

«Пульс-терапия» как вариант противорецидивного лечения наркологических заболеваний

ШЕВЦОВ А.В.

к.м.н., врач психиатр-нарколог, психотерапевт

Приведен краткий обзор методов противорецидивной терапии, применяемых в наркологической практике. Автор предлагает собственную оригинальную методику поддерживающего лечения у больных алкоголизмом в состоянии ремиссии. Ее эффективность подтверждается катamnестическим наблюдением 150 пациентов. Сущность метода заключается в синтезе психотерапевтического и психофармакологического подходов с учетом хронометрических параметров колебания интенсивности патологического влечения к алкоголю.

«Нет ничего проще, чем бросить курить. Я сам бросал раз триста или четыреста», — говорил Сэмюэль Клеменс (более известный нам под псевдонимом Марк Твен). Этот замечательный писатель и остроумный человек очень верно уловил самую суть всех наркологических проблем. Бросить или прекратить прием любого психоактивного вещества (ПАВ) возможно, и по несколько раз это проделывали самые «отъявленные» алкоголики и наркоманы. Но дальше для них начиналось самое трудное — попытаться не начать вновь.

Множество психиатров, наркологов и психотерапевтов ломали копыта на этом поле битвы «за ремиссию», или «против рецидива». Было предложено немало интересных и красивых методов лечения алкоголизма. Авторы никогда не говорят об эффективности, меньшей 70% годовых ремиссий (а иначе, зачем и предлагать). Но как только метод переставал быть авторским, т.е. его начинали использовать другие врачи, или метод «вставал на поток», его эффективность резко снижалась до стандартных 10–20% ремиссий продолжительностью год и более.

Поиск методов и средств лечения всегда велся по множеству различных направлений:

1) подход, основанный на поддержании страха у пациента перед антиалкогольным воздействием лекарств (тетурам и его аналоги, лидевин, колме, многочисленные «кодирования», «Торпедо» и т.д.);

2) воздействие на психологические причины алкогольных проблем (личностно-ориентированные психотерапевтические методики);

3) «химическая надежда» последних лет — блокатор опиинных рецепторов налтрексон (его аналоги — антаксон, ревиа, налорекс);

4) оптимизация амбулаторной фазы лечения, повышение качества противорецидивной фармакотерапии. В этой области в последнее время ведется активная разработка реабилитационных программ. Каждое из этих направлений имеет свои плюсы и минусы.

Первое направление, исходя из современного положения дел, сейчас имеет наибольшую распространенность. Страна наводнена безответственной рекламой и шарлатанскими обещаниями («Гарантия 100%») сомнительных, но быстрых способов излечения от алкоголизма. В таких условиях и сами пациенты, и их родственники настроены на краткие детоксикационные курсы с обязательной запретительной методикой — «кодированием». Подразумевается, что по требованию пациента его тут же «раскодируют».

Казалось бы, такая ситуация должна всех устраивать. Родственники быстро и дешево получают «трезвенника», больной получает временную передышку («покупает индугенцию», по В.Ю. Завьялову), врач получает деньги и

возможность еще одного — двух «кодирований» — раскодирований». Однако еще одна важная заинтересованная сторона остается неудовлетворенной — хронический алкоголизм, а именно его стержневой синдром — патологическое влечение к алкоголю (далее ПВА). ПВА не терпит пренебрежительного отношения, неуделения внимания, попыток внушения типа «его больше не будет».

Через некоторое время после лечения происходит актуализация ПВА (на подробных механизмах мы остановимся чуть позже), и происходит срыв, а затем рецидив заболевания. Очень часто очередное воздержание короче предыдущего. Мне приходилось видеть пациентов, которые «кодировались» 15–17 раз. Порой «ремиссия» составляла 1–2 недели. С каждым подобным случаем происходит дискредитация не только «кодировок», но и всей наркологии. Подрывается авторитет врачей-наркологов, психиатров, психотерапевтов, как бы мы ни отрешивались от «кодировщиков шестого разряда».

Второе направление качественно отличается от всех запретительных методов. Здесь идет сложная, длительная и дорогостоящая работа. Ее результаты во многом зависят от личности врача-психотерапевта, его квалификации, арсенала техник и методик психотерапии. Конечно, эффективность здесь намного выше. Но все же такая помощь доступна очень ограниченному контингенту больных. Предъявляемый ценз к интеллекту и материальной обеспеченности смогут перешагнуть немногие.

Третье направление — использование блокаторов — имеет высокий потенциал в будущем. Отрицательные стороны — краткость воздействия (не более двух суток), высокая стоимость, необходимость пожизненного приема, побочные действия, возможность передозировки (как алкоголем, так и наркотиками). Конечно же, это не панацея, но ведь реально и стабильно взаимодействующих с алкоголем препаратов в наркологии почти нет. В настоящее время идет работа над созданием более дешевых и пролонгированных форм блокаторов.

Четвертому направлению сейчас уделяется буквально государственное внимание. Разработка реабилитационных программ наряду с генетическими исследованиями и профилактикой наркологических заболеваний является приоритетной задачей. Большинство наркологических кафедр в настоящее время занято разработкой принципов реабилитации и внедрением их в практику. За последние годы открыто несколько десятков реабилитационных центров, большей частью на коммерческой основе. Двух одинаковых центров нет, все они используют различные методики. Но самая частая проблема является общей для реабилитационных центров — стоимость лечения, высокие также требования к уровню интеллекта пациентов.

Есть и *пятое направление*, также значительно представленное в отечественной наркологии. Некоторая часть врачей (в основном государственных клиник) имеет смелость заявлять пациентам, что «физическую зависимость мы Вам снимем, а вот с психической Вы должны справиться сами», «мы не волшебники», «чудес не бывает». В этом случае ответственность полностью перекалдывается на больного, а взамен лишь расплывчатое предложение «как только будет плохо — звоните». Это безграмотность, нежелание что-либо делать, замешанные на безнаказанности и избалованности («Вас много, а я один»). На наш взгляд, в подобном ключе могут действовать только случайные в наркологии (да и в медицине вообще) люди. К сожалению, таких врачей много и в наркологических клиниках, и в диспансерах.

Исходя из вышеизложенного, по-прежнему высока актуальность поиска дешевого и массового метода лечения наркологических больных. Откуда же ему взяться? Ведь подобная методика должна затронуть нечто основное для всех, или стержневой синдром.

В последние годы сформировалась целая школа практических наркологов, во главу угла ставящих патологическое влечение к спиртному. Наиболее ярким представителем этой школы можно смело считать профессора Н.Н. Иванца. Вот его определение хронического алкоголизма:

«Хронический алкоголизм — прогрессивное заболевание, характеризующееся патологическим влечением к спиртным напиткам (психическая и физическая зависимость), развитием дисфункционального состояния при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях — стойкими соматоневрологическими расстройствами и психической деградацией. Среди симптомов хронического алкоголизма основным является ПВА. От видоизменения влечения, происходящего в разные периоды времени, зависит динамика заболевания. Поэтому при перечислении расстройств, определяющих характер хронического алкоголизма, оценка особенностей ПВА имеет первостепенное значение. Выделяют:

влечение первичное (психическая зависимость), не связанное ни с опьянением, ни с похмельным абстинентным синдромом,

влечение, возникающее в состоянии опьянения, после приема тех или иных доз алкоголя — утрата контроля, влечение, возникающее в структуре похмельного абстинентного синдрома — стремление к опохмелению» [4].

ПВА принято купировать медикаментозно. Обычно рекомендуют постоянные схемы приема нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, антиконвульсантов как во время госпитализации, так и по ее окончании (от месяца до 5 лет, по данным разных авторов). Эти назначения способствуют (что неоднократно доказано научными исследованиями) профилактике и купированию обострений ПВА, но только пока длится противорецидивная терапия. После ее окончания продолжается развитие хронического заболевания — наблюдается постепенная актуализация ПВА, что рано или поздно приводит к его реализации, т.е. к срыву, а затем к рецидиву заболевания.

Оптимизация поддерживающей терапии требует решения множества проблем. Это — отсутствие дешевых и безопасных препаратов, быстро возникающая терапевтическая резистентность, постепенное накопление побочных эффектов, необходимость регулярного врачебного контроля, а также нежелание пациентов длительное время принимать психотропные препараты.

П.Д. Шабанов (1999 г.) рекомендует первые 1–2 мес. после выписки больного из стационара назначать относи-

тельно короткие курсы (по 15–20 дней) психотропных средств. В этом случае возможно использование достаточно сложных схем терапии с повышением и последующим понижением доз лекарств, но при главном условии — регулярном врачебном наблюдении.

В то же время практикующим наркологам известно, что если больного удастся вовлечь в подобную амбулаторную систему лечения, то шансы на успех резко повышаются. Древнейший врачебный афоризм гласит: «Больным всегда лучше заниматься, чем не заниматься». К сожалению, доля пациентов, активно лечатся амбулаторно, в наркологии вряд ли превысит 20% от общей популяции. Больные в силу различных причин часто отказываются от длительного общения с врачом.

Наше внимание привлекли работы по фазному течению наркологических заболеваний. Врачи неоднократно обращали внимание на определенную цикличность рецидивов. В беседах с повторными пациентами (с теми, у которых эта попытка воздержания не первая) постоянно звучат круглые даты — «Я не пил месяц (полгода, год, два года и т.д.)». Случайность или закономерность?

В НИИ наркологии за 1997–2000 гг. были внимательно обследованы более 200 подобных пациентов. Периоды воздержания у них были разными, но сильно приближались ко всем круглым цифрам. Для каждого из больных было важно только время, проведенное в трезвости (а не, например, «к юбилею» или «на рождение внуки»). Конечно, назывались десятки различных поводов, но причина была единственной — актуализация ПВА.

По результатам этих работ был составлен график интенсивности ПВА. Схематичное изображение интенсивности ПВА представлено на рисунке.

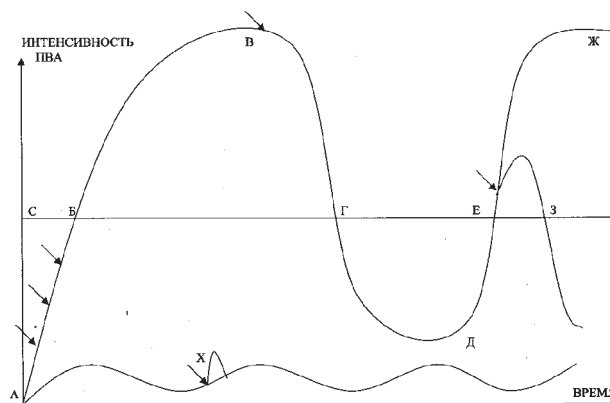
С — уровень силы воли (психологизированное понятие), включает в себя все, что помогает пациенту воздерживаться от спиртного. Это могут быть забота о здоровье, мечты, планы, надежда, мысли о карьере, семье и т.д. Любое состояние ниже уровня силы воли (на графике — ниже прямой С) свободно контролируется человеком.

Нижняя кривая — интенсивность влечения к алкоголю обычного человека. Постоянно находится под контролем, испытывает незначительные колебания. При приложении минимальных усилий со стороны здорового человека не реализуется в прием алкоголя. По В.Б. Альтшулеру [1] «нормальное влечение» к алкоголю характеризуется психологической понятностью и ясностью мотиваций.

Каждая стрелочка означает прием спиртного:

Х — однократный прием спиртного с изменением интенсивности влечения и быстрым ее переходом к норме;

АВ — период формирования зависимости — как известно, может длиться от месяцев (как у бывших наркома-



нов) до десятилетий либо вообще не сформироваться. Длительность этого периода зависит от системности употребления спиртного, наличия различных предрасположенностей (пол, возраст, наследственность, ЧМТ, хронические заболевания, стрессы);

БВ — запой. Длительность также индивидуальна, от одного дня до нескольких лет;

В — последний прием спиртного. Происходит при появлении дополнительных и серьезных внешних обстоятельств — кончаются деньги, «кончается здоровье», вмешательство посторонних лиц (родственники, администрация, представители закона);

ВГ — абстинентный синдром (похмелье), характеризуется довольно быстрым спадом интенсивности ПВА, что объяснимо только отсутствием алкоголя. Иначе — прием спиртного — поддержка влечения — все сначала (от В);

ГД — период «относительного благополучия». Психологически и психически состояние больных удовлетворительное, так как с ПВА они могут справляться сами, только силой воли, даже без лекарств. Период характеризуется обилием ложных убеждений пациентов («Когда хочу — не пью»). По нашему убеждению, во время этого периода срыв возможен только при «приложении силы воли в обратную сторону»;

ДЕ — спонтанная актуализация ПВА. Это наиболее важный период в терапевтическом плане. Происходит абсолютно независимо от силы воли пациента, его родственников и внешних обстоятельств. Происходит неосознанно для пациента, носит компульсивный, неодолимый характер. В эти моменты больные даже не успевают понять, что с ними происходит. Проявления всегда индивидуальны, но стабильны для каждого. Супруга одного из моих пациентов говорила так: «Как только в душе запел, значит, максимум через день запьет». Чаще выражается в тревожности, депрессивных элементах, раздражительности и др., возникающих чаще без повода, на фоне полного благополучия. Его длительность — часы, иногда до суток — полутора. Именно в этот период пациенты остро нуждаются в посторонних лечебных воздействиях. Если меры вовремя не приняты, то происходит прием спиртного, и...;

ЕЖ — поддержка ПВА и новый запой, повторение полного цикла. От пациента в этом случае ничего не зависит (только последующий поиск рационального объяснения). Если же приема алкоголя не происходит, то...;

ЕЗ — обострение ПВА, без постороннего вмешательства проходит через 2—3 суток. При врачебной помощи проходит быстрее.

После 3 — следующий период «относительного благополучия». Больной будет чувствовать себя хорошо ровно до следующего обострения, которое будет чуть более коротким и чуть менее интенсивным.

Через несколько лет воздержания возможна редукция кривой интенсивности ПВА практически до нормы. Однако при первом же употреблении спиртного поддержка влечения будет такова, что сразу выйдет из-под контроля — начнется новый запой — весь цикл запустится сначала.

Для больных мы использовали такое объяснение последнего феномена: во время систематического злоупотребления алкоголем (период формирования заболевания) происходит необратимое изменение характера реагирования на алкоголь. Такой реакции как (Х), к сожалению, уже не будет никогда.

Как видно из составленного графика, все перечисленные ранее виды влечения — это этапы одного процесса. В какой-то момент ПВА оказывается обсессивным (парциальным), с ним пациент справиться может свободно (ГД). Затем оно становится компульсивным, и про этот момент пациенты говорят «сами ноги несут» (ДЕ). Необходимо отметить, что ПВА становится осознанным лишь при своих крайних выражениях — практически на пике.

Из графика видны также две главных закономерности в наркологии: в ответ на каждый прием алкоголя ПВА усиливается, а в ответ на отсутствие алкоголя ПВА ослабевает. После каждого рецидива весь цикл с постепенно затухающими обострениями повторяется.

Направившись еще один интересный вывод, связанный с профилактикой химической зависимости: для формирования заболевания наиболее важна системность употребления психоактивного вещества. Во время перерыва в его употреблении интенсивность влечения снижается.

Составленный график стали использовать в работе с пациентами. Он давался как один из элементов рациональной психотерапии для более детального разъяснения симптомов болезни. Спустя некоторое время было отмечено, что благодаря такому опосредованному воздействию улучшается скорость и качество усвоения необходимой информации. Более того, у больных, которым были разъяснены возможные сроки актуализации ПВА, эти обострения случались именно в указанные сроки.

В результате, мы пришли к выводу о возможном моделировании интенсивности ПВА. Мы исходили из следующих убеждений:

если ПВА не заниматься, оно все равно себя проявит в сроки, нам точно не известные;

предупрежден — значит вооружен. Гораздо легче жить в определенности и быть готовым не «всегда», а «когда надо»;

у наших пациентов часто великолепная внушаемость, так почему бы этим не воспользоваться?

подобная суггестия проходит без побочных эффектов; в результате суггестивного моделирования происходит феномен, широко известный в психотерапии, — визуализация. Болезнь (во всяком случае, ее обострения) становится заметной и осязаемой. Исчезает неопределенность, непонятность. Это несравнимо с инструкцией «Когда будет плохо — звони»;

даже после выписки из стационара у пациентов не возникает ощущения, что «все прошло». Они продолжают находиться в лечебной программе даже в отсутствие врача;

подобную методику может освоить любой врач, и даже фельдшер. Эти объяснения будут понятны абсолютному большинству пациентов и их родственникам. Таким образом, мы снимаем ценз на интеллект как для пациентов, так и для врачей (ведь есть большое количество методов, доступных только высококлассным специалистам);

стоимость проведения метода равняется стоимости двух полчасовых бесед с элементами суггестии (одна — с родственниками, вторая — с пациентом);

при деле оказались даже родственники, которым теперь можно дать совершенно определенные инструкции — что, когда, зачем и почему.

С первых же встреч пациенту делалось внушение с помощью различных психотерапевтических техник о волнообразном течении заболевания. Давались объяснения характера и сущности ПВА, а также ее «поведения» в последующем. В обязательном порядке подобные беседы проводились с родственниками пациентов. Задавались возможные сроки актуализации ПВА на 30, 60, 90, 120, 180, 240, 360 и т.д. дней, считая от последнего употребления алкоголя.

Хорошо, допустим, мы добились четкого и ритмичного проявления актуализации ПВА. Что же с ними делать дальше? Ведь поддерживающая терапия постоянного характера в этом случае будет работать неэффективно — между обострениями она не нужна, во время актуализации ПВА ее интенсивности может не хватить, а сроки применения могут составить годы. Все это серьезные минусы.

На этом этапе наше внимание привлек метод, имеющий распространение в нефрологии, дерматологии и эндокринологии при лечении длительно текущих или хро-

нических заболеваний. Этот яркий образец дискретных методов поддерживающей терапии получил название *пульс-терапии*. Суть этого метода состоит в том, что терапия проводится краткими курсами, например в течение одной определенной недели в месяц. Преимущество этого метода перед постоянным в том, что терапевтическая эффективность достигается применением меньшего количества лекарств на курс, при этом уменьшается представленность и выраженность побочных эффектов.

На этапе клинических исследований, а они проводились в клинике НИИ наркологии МЗ РФ, мы использовали ту же базовую терапию, которая использовалась во время госпитализации. Чаще это были комбинации нейролептиков, антиконвульсантов, транквилизаторов.

Назначения делались следующим образом. Например, пациент в последний раз выпивал 10 сентября. Тогда первый «пульс» должен был начаться 6 октября, т.е. за 3—4 дня до предполагаемого обострения. Мини-курс имел строго недельную длительность. Следующий «пульс» должен был проходить с 6 по 13 ноября и т.д. В общем виде предписание имело удобную для пациента и его родственников форму — прием лекарств с 6 по 13 число каждого месяца.

Однако вскоре было отмечено постепенное нарастание побочных действий лекарств. Ведь с каждым месяцем переносимость лекарств (перекрестная толерантность) падала. Дозы медикаментозных средств, прекрасно переносимые в стационаре, в амбулаторной практике приходилось раз от разу снижать. Тогда на первый план вышли препараты, обладающие «менее серьезным» воздействием — дневные транквилизаторы, общеукрепляющие средства. Очень хорошо себя зарекомендовали такие препараты, как фенибут, пирроксан, элементарные глицин и трихопол. По-видимому, пациентам более необходимо чувство, что они продолжают лечение, нежели само лечение.

В течение 2001—2002 гг. на базе Раменского ПНД (Московская область) в амбулаторных условиях обследовано 150 пациентов с хроническим алкоголизмом. Из них около 25% — бывшие наркоманы, злоупотребляющие алкоголем. Все они прошли *суггестивное моделирование с последующей пульс-терапией*.

Результаты лечения:

22 пациента — «невход в программу» (пациент не явился после 1—2 консультаций);

18 пациентов — рецидив заболевания после отказа от приема рекомендованных лекарств (равнодушие родственников, невыполнение врачебных инструкций);

110 пациентов (74%) находятся в ремиссии (от 3 мес. до 1,5 лет).

Необходимо учесть, что выборка генерализована (специальный отбор наиболее внушаемых не производился), а наиболее длительный курс лечения составил 11 консультаций с лечащим врачом в амбулаторных условиях (чаще от 3 до 8). Полученные результаты внушают определенный оптимизм.

Как уже отмечалось выше, больным более важен факт продолжающегося лечебного процесса, чем само лекарственное воздействие. Так встал вопрос о *платеботерапии*. В таких условиях показано опосредованное воздействие. Нужны, самое главное, безопасные препараты с солидными инструкциями, которые можно было бы назначить на длительные курсы без врачебного наблюдения. Вероятный и возможный ответ — биологически активные добавки (далее БАД). Именно добавки отвечают всем заявленным требованиям и являются первым средством выбора

при опосредованной психотерапии (В.Ю. Завьялов, В.В. Макаров). Особый интерес могут представлять БАД, обладающие успокаивающим, противотревожным действием, а также антиоксидантными эффектами. Непосредственный выбор можно оставить за лечащими врачами, так как спектр индивидуальных симптомов актуализации ПВА чрезвычайно широк.

Метод моделирования актуализации ПВА может хорошо сочетаться с различными психотерапевтическими методами. Особенно в тех случаях, где есть место понятию *усиление воздействия*. Например, лечение гипнозом — ведь сеансы лечебного внушения можно спланировать с учетом сроков возможных обострений. При иглорефлексотерапии, при проведении любых физиопроцедур, при аутогенной тренировке также возможно планирование на определенные сроки. Также хорошо моделирование может сочетаться с различными запретительными мерами, но в то же время и с формированием трезвеннических установок по И.С. Павлову [6].

При использовании метода возникает единственное опасение — вызвать актуализацию ПВА в то время, когда она не была запланирована в естественных условиях. По нашим наблюдениям, такого не происходило ни разу. Более того, весьма часто случаются «пропуски», т.е. отсутствие актуализации в моделируемые сроки, тогда обострение становилось более вероятным в следующий раз.

Интенсивность обострений с каждым разом понижается. Через 6 мес. подобной терапии актуализация ПВА (на графике ДЕ) уже не переходит за рамки С (силы воли), т.е. с дальнейшими обострениями пациент может справляться сам. Однако нами всегда давались рекомендации по продолжению пульс-терапии на более длительные сроки — до 2—3 лет.

Основной изюминкой данного сообщения нам представляется сама возможность моделирования течения болезни, а также идея дискретной поддерживающей терапии (и психотерапии в том числе). Длительность, частота, содержание курсов пульс-терапии может значительно варьировать при соблюдении определенной периодичности.

Конечно, метод нуждается в дополнительных исследованиях и доработках. Все же хочется надеяться, что простота применения, низкая себестоимость, возможность применения в совокупности с другими методами привлекут к нашим работам практиков наркологии.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, — 1994. — 312 с.
2. Гиндин В.П. Светлый сон аббата Фариа. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — 127 с.
3. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. — М.: Академический Проект, 1999. — 250 с.
4. Иванец Н.Н. Лекции по наркологии. — М.: Нолидж, 2000. — 448 с.
5. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.: Академический Проект, 2000. — 432 с.
6. Павлов И.С. Психотерапия в практике. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — 384 с.
7. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология. — М.: Медицина, 1997. — 718 с.
8. Шевцов А.В., Винникова М.А. Заявка на патент «Способ лечения опийной наркомании» №98109730 от 29.05.98.
9. Шевцов А.В. // Алкогольная болезнь. — 2000. — №11. — С. 4—6.

«PULS-THERAPY» — VARIANT TREATMENT OF ADDICTION TO PSYCHO-ACTIVE AGENTS

SHEVZOV A.V.

Cand.med.sci., psychiatrist