

ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК: 616.89-085.214

С. В. Зиновьев

ПРОБЛЕМЫ «ДВОЙНОГО ДИАГНОЗА» В СОВРЕМЕННОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАРКОЛОГИИ

СПбГУЗ «Психоневрологический диспансер № 3», ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) представляет проблему, угрожающую всему жизненному укладу. Современные авторы говорят о наличии в нашей стране до 5,5 миллионов наркоманов и токсикоманов [1] и до 35 миллионов злоупотребляющих алкоголем, значительная часть которых страдает синдромально очерченной зависимостью [2]. Наиболее опасное действие ПАВ — разрушение самых высших и сложных мотивационных механизмов поведения. Тормозится эволюция психики, наступает десоциализация и антисоциальность вплоть до совершения жестоких деликтов [3]. Одной из главных причин, способствующих систематическому употреблению ПАВ, считаются аномалии психики в широком понимании термина [4]. Соответственно лиц с психическими расстройствами можно рассматривать как одну из главных групп риска в силу наличия предрасположенности на всех уровнях: биологическом, психологическом, социальном [5]. Наносимое ПАВ действие при этом можно априорно считать более разрушительным, чем у психопатологически интактных лиц.

По разным данным, от 14 [6] до 50% [7] психических расстройств отягощены сопутствующей алкоголизацией и потреблением иных ПАВ. Само по себе влечение к ПАВ имеет разнородную психопатологическую трактовку — как проявление болезненной аффективности [8], близкое к паранойальному бреду сверхценное новообразование [9], компульсивно-деперсонализационный [10] или пароксизмальноподобный [11] феномен. Это сказывается на клинике и динамике коморбидных состояний, иногда формально смягчая их течение, иногда — усугубляя и внося элементы атипичности [12].

Больные с так называемым «двойным диагнозом» — сочетанием наркологической и иной психической патологии менее адаптированы в обществе, они наиболее часто совершают суициды, опасные действия и не принимают поддерживающего лечения [13]. Несмотря на декларирование принципов системного видения человека и всей популяции [14] и изучения отдельных контингентов больных, нуждающихся в специализированной помощи [15], эти пациенты продолжают оставаться лишенными возможности

получения квалифицированной помощи как у психиатров, так и у наркологов [16]. В их отношении до сих пор нет общепринятого диагностического и терапевтического подхода [17].

Наши клинико-эпидемиологические исследования [18, 31] показывают, что большую часть больных с так называемым «двойным диагнозом» (10–12% от всего наблюдаемого диспансерами контингента) составляют осложненные формы алкоголизма или полисубстантное употребление (лекарственные препараты с немедицинской целью, каннабиоиды и алкоголь) среди страдающих органическими психическими расстройствами, патологией личности и умственной отсталостью. Употребление наркотиков для психически больных не типично. В целом этот контингент представляет собой величину, сопоставимую по объему с массивом больных неврозами или умственной отсталостью (табл. 1).

Таблица 1. Структура болезненности обследованного контингента (в %)

Подрубрика МКБ-10	Злоупотребляющие ПАВ (n = 414)	Не злоупотребляющие ПАВ (n = 3186)	Суммарно (n = 3600)
Органические психические расстройства	48,3*	37,7*	38,9
Расстройства шизофренического спектра	22,0	24,4	23,8
Аффективные расстройства	1,2	5,5	5,1
Невротические расстройства	4,8	10,0	9,4
Расстройства личности	14,0	8,9	9,5
Умственная отсталость	9,7	10,0	10,2
Прочие подрубрики	0	3,5	3,1
Итого	100,0	100,0	100,0

* вероятность $p < 0,05$.

Иными словами поясняя табл. 1, при сплошном обследовании 3600 пациентов, наблюдающихся психоневрологическими диспансерами двух районов Санкт-Петербурга, сопутствующая наркологическая патология была выявлена нами 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 умственной отсталостью.

Причины изоляции психически больных с так называемым «двойным диагнозом» от квалифицированной помощи заключаются в самой логике развития отечественной наркологической службы. Ее создание было продиктовано увеличением удельного веса больных алкоголизмом до трети от контингента психоневрологических диспансеров [19] в 1976 г. Обязательность активного выявления и лечения потребителей ПАВ законодательно определялась 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 самогоноварения» 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 возобновлявшие 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 двух месяцев, а при алкогольно-барбитуровой наркомании — трех месяцев. 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 полутора месяцев предписывалось 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 трех лет, а затем — контрольному наблюдению длительностью два 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 трех 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 являлись противопоказанием для направления в них (приказ МЗ СССР № 1270 от 12.12.1980 г.).

«Основы законодательства СССР о здравоохранении» (1969) 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 30 — 40% от общего числа больных алкоголизмом [20]. 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 оказании» (1992) сложилась парадоксальная, на наш взгляд, ситуация с наблюдением и лечением потребителей ПАВ. В самом законе нет прямых упоминаний об алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях и, как следствие, — его положения (о недобровольном освидетельствовании и недобровольной госпитализации, активном и мотивированном диспансерном наблюдении) на практике фактически не реализуются наркологической службой. 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 остается за гранью правового поля. В итоге неучтенные (из-за доминирования принципа добровольности обращения) или формально наблюдаемые потребители ПАВ продолжают формировать 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 считается противопоказанием. Регламентирующий деятельность наркологических реабилитационных центров приказ МЗ РФ № 76 от 19.03.1997 прямо запрещает направление в них лиц с психотическими и субпсихотическими расстройствами, выраженными суицидными тенденциями, декомпенсированными формами неврозов и психопатий, асоциальным поведением.

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 психиатров, наблюдающих «по умолчанию» данную категорию больных, не вменено оказание наркологической помощи, однако только психиатрическая служба сейчас может обеспечить недобровольное освидетельствование, активное амбулаторное наблюдение и длительное 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 невозможно без введения реабилитационных программ в повседневную практику (возможно, с созданием стационаров и полустационаров особого типа). Однако пока данные проекты являются инициативой отдельных профессионалов, располагающих достаточным количеством койко-дней [21].

По данным опроса 51 доктора наук по специальности «психиатрия», 74% опрошенных ответили, что наркология должна остаться частью психиатрии, и в первую очередь это относится к профессиональной подготовке нарколога как психиатра [22]. На практике же мы чаще сталкиваемся с нарастающим отмежеванием практической наркологии от психиатрических позиций на всех уровнях — организационном, лечебном, исследовательском [23, 24]. Это сопровождается снижением показателей материально-технической базы.

Так, ведущими специалистами [16, 20] давно предлагались схемы ведения пациентов с так называемым «двойным диагнозом» параллельно психиатрами и наркологами с разделением по нозологическим формам. В советском периоде 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 [20]. Для этих пациентов предполагалось открытие специализированных отделений и палат. В дальнейшем для злоупотребляющих алкоголем психически больных вновь предлагались три варианта наблюдения и лечения [16]. Так, совместное наблюдение нарколога и психиатра рекомендовалось при сочетании с алкоголизмом эндогенных расстройств. На психиатров возлагалась задача ведения пациентов с алкогольными психозами и глубокой психопатией. Все остальные расстройства без психоза и инвалидности рекомендовалось передавать в компетенцию наркологов.

К сожалению, данные положения при безусловной клинической и практической обоснованности носят рекомендательный характер, а попытки их практического превращения встречают сопротивление не только врачей-наркологов, но также пациентов и их близких.

Уже несколько лет ставится вопрос о создании самостоятельной наркологической федеральной службы с расширением полномочий, акцентом на превенцию и профилактику [25]. Однако клинические реалии не могут ждать, и мы попробуем рассмотреть те лечебно-профилактические действия, которые могут быть реально осуществимы профессионалами в настоящий момент. Их цель — профилактика, ранняя диагностика, лечение и в конечном итоге — снижение удельного веса психически больных с так называемым «двойным диагнозом» в общем пуле психически больных.

Первым шагом может стать включение психиатров-наркологов в консультативный прием в поликлиниках и стационарах [26] с их приближением к потребителям наркологической помощи. Это позволит улучшить диагностику и лечение фатальных заболеваний и их осложнений, от которых обычно погибают потребители ПАВ. В первую очередь это относится к работе с травматологическими, токсикологическими и инфекционными пациентами, в рамках диспансеризации и профосмотров, с проведением токсикологического скрининга.

Еще одно направление работы — контакт врачей с представителями органов внутренних дел [27, 28] с четким соблюдением требований руководящих документов по профилактике общественно-опасных и противоправных действий психически больных, полноценном проведении принудительного наблюдения и лечения, поддержанием постоянной обратной связи. Несоблюдение этого постулата на практике продиктовано еще и повышенным вниманием органов надзора (прокуратура) к деятельности всей медицинской службы и психиатрии — в частности.

В отношении темы профилактики заслуживают внимания два положения. Первое — то, что преморбидный профиль психически больных, страдающих коморбидной аддиктивной патологией [29], не имеет значимых различий с типичным преморбидным профилем систематически употребляющих ПАВ лиц без сопутствующей психопатологии [30], что отражено в табл. 2.

Таблица 2. Информативные признаки (факторы риска) злоупотребления ПАВ среди психически больных (при величине коэффициента различия 1 $p < 0,05$; 2 — $p < 0,01$; 3 — $p < 0,001$)

Признак	Баллы
Мужской пол	1,83
Алкоголизм отца	1,0
Безнадзорный стиль воспитания	1,0
Нарушения поведения в пубертате	2,5
Возбудимый тип преморбидной личности	1,33
Работа со снижением квалификации	1,5
Отсутствие высшего образования	1,2
Проживание в коммунальной квартире	1,0
Конфликты с законом	2,0
Перенесенные черепно-мозговые травмы	1,67
Тяжелые инфекции в преморбиде	1,33
Глобальный коэффициент различия G	1,49

Соответственно, адресность и содержание первично-профилактических мер, направленных к «группе риска» по злоупотреблению ПАВ, совпадают как с наркологической, так и с психиатрической точек зрения и требуют только полноты и своевременности.

Еще одним аспектом, соединяющим в себе элементы вторичной профилактики и ранней диагностики, является работа с аддиктивным паттерном [31], характеризующим типичные особенности употребления ПАВ при различных психических расстройствах. В качестве компонентов данного паттерна можно отметить возраст и обстоятельства начала систематического употребления ПАВ, предпочтение конкретных веществ, форму и ритм употребления, клинику опьянения и абстинентных проявлений. Эти данные уже не носят характер гипотезы и подтверждены статистически. Соответственно учет компонентов данного паттерна в работе с потребителями ПАВ позволяет провести раннее выявление среди них сопутствующей психопатологии, своевременно назначить необходимое обследование и лечение, снизить количество и тяжесть клинических и социальных осложнений.

Одним из перспективных направлений является патронаж — сопровождение труднокурабельного больного, по отношению к которому постановка цели полного излечения некорректна. Его цель — продление жизни, улучшение ее качества, снижение потенциального вреда (количества травм и отравлений, агрессивных и суицидных действий и многое другое). Во многом это связано с бытующей традиционной трактовкой наркологической ремиссии как полного отказа от употребления ПАВ и коммерциализацией наркологии. Вместе с тем никого не удивляет патронаж в работе с больными шизофренией, сахарным диабетом или ВИЧ-инфекцией.

И еще одно замечание. Отечественными специалистами [32, 33] подчеркивается важность исполнения требований Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992) в частях недобровольных мер медицинского характера при асоциальном поведении и отказе от лечения потребителей ПАВ, в том числе — и

психически больных. Это поможет прекратить дискуссию о приоритете добровольности (декларируемой повсеместно) либо недобровольности наркологического наблюдения и лечения ввиду наличия биологического базиса болезни, создающего неадекватную самооценку и нежелание избавиться от болезни. Ориентация на медицинские показания — опасность для себя и окружающих, беспомощность либо существенный вред здоровью вследствие неоказания специализированной помощи сама по себе служит гарантом защиты прав пациента, его целесообразного лечения в противоположность изоляции [34].

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. В формальном виде эта помощь совершается психиатрической службой, могущей использовать недобровольные меры медицинского характера, но не всегда располагающей достаточным временем и материально-кадровым потенциалом. Вместе с тем существует достаточное количество неактуализированных до настоящего времени аспектов повседневной работы, которые могут значительно повысить эффективность диагностики, лечения и сопровождения указанной группы больных без проведения масштабных административных преобразований.

Литература

1. Злоупотребление наркотиками и психоактивными веществами в России // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2000. С. 248.
2. Кошкина Е. А. Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 3. С. 87–89.
3. Мокаева Б. И. Алкоголизм и наркомании как провоцирующие факторы криминальной агрессии // Наркология. 2008. № 4. С. 81–92.
4. Лисицын Ю. П., Сидоров П. И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты). М.: Медицина, 1990. 517 с.
5. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология. М.: Медицина, 1991. 304 с.
6. Хохлов Л. К. Биологические аспекты алкоголизма при эпидемиологическом исследовании // Биологические основы алкоголизма. М., 1984. С. 18–24.
7. Drake R. E., Mueser K. T. Alcohol-use disorder and severe mental illness // Alcohol health & Research World. 1996. Vol. 20. P. 87–93.
8. Goodwin D. Family studies of alcoholism // J. Stud. Alcohol. 1981. Vol. 42. P. 156–165.
9. Иванец Н. Н., Чирко В. В. О лечении больных эндогенными психозами, страдающих наркотической зависимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. Т. 4, № 3. С. 84–86.
10. Дёмина М. В. Аффективная патология в структурировании «внутренней картины» наркологической болезни // Аффективные и шизоаффективные расстройства. М., 2003. С. 208–209.
11. Альтшуллер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю. М., 1994. 216 с.
12. 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.
13. 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.
14. Кабанов М. М. Смена парадигм в современной психиатрии (от организмо-центрической к эволюционно-популяционной) // Обзор. психиатр. и мед. психол. 1994. № 4. С. 7–11.
15. Ястребов В. С. Современная система психиатрической помощи: проблемы и перспективы // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2000. С. 43.
16. 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. Вып. 2. С. 95–99.

17. Софронов А. Г. Актуальные проблемы в развитии отечественной наркологии // Наркология. 2003. № 3. С. 2–6.
18. Зиновьев С. В., Софронов А. Г. Психические расстройства, сочетанные с употреблением психоактивных веществ — анализ проблемы и возможные пути решения // Психическое здоровье. 2008. № 9. С. 3–9.
19. Беляев В. П., Стяжкин В. Д. Современные направления диспансеризации больных нервно-психическими заболеваниями // Журн. невропатол. и психиатр. 1977. Т. 77, № 11. С. 1706–1711.
20. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. М.: Медицина, 1990. 416 с.
21. 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.
22. Шерешевский А. М., Иванов Н. Я. Результаты опроса ведущих психиатров России о некоторых актуальных вопросах психиатрии и о разделах нашего журнала // Обзор. психиатр. и мед. психол. 1993. № 4. С. 198–202.
23. Корчагина Г. А. Новые подходы к организации лечения наркоманий в современных условиях (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2000. 50 с.
24. Софронов А. Г. Актуальные проблемы в развитии отечественной наркологии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. СПб.: ВМА, 2000. С. 198–200.
25. Тихонов Г. Б. О создании федеральной наркологической структуры // Наркология. 2008. № 6. С. 63–76.
26. Володин В. С. Вопросы психиатрии в программе подготовки семейного врача и врача-терапевта // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2000. С. 9.
27. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. М.: «Экспертное бюро-М», 1997. 496 с.
28. Стяжкин В. Д. Историческая справка // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. СПб., 2001. С. 5–9.
29. Зиновьев С. В., Софронов А. Г. Факторы риска злоупотребления психоактивными веществами среди психически больных // Наркология. 2006. № 11. С. 51–53.
30. Козлов А. А., Рохлина М. Л. Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов // Журн. невропатол. и психиатр. 2001. Т. 101. Вып. 2. С. 16–20.
31. Зиновьев С. В. Особенности употребления психоактивных веществ психически больными // Неврологический вестник. 2010. Т. XLII. Вып. 4. С. 17–22.
32. Цымбал Е. И., Дьяченко А. П. Правовые основания оказания наркологической помощи // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). М., 2000. С. 275.
33. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л. Актуальные проблемы организации обязательного (принудительного) лечения наркологических больных в России // Наркология. 2007. № 2. С. 3–12.
34. Чернобровкина Т. В. К вопросу о принудительном (недобровольном) лечении в связи с биологическим базисом аддикции // Наркология. 2009. № 11. С. 102–104.

Статья поступила в редакцию 10 февраля 2011 г.