

Роль религиозного мировоззрения в процессе лечения наркологических больных

ШЕВЦОВА Ю.Б. советник Координационно-аналитического управления аппарата
Государственного антинаркотического комитета, врач психиатр-нарколог

Доклад на заседании секции Рождественских чтений "Медицинские, социально-психологические, образовательные и духовные подходы к реализации профилактических программ среди молодёжи".

Оказание лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным представляет собой для современного российского общества важную практическую задачу. В настоящее время, с учетом актуальности развиваемого направления, распространение получили самые различные лечебно-реабилитационные программы: сугубо медицинские, медико-социальные, те, которые основаны на 12-шаговой идеологии или созданные по типу терапевтических сообществ, а также религиозные — в рамках различных конфессиональных направлений. Однако многими высказывается мнение, что те, кто обращается за помощью в религиозные лечебно-реабилитационные программы, уже изначально относятся к некоей более благополучной категории наркологических больных, чем все остальные. Делается вывод, что значительная доля случаев прекращения употребления психоактивных веществ в религиозных программах есть результат первичного отбора обращающихся (большая покладистость, более «послушный» характер), а не результат Божьей помощи.

Для опровержения этих доводов нами проведено сравнение тех больных, которые, изначально будучи людьми неверующими, на одном из жизненных этапов в силу разных причин приобрели православное мировоззрение. В течение ряда лет наблюдалось несколько десятков пациентов с рецидивным течением зависимости от алкоголя и наркотиков. В ряде случаев больные, не приобретшие самостоятельное православное мировоззрение, были поддерживаемы своими верующими родственниками: за них молились дома, подавали записки на литургию и сорокоуст, заказывали молебны о здравии, читали акафисты, ездили по святым местам. После воцерковления наркологические больные, как правило, не были особенно прилежны, но самостоятельно частично выполняли религиозные обряды: принимали Крещенскую или освященную на молебне воду и просфору, временами читали кратко часть молитвенных правил, иногда посещали церковь, имели дома и приносили в лечебное учреждение иконы, некоторые несколько раз в жизни исповедовались и причащались.

Тем не менее, зависимость есть зависимость, и рано или поздно после периода трезвости и очередного срыва эти пациенты вновь попадали в поле зрения врача-нарколога.

На этапе стационарного лечения — при купировании основных острых расстройств, свойственных химической зависимости — было замечено, что при стандартном лечении медикаментозными препаратами (нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты) патологическое влечение к ПАВ редуцировалось литически, т.е. постепенно угасало фармакологически, но потом могло обостряться в разные сроки с разной интенсивностью, что требовало то ослабления, то усиления медикаментозной терапии.

В тех же случаях, когда пациенты или их родственники выполняли православные обряды, патологическое влечение могло исчезать критически, т.е. внезапно и полностью, без характерных волнообразных обострений. Этот переломный момент — от всецелой охваченности патологическим влечением к отсутствию его — был описан одним из священников, окормляющих зависимых (игуменом Анатолием Берестовым), и назван им «симптомом отмычки». Больные с удивлением отмечали, что голова «чистая», мысли — «светлые», никакой «тяги» нет в течение длительного времени. Это казалось им тем более странным, что сами они никак не связывали свое новое состояние с тем, что пили освященную воду или накануне лечения причастились.

Второй признак физической зависимости — это абстинентный синдром, связанный с глубокими нарушениями обмена веществ во всех системах организма: пищеварительном тракте, сердечно-сосудистой системе, центральной и периферической нервной системе, легких и почках. Абстиненция проявляется дрожью, ознобом, обильной потливостью, чередованием ощущений жара и холода, тошнотой, отвращением к пище, болями в животе, бессонницей. При наркомании это еще и мучительные, выламывающие боли в суставах и выкручивающие боли в мышцах. В качестве осложнений абстинентного синдрома встречаются эпилептические припадки, психозы с галлюцинациями, сердечная недостаточность, резкие колебания артериального давления.

При участии больного в церковных таинствах абстинентный синдром, конечно, не проходил быстро и «набело», но бывало, что течение его существенно смягчалось, а сроки несколько укорачивались. Больные субъективно легче переносили недомогания, проявляли несвойственное им ранее терпение, отмечали, что самочувствие «не такое плохое, как в прошлый раз». Возбуждение, тревога, агрессивное поведение, перечисленные тяжелые осложнения в структуре абстинентного синдрома практически отсутствовали.

Третий признак зависимости — аффективные расстройства, или расстройства настроения. В период отстранения от алкоголя и наркотиков настроение больных для них самих зачастую не поддавалось контролю: непроизвольно появлялись подавленность, тоска с болью в груди, тревога, мысли о смерти, ощущение безнадежности, жизненного тупика, поиски виноватого в том, что «жизнь так сложилась». Имели место раздражительность, злость, вспыльчивость по мелочам или длительное глухое недовольство родственниками, окружающими и жизнью вообще. Течение аффективных расстройств имело затяжной и волнообразный характер, то с ухудшениями, то с улучшениями.

При прохождении курса лечения после воцерковления настроение больных существенно отличалось от того, какое было без того. Выраженная тоска с болью в груди не возникала ни разу, также ни разу не появлялись мысли о смерти, хотя для многих больных ранее они были весьма характерны. Не отмечено и ощущения тупика, наоборот, возникало стремление изменить жизнь к лучшему. Что касается переживаний чувства вины, то теперь признавалась вина за собой — за недостойное поведение, за пьянство, употребление наркотиков, а фиксация на вине других лиц перед больным отсутствовала.

Нарушения поведения, столь свойственные наркологическим больным, всегда создают значительную эмоциональную нагрузку на родственников больных и медицинский персонал. Это резкость, грубость, несдержанность, гневливость, придирищность, злобность, негативное отношение к оказываемой помощи, склонность к самовзвинчиванию до психопатического возбуждения.

После обращения к религиозному мировоззрению больные вели себя совершенно иначе, были «не похожи на самих себя», чем удивляли медсестер и санитарок, работавших с этими же пациентами раньше. Например, говорили тише, вежливее, могли подождать, самостоятельно не затевали ссор, были, в целом, существенно спокойнее в поведении, в конфликтах могли довольно быстро успокоиться, не «раскручиваясь».

Если наркологическое отделение посещал православный священник, то еще несколько дней сохраня-

лась общая спокойная обстановка, а в высказываниях пациентов проявлялись позитивные планы на жизнь и намерение не только воздерживаться от психоактивных веществ, но и менять свою жизнь к лучшему.

Однако «бросить» пить или колоться, как мы знаем, еще не значит выздороветь. Многие пациенты, получив в результате лечения облегчение, признав для себя действенность Божьей помощи, через некоторое время пытались поставить свои собственные «эксперименты». Например, с молитвой начинали употреблять алкогольные напитки или наркотики, прося Господа или Богородицу о том, чтобы не «переборщить», «знать меру», остановиться после одного раза, а также о том, чтобы на следующий после употребления день у них не было похмелья или «ломки». Однако эти неприятности никакими молитвами не устранялись: за возобновлением употребления психоактивных веществ следовало то же продолжение, что и раньше — запой с похмельем или длительная наркотизация. Доза быстро увеличивалась от желаемой — небольшой, «умеренной», до прежней — патологически повышенной. «Контролировать дозу» не удавалось, а абстинентный синдром в течение нескольких дней возобновлялся с прежней интенсивностью.

Особую значимость духовная составляющая приобретает в программах послебольничной реабилитации. Высокая эффективность православных реабилитационных программ нам уже известна — соблюдение трезвости на уровне 40—65% недостижимо при оказании только медицинской помощи (статистика дает цифры 20—35% годовых ремиссий).

В нашей реабилитационной программе наблюдались зависимые больные с большой длительностью заболевания и низким уровнем социального функционирования, у которых применение одних только лечебных мероприятий ранее не позволяло добиться удовлетворительного восстановления. Эти пациенты нередко полностью десоциализировались из-за невозможности прекратить злоупотребление алкоголем и наркотиками и специфических негативных изменений личности, из-за потери работы, жилья, семейных связей, а также общего смысла жизни.

В программе использовались не только медико-психологические, но и религиозные факторы в виде духовно-ориентированной психотерапии в сочетании с адекватным преподаванием азов православного мировоззрения ранее не верующим людям. Реализация разработанной модели предполагала комплексную помощь полипрофессионального коллектива вместе с православным священником. Не являясь формально членом медико-психологической бригады, он выполнял задачи религиозного воспитания реабилитантов и их духовного окормления, а также необходи-

мой морально-нравственной поддержки специалистов — для предупреждения их профессионального «выгорания». Необходимо отметить, что с тяжелыми зависимыми больными длительно, в течение ряда лет, оставались работать только верующие специалисты, отличавшиеся высоким уровнем личностного развития и гуманитарного мировоззрения. Им были присущи такие профессионально значимые качества, как милосердие, эмпатия, доброта, отзывчивость, терпение и эмоциональная стабильность.

С психологической точки зрения, реабилитационная среда была построена не на партнерской основе (как, например, в обществе «Анонимные Алкоголики» или в Терапевтических сообществах), а на патерналистской, с некоторым патриархальным уклоном. Учитывая значительную степень когнитивного снижения и личностного регресса реабилитантов, их несамостоятельность, зависимость, неустойчивость к воздействию окружающей среды, социальную неграмотность, отсутствие у них до реабилитации не только понятий, но и самих терминов, относящихся к морально-этической области, именно патерналистская модель подходила для данной непростой категории больных в наилучшей степени. Формировавшиеся в закрытой реабилитационной среде позитивные правила и принципиально новые традиции имели особую субъективную значимость.

Еженедельно священник служил молебны у иконы Божьей Матери «Неупиваемая чаша», разъяснял фрагменты текста Евангелия, проводил религиозно-нравственные беседы-проповеди, осуществлял таинства крещения, исповеди и причащения для желающих. Тематика проповедей — смысл жизни, борьба добра со злом в человеческой душе, библейское, духовное толкование смысла пьянства и трезвости, понятий «порок» и «добродетель», «грех» и «страсть». На молебны и проповеди добровольно ходило большинство реабилитантов, другие церковные таинства посещало около трети, православные праздники отмечали практически все (включая неверующих, мусульман и баптистов). Принятие религиозных убеждений впоследствии играло значительную роль в предотвращении рецидивов алкогольной зависимости, порой успешно нивелировало личностные нарушения и помогало смягчить последствия психологических травм.

Не останавливаясь на профессиональных тонкостях, в целом, отметим, что в разные годы ремиссии (периоды полной трезвости) свыше 12 мес. регистрировались более чем у половины реабилитантов, окончивших программу. Эти пациенты восстановили трудовую деятельность и постоянное место жительства, сохранили навыки самообслуживания и самообеспечения, наработанные и закрепленные в процессе реабилитации, некоторые возобновили семейную жизнь, многие продолжали придерживаться православного вероисповедания. У них сохранялось более высокое и устойчивое уважение к себе и другим — как к чадам Божиим, выработанная ориентация на общечеловеческие и религиозные морально-этические ценности, стремление к самореализации.

Программа поэтапной комплексной реабилитации работы с наркологическими больными, объединяющая медико-психологическое, социально-трудовое и духовно-ориентированное воздействие, помогала осмыслить и принять морально-этические и трудовые нормы общества, учила уважать общечеловеческие ценности и опираться на них, справляться с алкогольной зависимостью и асоциальными привычками. Эти базовые личностные изменения вели, в свою очередь, к тому, что достигалось не только длительное воздержание от употребления психоактивных веществ, но и принципиально иной уровень социального функционирования тех, кто принадлежал к низкой социальной прослойке и имел до этого самую неблагоприятную жизненную перспективу.

В заключение остановимся на общей статистике религиозности наркологических больных. Из 432 опрошенных 68,9% (298 чел.) отнесли себя к нерелигиозным людям — допускали существование некой «высшей силы», но не более; 19,4% (84 чел.) выполняли наиболее принятые церковные обряды; всего 3,3% считали себя глубоко верующими (14 чел.), а 8,4% (36 чел.) сообщили, что категорически отрицают наличие какой бы то ни было «высшей силы», а тем более Бога. Исходя из перечисленного, приходится признать, что, несмотря на высокий потенциал, который несут в себе лечебно-реабилитационные программы с религиозно-духовным компонентом, необходимо развивать и другие виды помощи, ориентированные на неверующих.