манипулятивными установками, аффективной неустойчивостью, начинающейся “опиатной” депрессией с преобладанием астено-апатического компонента). Поэтапная реабилитация на данном этапе осуществляется в стационаре.

В программе участвуют: врач психиатр-нарколог (ответственный за индивидуальную программу), врач-психотерапевт, врач инфекционист-гепатолог, медицинский психолог, физиотерапевт, инструктор.

Решаемые задачи:

врач психиатр-нарколог — купирование отставленных проявлений синдрома отмены опиатов и начало противоречивого лечения; коррекция состояния больного с учетом выраженности синдрома актуального патологического влечения к наркотику (“наркоавтоматизм”), депрессии, особенностей личности. Оценка уровня и характера внутрисемейных диспропорций, степени дефицитарности микросоциальных коммуникативных параметров и других дисгармонизирующих факторов (включая созависимость). На этом этапе проводится базовая (патогенетическая) терапия зависимости (нейролептики-антипсихотики) и терапия сопутствующих параметров (антидепрессанты с седативным эффектом, антиконвульсанты с эффектом нормотимика, метаболическая терапия, антагонисты опиатных рецепторов).

врач инфекционист-гепатолог — обследование и лечение патологии печени;

врач-психотерапевт — работа с пациентом — выработка трезвеннических установок; преодоление обсессивных комплексов и фобий у пациента; уточнение и коррекция личностных аномалий как преморбидного, так и морбидного характера; выработка навыков аутоидентификации патологического влечения к наркотику и способов саморегуляции по его подавлению. Работа с семьей больного — коррекция невротических, психопатоподобных и иных расстройств микросоциума, проявлений созависимости, развивающихся по механизмам индукции и реактивно-невротическому;

медицинский психолог — работа с пациентом — обучение навыкам здорового образа жизни; коррекция психологической шкалы ценностей; обучение навыкам средовой адаптации. Работа с семьей пациента — обучение навыкам “совместного сосуществования” (понимание расстройств поведения как болезненных и их преодоление); обучение навыкам поддержки в кризисных ситуациях; рекомендации по “санации” микросоциума;

Физиотерапевт — общеукрепляющая терапия;

Инструктор — выработка навыков правильного поведения и здорового образа жизни, элементарная трудотерапия с творческим началом, эстетическое образование (чтение, музыкальная терапия, кино-, видеотерапия), экскурсия, тренировка интеллектуальных способностей, творческих возможностей (различные доступные формы элементарного художественного творчества).

Этап медико-психологической реабилитации (3—4-й мес.) и *динамического наблюдения* (бессрочно) сопряжен со снижением интенсивности психопатологических расстройств, описанных выше, и постепенной их редукцией. Поэтапная реабилитация проводится как в стационаре, так и амбулаторно.

Задачами врача психиатра-нарколога являются: патогенетическая терапия зависимости (нейролептики-антипсихотики), лечение депрессивного синдрома (антидепрессанты, нормотимики), предотвращение викарной интоксикации, профилактика наркотизации (антагонисты опиатов), мониторинг психического состояния пациента, консультирование семьи больного, обучение контролю за состоянием больного и за приемом им поддерживающей терапии членов его семьи, оптимизация средовых терапевтических факторов.

Главной задачей амбулаторной программы поддержки является профилактика срыва и рецидива. При необходимости используется активный патронаж пациента по месту жительства.

Задачами врача-психотерапевта на данном этапе в работе с больным являются: закрепление трезвеннических установок и мотиваций; закрепление навыков аутоидентификации патологического влечения к интоксикации и способов саморегуляции по его подавлению; коррекция личностных аномалий пациента; преодоление анозогнозии, обсессивно-фобических комплексов. Работа с семьей пациента: формирование эмпатического внутрисемейного климата; психотерапия созависимости.

Медицинский психолог на данном этапе решает задачи предыдущего этапа. В работе с больным занимается активизацией здоровых ресурсов личности, воспитанием волевых качеств и способностей к преодолению трудностей (преодоление рентно-манипулятивных тенденций наркоманической личности), ведет больного к критическому пересмотру старого ценностного реестра, осознанию необходимости формирования новых социально-позитивных связей и позитивных социальных установок.

Следует особо подчеркнуть ведущую роль врача психиатра-нарколога на всех этапах реабилитационной программы. Деятельность врача-психотерапевта и медицинского психолога строго регламентируется, координируется и контролируется психиатром-наркологом, ответственным за индивидуальную реабилитационную программу.

Необходимым и важнейшим условием реализации программы является тесный контакт сотрудников лечебно-реабилитационного учреждения и микроокружения (семьи) больного. Адекватная работа на этом уровне, непосредственное и тщательное вовлечение микроокружения в лечебно-реабилитационный процесс позволяют реализовать значительные терапевтические возможности при лечении зависимости от опиатов.

Следует особо подчеркнуть, что, как показал опыт лечебно-реабилитационной программы, подход при организации реабилитации больных наркоманией должен быть детерминирован научными и практическими достижениями клинической наркологии и оптимально должен осуществляться в рамках государственной программы. Реабилитация наркоманов должна выйти из области “самодетельного энтузиазма” различных структур и, наконец, стать официальным направлением деятельности государственной медицины и строго опираться на научно-практическую базу.

Список литературы

1. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н.// Наркология. — 2003. — № 10. — С. 28—33.
2. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. Поэтапная реабилитация больных с опиоидной зависимостью// Сб. науч. тр. Реабилитология. — М., 2003. — С. 551—554.
3. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н.// Наркология. — 2002. — № 5. — С. 41—43.
4. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 2003. — С. 38.
5. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М., 2002. — С. 238.

ABOUT THE REHABILITATION PROBLEMS OF THE PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

BLAGOV L.N., NAYDYONOVA N.G., VLASOVA I.B., NAYDYONOVA I.N.

Rehabilitation trend of the opioid dependence is in progress the last time. The list of methods and approaches is quite wide. However it is evidently empirical character of most of these programs realization without real clinical determinism. Scientific based clinical approach let optimize the treatment and rehabilitation complex. This complex can be realized on a large scale only with the state program.