

Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями

ДМИТРИЕВА Т.Б.

д.м.н., профессор, академик РАМН, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

Оцениваются роль и место медицинских методов в борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ). Признается, что без применения таких методов невозможно обойтись на начальных этапах лечения наркологических больных. Но медицинские методы не дадут нужного эффекта без изменений в духовной сфере пациента (имеется в виду достижение главной цели — отказа от приема ПАВ). Изменениям такого рода в наибольшей степени способствует использование реабилитационных центров под эгидой как медицинских, так и иных организаций. Если реабилитационный центр функционирует при религиозной организации (предполагается, в первую очередь, традиционные для нашей страны конфессии), вероятность отказа наркологического больного от приема ПАВ значительно возрастает.

Роль медицинских методов в борьбе со злоупотреблением ПАВ не следует ни преувеличивать, ни приуменьшать. Как уже неоднократно отмечалось, наркомания является, в первую очередь, духовной, а не физической болезнью. Поэтому только медицинскими средствами задачу прекращения пациентом приема ПАВ решить невозможно.

Существуют, например, нейромедиаторы, обеспечивающие передачу нервных импульсов в синапсах головного мозга. Оказалось, что в периоды повышения активности нейромедиаторов возрастает интенсивность патологического влечения к ПАВ и наоборот. Естественно, возникла идея с помощью антагонистов нейромедиаторов снижать активность этих эндогенных субстанций и таким образом купировать влечение к веществам. Был испытан ряд антагонистов нейромедиаторов, но ни один из них не оказался, к сожалению, настолько эффективным, что с высокой степенью достоверности обеспечивал бы воздержание пациента от приема ПАВ (речь идет о достижении не каких-либо промежуточных целей, а именно полного отказа от них)¹.

Можно говорить о двух причинах, по которым данный вид биологического воздействия, как и любой другой, впрочем, не дал радикальных результатов.

Во-первых, биологические механизмы формирования и прогрессирования наркологических заболеваний слишком сложны для того, чтобы путем реализации таких прямолинейных схем устранять зависимость пациента от ПАВ. Кроме нарушений обмена нейромедиаторов, о чем говорилось в приведенном примере, существует много других звеньев патогенеза данных заболеваний.

Создать комплекс медикаментозных средств, которые бы внесли необходимую коррекцию во все нарушенные системы организма при зависимости от ПАВ, попросту нереально. Кроме того, сдвиг в функционировании одной системы естественным образом компенсируется изменением функций другой. Указанное многоплановое вмешательство, даже если оно предпринято с позитивной це-

лью, лишь усиливает разбалансировку работы различных систем организма, и так имеющуюся у наркологических больных.

Но, пожалуй, главной является вторая причина, по которой методы биологического воздействия не могут обеспечить в наркологии необходимый результат. Прямая связь между той или иной формой поведения и конкретным биологическим субстратом отсутствует. Любое биологическое вмешательство в организм человека не позволяет нужным образом изменить поведение человека. Оно формируется при повторении одного и того же действия сотни и тысячи раз путем, как говорят в психологии, научения. Тем более это невозможно сделать, поскольку поведение наркологического больного представляет собой не просто комплекс определенных действий, а специфический образ жизни, основанный на сформировавшемся мировоззрении человека.

Результаты лечения наркологических больных с точки зрения отказа от ПАВ зависят в большей степени не от состояния их организма в целом, и головного мозга, в частности, а от наличия или отсутствия установки на воздержание от веществ, а также глубины и стойкости этой установки. Следует отметить, что сам термин *установка* был позаимствован наркологами у социальных психологов.

В свою очередь, возможность формирования установки на воздержание от ПАВ определяется личностными характеристиками больных, такими, как ценностная ориентация, отношение к существующей в обществе морали, психологическая устойчивость и многими другими. Естественно, не менее важную роль играет социальный статус пациента: особенности семейного окружения, опыт трудовой деятельности, возможность реализации позитивных интересов и увлечений и т.п.

Эти рассуждения не являются оторванными от жизни абстракциями. К сожалению, в реальности из-за отсутствия четкого понимания природы зависимости от ПАВ среди специалистов распространен упрощенный подход к выбору методов лечения. Больных и их родственников ориентируют не на долгую работу над собой и изменение образа жизни, а на поиски такой одномоментной медицинской процедуры, которая бы сразу решила все проблемы. В поисках чудодейственного средства или метода больные и их родственники «ходят по кругу», обращаясь поочередно в различные клиники. После нескольких неу-

¹ Констатация этого факта отнюдь не является попыткой дискредитировать крупнейшее научное открытие, касающееся роли нейромедиаторов в патогенезе наркологических заболеваний. Речь идет лишь о том, что не следует слишком упрощенно подходить к возможностям использования в практике научных достижений в целом и данного открытия в частности.

дачных попыток такого рода, разочарований и бессмысленных трат последних денег исчезает вера в возможность благоприятного исхода вообще.

Рекламируется применение в наркологии множества медикаментозных препаратов и пищевых добавок, которые в лучшем случае близки по своему действию к плацебо-пустышке. В худшем случае они наносят больным существенный вред. Среди частнопрактикующих наркологов распространено, например, применение сверхвысоких доз нейролептиков, позволяющих «вырубить» пациентов и прервать прием ими психоактивных веществ. Последствия таких курсов лечения, особенно многократных, очень серьезны.

Многим известна история с так называемым стереотаксисом — хирургическим вмешательством в мозг человека с целью избавить его от потребности в наркотиках. Этот метод активно практиковался в ряде городов нашей страны. Как и следовало ожидать, исходя из приведенных выше соображений, операция на мозге отнюдь не гарантирует прекращения употребления наркотиков пациентом. Отдельные позитивные результаты объясняются психологическим эффектом от этой страшноватой процедуры, а осложнения возникают достаточно часто и весьма тяжелы. Поэтому процедура стереотаксиса в лечении наркологических больных в настоящее время не применяется.

Недооценка роли медицины в борьбе со злоупотреблением ПАВ столь же нежелательна, как и переоценка. Хотя медицинские методы полностью не решают, как уже говорилось, проблемы отказа пациентов от употребления веществ, они создают предпосылки для достижения этой цели. Безусловно необходимым, с точки зрения прекращения приема ПАВ и профилактики тяжелых последствий злоупотребления ими, является купирование в клинических условиях острых и подострых состояний. Мы считаем также целесообразным проведение, как минимум, трехнедельного курсового лечения, обычно в условиях стационара. Оно позволяет стабилизировать эмоциональную сферу, смягчить возбудимость и агрессивность, сделать больного более податливым позитивному влиянию, наладить сон, улучшить функции памяти и интеллекта, устранить соматические и неврологические расстройства. В амбулаторных условиях полезными являются методы так называемой химической изоляции пациента от ПАВ.

Следует, конечно, упомянуть и о роли психотерапии, например о тренинговых методиках: обучении пациентов способам противостоять давлению бывших партнеров по употреблению ПАВ и использованию ими медитативных приемов при попытках самостоятельно преодолеть влечение к веществам. Необходимой является работа с семьями наркологических больных, преодоление так называемой созависимости.

Но мы прекрасно понимаем, что возможности всех перечисленных методов с точки зрения их влияния на духовную сферу человека все же ограничены. К тому же сейчас очень широкое распространение получили крайне упрощенные, знахарские или полужнахарские методы психотерапии, основанные на поверхностном внушении (суггестивном воздействии). Речь идет об имплантации препарата эспераль, кодировании, блокировании, процедуре «Торпедо» и множестве других приемов.

Мы не можем, однако, просто так подвергнуть данные методы дискредитации. Многие обращающиеся к нам больные после применения суггестии некоторое время не употребляли ПАВ, и они мотивированы на повторное применение именно данного метода. Поэтому приходится действовать примерно так, как солдат из известной

сказки, варивший суп из топора. Мы производим в конце курса лечения процедуру суггестивного воздействия, но перед этим используем целый комплекс различных научно более обоснованных медицинских мероприятий, о которых говорилось выше.

В некоторых наркологических клиниках с высоким уровнем оказываемой помощи делаются попытки выйти из узко медицинских рамок. Проводится, например, длительная групповая дискуссионная психотерапия. Она позволяет изменить в лучшую сторону самосознание больных, развеять многие характерные для них заблуждения и мифы. При проведении занятий удается добиться эмоциональной разрядки пациентов и моральной поддержки от партнеров по группе, которым они доверяют.

Но даже метод групповой психотерапии не может внести каких-либо кардинальных изменений в духовную сферу человека, глубоко повлиять на его мировоззрение, обучить новым навыкам и занятиям. Это относится в особенности к молодым больным наркоманиями с грубо деформированными представлениями о нормах поведения, которых они должны придерживаться.

Для достижения указанных целей необходимо длительное, в течение 1—2 лет, пребывание пациента в иной социальной среде, по сравнению с той, в которой он существовал до этого. При этом на человека должно оказываться глубокое влияние со стороны нового сообщества в целом и позитивных лидеров в частности. Очень полезным является привлечение к работе «бывших» больных алкоголизмом и наркоманиями. Необходимы жесткий распорядок дня и интенсивная трудовая деятельность, приносящая, однако, творческое удовлетворение. Наркологи называют такого рода учреждения реабилитационными центрами (по терминологии Всемирной организации здравоохранения, реабилитация — это возвращение больного к активной, социально полноценной жизни).

Создание и поддержание деятельности реабилитационных центров в структуре учреждений наркологической службы — трудная задача. Примеры положительного решения данной проблемы немногочисленны. Такого рода подразделения в структуре наркологических учреждений были созданы в Калининграде, Петербурге, Самаре и еще в нескольких городах. Для того, чтобы работать в реабилитационном центре, надо быть не узким специалистом, а убежденным сторонником отказа от любых видов ПАВ, энтузиастом, а еще лучше — фанатиком трезвости. Необходимо коренным образом изменить свой собственный образ жизни. Подавляющее большинство наркологов оказывается неспособным сделать это. Поэтому задачи социальной реабилитации наркологических больных порой более эффективно решаются работниками не медицинских, а иных, например, религиозных организаций (об этом будет сказано ниже).

Теперь о текущих проблемах деятельности наркологической службы. Некоторые из них коренятся как раз в недооценке необходимости наркологических учреждений. В 90-е годы, как известно, наркологи подвергались жесточайшей критике (во многом, кстати, справедливой). В средствах массовой информации появилась волна публикаций с требованиями расформировать наркологическую службу, заменив ее, например, на ячейки общества анонимных алкоголиков и наркоманов.

В конечном итоге государственная система медицинской помощи наркологическим больным все же сохранилась. Но при этом служба утратила около половины стационарных коек, а также часть помещений, в которых располагались наркологические диспансеры. Было отменено назначаемое судом принудительное лечение наркологических больных, что резко сократило возможности воздействия на наркологических больных с асоциальным

поведением (в большинстве западных стран такая форма недобровольных медицинских мер активно используется).

В России сохранилось то же, что и прежде, число врачей психиатров-наркологов (свыше 5 тыс.)². Но они в значительной степени утратили ориентиры в своей деятельности. Так, в начале 90-х годов в средствах массовой информации очень много писали о нарушениях прав наркологических пациентов (как и других категорий психически больных) при взятии их на учет и контроле за ними в наркологических диспансерах.

С этого времени участковые наркологи перестали прилагать усилия по поддержанию контакта с больными. В 2003 г. в России в среднем на одного пациента приходилось в среднем 2,2 посещения в год [1]. В то же время в конце 80-х годов XX века этот показатель составлял свыше 5 (он жестко контролировался сверху). Число же наблюдаемых больных заметных изменений за длительный период времени не претерпело. Во все временные периоды, даже в начале 90-х годов, рекомендовалось сохранять контингенты наблюдаемых больных, из которых многие, естественно, были «мертвыми душами».

В начале 90-х годов резко сократилось финансирование учреждений наркологической службы (сейчас оно постепенно восстанавливается). Работникам данной службы предлагалось самим зарабатывать себе на жизнь. При наркологических диспансерах начали создаваться полузаконные кабинеты платного лечения. Традиционной стала такая ситуация: во время визита к участковому наркологу больному предлагается пролечиться не на бесплатной, а на коммерческой основе. Это могло происходить у того же самого специалиста, даже в том же самом кабинете, но в другое время. Врач говорил больному и его родственникам, что лечение на коммерческой основе является, во-первых, более полноценным, во-вторых, анонимным (при постановке на учет больной, как известно, может быть подвергнут различным социальным ограничениям).

В настоящее время сложилось такое положение, при котором наркологический больной бесплатно не может получить квалифицированную помощь. Это является, пожалуй, наиболее серьезной нынешней проблемой. Зависимость от ПАВ не входит в перечень заболеваний, финансируемых Фондом обязательного медицинского страхования. Между тем, в развитых странах бесплатное лечение наркологических больных является одной из наиболее важных обязанностей государства.

Теперь необходимо сказать о двух проблемах, вызывающих в настоящее время оживленные дискуссии. Речь идет о возможности внедрения в России, во-первых, метадонных программ и, во-вторых, ячеек обществ анонимных алкоголиков и наркоманов.

Метадон и некоторые другие опиоидные препараты используются как замена героина. Предполагается, что эти средства, даже если больной принимает их постоянно, наносят ему меньше вреда, чем героин. Кроме того, метадон используется при «ступенчатом» отказе от наркотиков (героин — метадон — полное воздержание).

На Западе выдача заменителей героина является составной частью комплекса мероприятий по так называемому снижению вреда от наркотиков. Наиболее успешной является шведская модель таких программ.

Как известно, в Швеции, а также в большинстве других западных стран существует мощная, широко развитая инфраструктура социальной помощи населению. Работа с больными наркоманиями является одной из ее приоритетных задач. Сотрудникам данной службы удается

охватить практически всех лиц, страдающих зависимостью от наркотиков. Большинство из них согласно на лечение, нередко они сами стремятся освободиться от зависимости, воздерживаются от ПАВ в течение более или менее продолжительных периодов времени.

Но есть пациенты с длительным сроком зависимости и тяжелыми ее проявлениями, которые вообще не собираются прекращать употребление наркотиков. Многие из них ВИЧ-инфицированы, склонны к совершению криминальных действий и суицидов, безразличны к своей судьбе. Программа снижения вреда от наркотиков позволяет, по замыслу ее создателей, установить постоянный контакт с такими лицами, что само по себе является достижением. Выдача заменителей героина представляет собой тот самый пряник, который дает возможность обеспечить сотрудничество пациентов с социальной службой. Наряду с этим ведется и менее приятная для больных деятельность, связанная с контролем за ними, профилактикой ВИЧ-инфекции, снижением риска совершения противоправных действий, привлечением к общественно-полезному труду и тому подобным мероприятиям.

Но даже те специалисты, которым удалось воплотить в жизнь программу снижения вреда от наркотиков, с годами разочаровываются в них. Оказывается, что метадон сам по себе вызывает тяжелую зависимость, которая сопровождается эмоциональными, волевыми и интеллектуальными расстройствами. Кроме того, больные «восполняют» недостаточный, с их точки зрения, эффект от приема метадона использованием иных лекарственных препаратов с эйфоризирующим действием. Это усугубляет картину. Смертность среди лиц, включенных в программу, оказалась, по результатам ряда исследований, столь же высокой, как и при приеме героина.

Говоря о планах внедрения таких программ в России, следует отметить, что у нас просто нет базы для них. Практически отсутствует система социальной помощи больным данного профиля. Да и возможности наркологической службы, как уже говорилось выше, весьма ограничены. Наркотики очень легко переходят в руки криминальных личностей. Особенно высок риск такого рода в учреждениях уголовно-исполнительной системы, где предлагается в первую очередь внедрить программы снижения вреда от наркотиков. Учитывая отмеченные выше сомнительные достоинства метадона как такового, мы считаем введение программ снижения вреда в нашей стране нецелесообразным.

К сожалению, метадон стал притчей во языцех в связи с наличием в нашей стране чрезвычайно агрессивных лobbyистов, требующих разрешить его применение. Их активность обусловлена всем известными коммерческими и политическими мотивами. Внедрение метадона в такой большой стране, как наша, сулит фармацевтическим фирмам большие прибыли. Отказ от программ снижения вреда является удачным поводом для заявлений об отставании России в развитии демократии.

Не столь категоричным является наше мнение о целесообразности внедрения у нас в стране ячеек обществ анонимных алкоголиков и наркоманов (АА и АН), столь распространенных на Западе. При их организации преследовались две цели.

Во-первых, это создание идеологии, которая бы помогла больному противостоять недугу.

Во-вторых, общества АА и АН делают возможным формирование особой социальной среды, столь необходимой человеку, который порвал отношения с бывшими партнерами по употреблению ПАВ. Кроме того, их деятельность удачно дополняет мероприятия медицинского характера, об ограниченных возможностях которых уже много говорилось. Идеология обществ анонимных алко-

² Следует отметить, что число работников Госнарконконтроля РФ превышает эту цифру на порядок.

голиков и наркоманов предназначена для верующего человека. Она изложена в форме двенадцатишаговой программы, предполагающей постепенное духовное очищение человека (его «приближение к Богу», как говорится в программе).

В нашей стране в 90-х годах XX века также начали усиленно создаваться ячейки общества АА и АН. Но, насколько мы знаем, движение анонимных алкоголиков не получило в России значительного развития. Это можно объяснить, конечно, тем, что у нас мало истинно верующих людей. Но дело в большей степени, по-видимому, в ином. Двенадцатишаговая программа не соответствует нашему российскому менталитету. Хотя в программе и говорится, что она подходит для человека, исповедующего любую религию (Бог такой, «как мы его понимаем»), идеология данного движения все же основывается на западной ветви христианства, протестантизме.

Поэтому деятельность ячеек общества АА и АН проникнута духом так называемой протестантской этики с ее рационализмом, индивидуализмом (несмотря на декларации о взаимопомощи), даже соперничеством, скептическим отношением к авторитетам, стремлением во всем полагаться на свои собственные силы, культом материальных ценностей и другими известными качествами. Наш человек более эмоционален, открыт, доверчив, альтруистичен. Кроме того, он больше ориентируется на авторитеты, нуждается в опеке, духовном наставничестве, ищет одобрения членов сообщества.

В России плохо приживаются даже внешние формы деятельности ячеек общества АА и АН. Наши пациенты едва ли способны, подобно западным товарищам по несчастью, приученным к долгим собраниям протестантской общины, обсуждать тему их приближения к Богу по шесть часов в день, несколько раз в неделю. Как показывает опыт, большинство из вновь организованных ячеек общества АА и АН быстро прекращает свое существование. Есть, конечно, отдельные примеры их длительного функционирования. В таких случаях лидер группы, как правило врач-психотерапевт, удерживает объединение пациентов от распада. Но при этом религиозная идеология двенадцатишаговой программы выхолащивается, а сообщества становятся устойчивыми психотерапевтическими группами — термин Б.М.Гузикова с соавторами [2]. Безусловно, длительное поддержание функционирования таких групп само по себе является большим достижением психотерапевта.

Если речь ведется о сообществах пациентов на религиозной основе, то в большинстве случаев более успешной их деятельность оказывается в тех случаях, когда они созданы под эгидой традиционных для нашей страны религиозных организаций. Наиболее известны антинаркотические и антиалкогольные сообщества при Русской православной церкви. Они оказываются более жизнестойкими и стабильно функционирующими, чем ячейки общества анонимных алкоголиков и наркоманов. Примером

такого рода является деятельность Душепопечительского центра в Москве, руководимого отцом Анатолием (А.И.Берестовым).

В качестве заключения можно изложить четыре основные задачи, которые, по нашему мнению, должны быть решены при попытках улучшить наркологическую помощь населению России.

1. Необходимо обеспечить возможность для наркологических больных получения квалифицированной бесплатной медицинской помощи. Это не исключает, естественно, возможности существования на законных основаниях платного лечения. Однако деятельность некоммерческих учреждений должна быть жестко отделена от деятельности коммерческих.

2. Следует способствовать сокращению масштабов распространения в стране знахарских и полужнахарских методов терапии наркологических заболеваний. При выполнении этой задачи едва ли возможны слишком строгие запретительные меры (они должны распространяться только на деяния, нарушающие статьи действующего законодательства). Приоритет надо отдавать мероприятиям по повышению квалификации врачей наркологов. Можно ожидать, что потребность в знахарских методах будет уменьшаться по мере роста естественнонаучной образованности населения (пока об этом, к сожалению, можно только мечтать).

3. Специалистам, имеющим дело с наркологическими больными, надо осознать ограниченность медикоцентристского подхода в работе с пациентами такого типа. Достижение главной цели отказа от приема ПАВ возможно лишь в результате значительных сдвигов в духовной сфере человека. Должны произойти изменения в его ценностной ориентации, отношении к существующей в обществе морали и готовности выполнять свой долг по отношению к семье и другим людям.

4. Задача достижения необходимых изменений в духовной сфере наркологических больных частично решается с помощью некоторых видов психотерапии, но основные сдвиги происходят во время длительного пребывания в реабилитационных центрах при интенсивном социально-психологическом воздействии на пациентов. Религиозная основа резко повышает эффективность воздействия. Предпочтительным является участие в такого рода деятельности традиционных для нашей страны религиозных организаций, в первую очередь Русской православной церкви.

Список литературы

1. Гофман А.Г., Понизовский П.А. Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. // Наркология. — 2005. — № 1. — С. 30–33.
2. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. — М.: Минздрав СССР, 1980. — 30 с.

MODERN POSSIBILITIES OF MEDICINE IN TREATMENT OF THE PERSONS, SUFFERING FROM DRUG DISEASES

DMITRIEVA T.B.

Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow;

IGONIN A.L.

MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

Role and place of the medical methods in fight with abuse by alcohol and drug are estimated. Really, it is impossible to dispense without using of such methods on initial stage of the treatment. But medical methods will not give the necessary effect without changes to spiritual sphere of the patient. It is useful creation of rehabilitation centre under the aegis of medical and religious organization. If rehabilitation centre functions under traditional religious organization (orthodox for Russia), probability of the refusal of drug significantly increases.