

Проблема «двойного диагноза» в отечественной наркологии

ЗИНОВЬЕВ С.В. к.м.н., доцент кафедры психиатрии,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Психически больные с сопутствующей наркологической патологией составляют 10—12% от общего числа пациентов. Для данной группы типичны выраженная десоциализация, грубые нарушения комплайенса, атипичность клиники, агрессия и аутоагрессия, массивная соматическаяотягощенность. Наблюдение и лечение таких пациентов представляет значительные трудности как для наркологов (чьи позиции более чем за 30 лет существенно минимизировались), так и (в меньшей степени) для психиатров и осуществляются лишь в форме отдельных инициативных проектов, а методические указания остаются лишь рекомендацией. Требуется постепенный пересмотр руководящих документов и введение новых форм повседневной работы.

Ключевые слова: наркология, психиатрия, коморбидность, двойной диагноз

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) представляет проблему, угрожающую всему жизненному укладу. Современные авторы говорят о наличии в стране до 5,5 млн наркоманов и токсикоманов [1] и до 35 млн злоупотребляющих алкоголем, значительная часть которых страдает очерченной зависимостью [2]. Действие ПАВ заключается в разрушении высших и самых сложных мотивационных механизмов поведения. Одной из главных причин, способствующих этому, считаются аномалии психики в широком понимании термина [3]. Соответственно лиц с психическими расстройствами можно рассматривать как одну из главных групп риска по злоупотреблению ПАВ в силу наличия комплексной предрасположенности [4]. Наносимое данными веществами действие в силу ограниченных адаптивных возможностей можно априорно считать более разрушительным, чем у психопатологически интактных лиц.

По разным данным от 14 [5] до 50% [6] психических расстройств отягощены сопутствующей алкоголизацией или потреблением иных веществ. Это сказывается на клинике и динамике болезненных состояний, иногда формально смягчая их течение, иногда усугубляя и внося элементы атипичности [7]. Больные с сочетанной (наркологической и иной психической) патологией менее адаптированы в обществе, они наиболее часто совершают суициды, опасные действия и не принимают поддерживающего лечения [8]. В то же время эти пациенты продолжают оставаться лишенными возможности получения квалифицированной помощи как у психиатров, так и у наркологов [9]. В их отношении нет единого диагностического и терапевтического подхода [10]. Задачи психиатрии на данный момент требуют формирования системного видения человека и всей популяции

[11]. При этом важно «изучить клинико-социальную структуру сформированных за последнее десятилетие контингентов, которые нуждаются в различных видах специализированной помощи» [12]. Одной из таких групп и являются психически больные, злоупотребляющие ПАВ.

Наши исследования показывают, что подавляющую часть больных с «двойным диагнозом» (10—12% от всего наблюдаемого диспансерами контингента) составляют запущенные и осложненные формы алкоголизма или полинаркотоксикомании с немедицинским употреблением лекарственных препаратов и ингалянтов среди страдающих личностными расстройствами и органиков, а также у больных с умственной отсталостью. Употребление наркотиков для них не типично. В целом данный контингент представляет собой когорту лиц, вполне сопоставимую по объему с массивом больных невротизмом или умственной отсталостью. Сопутствующая аддиктивная патология была выявлена у 14,3% страдающих органическими психическими расстройствами, в 10,6% наблюдений шизофрении и расстройств шизофренического спектра, в 2,7% случаев аффективной патологии, в 5,9% от всех невротических и связанных со стрессом расстройств, у 17,0% пациентов с личностной патологией и 11,1% — среди больных с умственной отсталостью. Большинство данных лиц происходят из неблагополучных, алкогольно-социопатических семей или сиротских учреждений, отличаются импульсивностью и асоциальностью, имеют соматическую отягощенность до попадания в поле зрения психиатров (черепно-мозговые и иные травмы, социально-значимые инфекции). Это может свидетельствовать о несостоятельности имеющейся системы первичной профилактики. Выявленные нами преморбидные факторы риска си-

стематического употребления ПАВ не имеют существенных отличий от потребителей ПАВ без сопутствующей психопатологии.

Установить причины изоляции данного контингента от квалифицированной помощи можно на примере развития отечественной наркологии. Создание самостоятельной наркологической службы произошло вследствие увеличения удельного веса больных алкоголизмом до трети от всего диспансерного контингента [13] в 1976 г. В СССР была законодательно закреплена обязательность активного выявления и лечения потребителей ПАВ. Это определялось Указами Президиума ВС РСФСР от 01.03.1974 г. и от 01.10.1985 г. «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков», а также Постановлением Совета Министров СССР №410 от 25.06.1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма и искоренению самогонварения» и изданным во исполнение его требований приказом МЗ СССР №850 от 25.06.1985 г. Согласно их требованиям, алкоголики обязаны были проходить полный курс специализированного лечения, а уклоняющиеся либо возобновившие алкоголизацию направлялись в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) на срок от одного до двух лет в принудительном порядке. Входящие в последнюю категорию лица с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (в том числе и психическими), инвалиды I и II групп и достигшие пенсионного возраста направлялись на принудительное лечение на срок от трех месяцев до одного года в специализированные наркологические отделения, а при их отсутствии — в психиатрические больницы. Это регламентировалось перечнем заболеваний, препятствующих направлению в ЛТП, утвержденному МЗ СССР 17.11.1977 г. Все впервые выявленные больные наркоманиями, согласно приказу МЗ СССР №388 от 19.04.1978 г., обязаны были пройти стационарное лечение в течение 2 мес., а при алкогольно-барбитуровой наркомании — 3 мес. При возобновлении наркотизации госпитализация повторялась. При сочетании наркомании или токсикомании с другими психическими расстройствами предписывалось совместное наблюдение пациентов как наркологической, так и психиатрической службами (приказ МЗ и МВД СССР №402/109 от 20.05.1988 г.). Ходатайство о направлении на принудительное лечение могли возбуждать трудовые коллективы, общественные организации, государственные органы и близкие больного. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 07.01.1988 г. обязывал работников милиции доставлять в наркологические учреждения уклоняющихся от медицинского освидетельствования потребителей ПАВ.

Противоалкогольное лечение длительностью не менее 1,5 мес. рекомендовалось всем больным, перенесшим алкогольные психозы (приказ МЗ СССР №291 от 23.03.1976 г., приказ МЗ СССР №1270 от 12.12.1980 г.). В случае отказа пациент направлялся на принудительное лечение в ЛТП или психиатрическую больницу. Все выявленные потребители ПАВ подлежали пятилетнему динамическому наблюдению с активным лечением в течение 3 лет, а затем — контрольному наблюдению длительностью 2 года (Приказ МЗ СССР №291 от 23.03.1976 г., Приказ МЗ СССР №388 от 19.04.1978 г.). Приказ МЗ СССР №704 от 12.09.1988 г. сократил срок наблюдения для страдающих алкоголизмом до 3 лет. В конце 1980 г. было принято решение о создании дневных стационаров для страдающих алкоголизмом, при этом сопутствующее употребление других ПАВ и сопутствующие психические расстройства служили противопоказанием для направления в эти стационары (Приказ МЗ СССР №1270 от 12.12.1980 г.).

Совместное наблюдение нарколога и психиатра рекомендовалось для больных с затяжными алкогольными психозами (например, бредом ревности) и всеми видами алкогольных энцефалопатий, включая корсаковский психоз. Вторичный симптоматический алкоголизм подлежал наблюдению и лечению в общепсихиатрических учреждениях, вторичный истинный — главным образом в наркологических [14]. Для этих пациентов предполагалось открытие специализированных отделений и палат. «Основы законодательства СССР о здравоохранении» (1969 г.) напрямую указывали на опасность больных алкоголизмом и наркоманией для окружающих наряду с карантинными инфекциями, а инструкция МЗ СССР «О порядке сообщения сведений о психическом здоровье граждан» не обязывала хранить врачебную тайну в отношении уклоняющихся от наблюдения и лечения наркологических больных. Однако даже при таких комплексных мерах в поле зрения наркологов находились не более 40% от общего числа больных алкоголизмом [14]. Из общего числа выявленных больных наркоманиями стационарное лечение проходили около 25%, а значительный процент не обследовался в течение 1—2 лет (Приказ МЗ СССР №384 — ДСП от 18.03.1986). Именно неучтенный и формально наблюдаемый контингент потребителей ПАВ впоследствии составил основную массу психически больных с «двойным диагнозом» при развитии у них токсико-органических осложнений, психозов, усугублении личностной патологии и десоциализации.

После принятия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее ока-

зании» (1992 г.) сложилась парадоксальная, на наш взгляд, ситуация с наблюдением и лечением потребителей ПАВ. В нем отсутствуют прямые упоминания об алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, и как следствие — его положения (о недобровольном освидетельствовании и недобровольной госпитализации, активном диспансерном наблюдении) на практике фактически не реализуются наркологической службой, ставящей на первое место добровольность обращения. Закон РФ от 08.01.1998 «О наркотических веществах и психотропных средствах» определяет порядок оказания помощи только лишь страдающим наркоманией (освидетельствование по решению суда, добровольное лечение, принудительное лечение при продолжении наркотизации или уклонении от лечения и совершении преступлений, амбулаторное наблюдение). Весь остальной спектр наркологической патологии фактически остался за гранью правового поля.

Как следствие сбоя на уровне вторичной профилактики неучтенные или формально наблюдаемые потребители ПАВ формируют основной контингент психически больных с «двойным диагнозом». Приказ МЗ РФ №270 от 29.09.1997 г. предписывает создание специализированных стационарных отделений для больных с тяжелыми формами алкоголизма и наркоманий, однако коморбидная психопатология при этом является противопоказанием. Регламентирующей деятельностью наркологических реабилитационных центров Приказ МЗ РФ №76 от 19.03.1997 запрещает направление в них лиц с психотическими и субпсихотическими расстройствами, выраженными суицидными тенденциями, декомпенсированными формами неврозов и психопатий, асоциальным поведением. То есть и третичная профилактика также не имеет под собой четкой базы.

Таким образом, и в СССР, и в современной России при существующих формах деятельности наркологической службы коморбидное психическое расстройство продолжает служить скорее противопоказанием для лечения таких пациентов. Добровольность обращения делает это еще более проблематичным. В обязанности же наблюдающих данную категорию больных психиатров не вменено оказание наркологической помощи психически больным, однако только психиатрическая служба пока в состоянии обеспечить активное амбулаторное наблюдение и длительное недобровольное стационарное лечение таких пациентов. При этом приемлемым исходом лечения и критерием выписки из стационара целесообразно считать не редукцию психотических и абстинентных проявлений, но объективно регистрируемые снижение или отсутствие патологического влечения к ПАВ и умение налаживать трезвую жизнь. Это немислимо без введения реабилитационных программ в повседневную практику (возможно,

с созданием стационаров и полустационаров особого типа). К этому следует добавить, что за последнее десятилетие XX века количество наркологических коек в стране сократилось более чем в 4 раза при двукратном увеличении количества госпитализируемых и значительном сокращении сроков и объема лечения [15].

Отсутствие сознания болезни и соответственно нежелание избавиться от нее ставит вопрос о возможности применения ко всем потребителям ПАВ медицинских мер недобровольного характера на основании Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» по факту опасности для себя и окружающих, а также вследствие существенного вреда здоровью при отсутствии специализированного лечения [16]. При этом в качестве причины для применения недобровольных мер медицинского характера может служить само продолжение употребления ПАВ, несмотря на вредные последствия и десоциализацию, а не только лишь психотическая симптоматика, агрессивные или суицидные тенденции.

Для злоупотребляющих алкоголем психически больных предлагаются три рекомендательных варианта наблюдения и лечения [2].

Совместное наблюдение нарколога и психиатра рекомендуется при сочетании с алкоголизмом эндогенных расстройств. На психиатров возлагается задача ведения пациентов с алкогольными психозами и глубокой психопатией. Все остальные расстройства без психоза и инвалидности рекомендуется передавать в компетенцию наркологов.

При этом не рассматривается вопрос о том, какая же служба будет ответственной за стационарное лечение пациентов и их реабилитацию. Предложения о совместном наблюдении носят рекомендательный характер. Широко известные реабилитационные программы (по типу «12 шагов») вполне применимы и для психически больных с «двойным диагнозом» [17], но до сих пор являются лишь инициативными проектами и касаются только стационарного этапа лечения.

Заключение

Таким образом, к настоящему времени специализированная помощь психически больным с сопутствующей аддиктивной патологией в нашей стране является инициативой отдельных профессионалов и затрагивает преимущественно стационарный этап. Данные приведенных выше работ и документов не дают полного видения проблемы, нередко противоречат друг другу и нуждаются в общесистемном уточнении и поиске новых форм оказания помощи по причине патоморфоза психических расстройств и самого употребления ПАВ, а также изменения диагностических критериев, нормативно-правовой базы и макросоциальных условий.

Список литературы

1. Кошкина Е.А. Злоупотребление наркотиками и психоактивными веществами в России // XIII Съезд психиатров России: Материалы Съезда. — М., 2000. — 248 с.
2. Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4, №3. — С. 87 — 89.
3. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты). — М.: Медицина, 1990. — 517 с.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 1991. — 304 с.
5. Хохлов Л.К. Биологические аспекты алкоголизма при эпидемиологическом исследовании // Биологические основы алкоголизма. — М., 1984. — С. 18 — 24.
6. Drake R.E., Mueser K.T. Alcohol-use disorder and severe mental illness // Alcohol health & Research World. — 1996. — Vol. 20. — P. 87 — 93.
7. Swartz M.S., Swanson J.W., Hiday V.A. Violence and hard mental disorder: a negative role of drug dependence and non-compliance // Am. J. Psychiat. — 1998. — Vol. 155. — P. 226 — 231.
8. Moos R.H., Nichol A.C., Moos B.S. Risk factors of symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders // Addiction. — 2002. — Vol. 97. — P. 75 — 85.
9. Гофман А.Г., Паничева Е.В. К вопросу об оказании психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом // Социальн. и клинич. психиатр. — 1998. — Т. 8, №2. — С. 95 — 99.
10. Софронов А.Г. Актуальные проблемы в развитии отечественной наркологии // Наркология. — 2003. — Т. 3. — С. 2 — 6.
11. Кабанов М.М. Смена парадигм в современной психиатрии (от организмо-центрической к эволюционно-популяционной) // Обозр. психиатр. и мед. психол. — 1994. — Т. 4. — С. 7 — 11.
12. Ястребов В.С. Современная система психиатрической помощи: проблемы и перспективы // XIII Съезд психиатров России: Материалы Съезда. — М., 2000. — 43 с.
13. Беляев В.П., Стяжкин В.Д. Современные направления диспансеризации больных нервно-психическими заболеваниями // Журн. невропатол. и психиатр. — 1977. — Т. 77, №11. — С. 1706 — 1711.
14. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. — М.: Медицина, 1990. — 416 с.
15. Корчагина Г.А. Новые подходы к организации лечения наркоманий в современных условиях (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2000. — 50 с.
16. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи // XIII Съезд психиатров России: Материалы Съезда. — М., 2000. — 275 с.
17. Гуйдо Д.Н., Соколова Л.И. Из опыта работы реабилитационного отделения Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением // Современная психиатрия: теория и практика. — СПб., 2002. — С. 89 — 193.

A «DUAL DIAGNOSIS» PROBLEM IN NATIONAL ADDICTION SERVICE

ZINOVIEV S.V. MD, PhD, associate professor, Dept. of Psychiatry, St.Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education

A total pool of patients with mental disorder include a some part (10–12% of the total) of cases with concomitant substance abuse. For this group of patients are typical the expressed desocialization, grave breaches of compliance of, abnormal clinical condition, aggression and autoaggression, massive somatically complications. The observation and treatment of such patients is very difficult for drug abuse physicians (the significance of which has deceased for the last 30 years) and also is lesser extent — for psychiatrists. In meantime this treatment becomes realized in private imitative projects and the manuals stay only just as a recommendation. It requires a gradual revision of guidance documents and implementation of new forms of daily application work.

Key words: dual diagnosis, comorbidity

Рецензия на книгу профессора В.Д. Менделевича "Этика современной наркологии" (Казань: Медицина, 2010. — 218 с.)

Книга "Этика современной наркологии" написана одним из наиболее авторитетных российских психиатров и наркологов "новой волны" — профессором В.Д. Менделевичем, автором ряда монографий и руководств по психиатрии, медицинской психологии и наркологии, многие из которых стали бестселлерами и настольными книгами специалистов соответствующих профилей.

Вопросы этики в наркологии относятся к категории наиболее трудных, что во многом объясняется особым характером данной области деятельности. Очевидно, что ни один раздел клинической медицины не является в той же мере, что и наркология, зоной столкновения различных философских и этических точек зрения. Отличием наркологии от психиатрии и любой другой клинической дисциплины служит то, что над научными концепциями, которых придерживается квалифицированное профессиональное сообщество, в ней нередко одерживают верх идеологические, а подчас откровенно морализаторские подходы.

Превосходство идеологии над научным знанием, игнорирование квалифицированного мнения экспертов и служат, по-видимому, главными причинами того, что терапевтические стратегии в российской наркологии не только не соответствуют одобренным ВОЗ научно обоснованным лечебным подходам, но и попадают в явное противоречие с этими подходами.

Рецензируемая книга имеет классическую композицию, включает введение, четыре главы и заключение и завершается библиографическим списком.

Во введении автор последовательно обосновывает актуальность собственного труда, перечисляя наиболее драматичные аспекты рассматриваемой в нем проблемы.

В.Д. Менделевич указывает на рост наркологической заболеваемости во всем мире и на такие сугубо российские проблемы, как игнорирование мнения профессионалов-экспертов в решении вопросов наркополитики и лечения наркологических больных, отсутствие удовлетворительного доступа пациентов к квалифицированной медицинской помощи, а также нарастающие тенденции к формированию антинаркологии — движения, представленного главным образом

сотрудниками правоохранительных органов и представителей религиозных организаций, объясняющими аддиктивное поведение преступными либо греховными установками и, по сути, отказывающими больному в праве на болезнь.

В I главе книги ("Этика и психиатрия") перечислены и охарактеризованы ведущие принципы биомедицинской этики (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), которые реализуются с помощью основных этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность). Приводя в пример многочисленные факты, автор показывает, что эти принципы и нормы, к сожалению, нередко нарушаются в практике лечения наркологических больных в Российской Федерации.

II глава ("Право наркозависимого на болезнь и на лечение") непосредственно затрагивает вопросы отношения к потребителям психоактивных веществ (ПАВ) и оказания им медицинской помощи, что придает данному разделу книги особую практическую значимость.

В.Д. Менделевич рассматривает такие сложные и далекие от разрешения вопросы практической наркологии, как выбор врачами приоритетов в соблюдении интересов (обычно конкурирующих) пациентов, их родственников и общества, предназначение и потенциальная эффективность принудительного лечения зависимости от ПАВ, а также — что наиболее важно — нередкая приверженность врачей морализаторским и другим обвиняющим больных в их болезни установкам, что не просто недопустимо для профессионалов с точки зрения профессиональной пригодности и медицинской деонтологии, но и ставит наркологов, по сути дела, на антинаркологические позиции, бессмысливая их профессиональную деятельность.

Автор приводит критическую оценку фармакотерапии в российской наркологии (имея в виду главным образом лечение опиоидной зависимости) в сравнении с мировой практикой.

В.Д. Менделевич справедливо указывает на систематическое нарушение в отечественной клинической практике 13 основополагающих принципов лечения

зависимости от ПАВ, предложенных американским Институтом наркологии (U.S. National Institute on Drug Abuse, NIDA) и признанных во всем мире.

Чрезвычайно важной является обоснованная критика автором "психофармакологической доктрины", постулирующей обязательное применение нейролептиков и других психотропных средств в устранении "синдрома патологического влечения" — психопатологической категории, выделяемой исключительно в пределах Российской Федерации и отсутствующей в международных классификациях и глоссариях.

Необходимо отметить, что применение психотропных средств в лечении аддиктивных расстройств (за исключением случаев зависимости от ПАВ, осложненных коморбидными психическими нарушениями) не имеет научного обоснования (правомерность этого подхода не доказывается корректными научными исследованиями), не находит отражения в лечебных стандартах, рекомендованных ВОЗ, и является исключительной прерогативой отечественных специалистов.

В III главе ("Этические проблемы современной отечественной наркологии") автор рассматривает ряд правовых вопросов наркологии, в том числе проблему принудительного (недобровольного) лечения лиц с зависимостью от ПАВ. В.Д. Менделевич приводит мнение различных российских специалистов по этому вопросу, а также анализирует зарубежный опыт альтернативного лечения больных наркоманией, тесно увязывая медицинские категории с вопросами прав пациентов.

Основным предметом IV главы ("Этические предпочтения специалистов, оказывающих наркологическую помощь") являются данные собственного социологического исследования В.Д. Менделевича, целью которого послужила оценка отношения специалистов (психиатров, наркологов и врачей других специальностей) к наиболее трудным вопросам биомедицинской этики: эвтаназии, абортам, проблеме смены пола, адекватному снабжению онкологических больных наркотическими анальгетиками, необходимости предоставления стерильного инъекционного инструментария потребителям ПАВ и др.

Заключительный раздел книги обобщает ее основное содержание. Автор выделяет ключевые "больные места" российской наркологии, наиболее драматичным из которых является отсутствие приверженности многих (хотя, к счастью, далеко не всех) врачей основополагающим принципам биомедицинской этики и врачебной деонтологии.

Основной идеей книги В.Д. Менделевича, полностью разделяемой автором данной рецензии, является убежденность в необходимости соблюдения прав пациентов наркологической клиники и приведения

отечественных лечебных подходов в наркологии в соответствие с научно обоснованными и многократно доказавшими собственную эффективность международными стандартами терапии.

Книга оказалась несвободной от незначительных недостатков преимущественно технического характера (к числу немногочисленных примеров последних относится не вполне корректное введение аббревиатур).

Местами содержание книги далеко выходит за пределы анализируемой проблемы. Например, достаточное внимание в тексте уделено этическим вопросам психиатрии и правовым основам деятельности психиатров и наркологов. С одной стороны, это указывает на заслуживающую уважения компетенцию автора в рассматриваемых им вопросах и делает книгу еще более интересной для читателя, а с другой, представляет определенный недостаток, так как бесспорная логическая связь этих вопросов с основной темой книги не всегда имеет надлежащее текстуальное оформление.

Как и большинство трудов профессора В.Д. Менделевича, новая книга — "Этика современной наркологии" — сочетает академизм содержания и живой язык, что делает чтение одновременно и познавательным, и увлекательным.

Необходимость появления рецензируемого труда невозможно преувеличить в связи с состоянием наркологической помощи в Российской Федерации, которое следует признать бесконечно далеким от удовлетворительного.

Автор книги ставит наиболее острые и животрепещущие вопросы клинической наркологии, которые по ряду объективных и субъективных причин практически не обсуждаются ни в специализированных периодических научных изданиях, ни на профильных научных конференциях и конгрессах.

Книга представляет бесспорный интерес для специалистов различного профиля — наркологов, психиатров, психологов, юристов — даже без учета того немаловажного обстоятельства, что она является первым и единственным отечественным трудом на заявленную в заглавии чрезвычайно актуальную (и полностью освещенную автором) тему.

Не вижу никаких оснований сомневаться в том, что новая книга профессора В.Д. Менделевича — "Этика современной наркологии" — подобно многим его прежним книгам, станет настольной для специалистов в области лечения химических зависимостей.

Сиволап Ю.П., Москва