

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И  
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Шилова О.В., Хмара Н.В.**

**ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: ПРОФИЛАКТИКА,  
ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ  
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

Учебно-методическое пособие для студентов  
5 курса лечебного факультета

**Гомель 2012**

УДК 616.89-008.441.33(072)

ББК 56.145.12я7

Ш 59

**Рецензент: д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Шаршакова Т.М.**

**Шилова О.В., Хмара Н.В.**

Ш 59           Опиоидная зависимость: профилактика, заместительная терапия, медико-социальная профилактика. Учебно-методическое пособие / Шилова О.В., Хмара Н.В. – Гомель: ГомГМУ, 2012.- 23с.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом УО «Гомельский государственный медицинский университет». Протокол № от 28 июня 2012 г.

УДК 616.89-008.441.33(072)

ББК 56.145.12я7

© Шилова О.В. 2012

© Гомельский государственный медицинский университет, 2012

## Введение

Наркомания – глобальная мировая медико-социальная и юридическая проблема. Использование наркотических препаратов ежегодно уносит тысячи жизней во всем мире. Официальные цифры, как правило, отражают лишь «верхушку айсберга» проблемы.

Употребление наркотических препаратов связано с высоким криминальным риском, распространением опасных гемоконтактных инфекций, низким уровнем социальной активности. Хотя невозможно сформировать универсальный социальный портрет зависимого от наркотиков человека, но чаще всего это неработающий, добывающий деньги на новую дозу криминальным (кражи) или асоциальным (проституция) способами, имеющий ВИЧ-статус, гепатит и другие медицинские и социальные проблемы (проданные паспорт и жилье, выпавшие зубы, лишение родительских прав). В современных условиях меняются многие характеристики и прогнозы жизни наркоманов. Так, если десять лет назад считалось, что средняя продолжительность наркомана составляла 7-10 лет, с ВИЧ-статусом – 5 лет, то сейчас лечение проходят и становятся на учет больные с ВИЧ-статусом с 1995-1997 годов и стажем употребления наркотиков больше 20 лет. Соответственно, количество вовлеченных в зависимость людей становится больше.

Официально в Гомельской области на диспансерном учете с диагнозом «наркомания» состоит 1165 человек (в том числе в Гомеле и Гомельском районе – 436 человек, в Светлогорске – 300 человек). Еще 667 человек состоят на лечебно-профилактическом учете как употребляющие наркотические вещества. Согласно официальной статистике, общее количество наркоманов в зависимости от ряда социальных особенностей страны проживания может рассчитываться умножением этих цифр от 4 до 10. Применительно к нашей стране это приблизительно 6000 наркоманов, преимущественно опиоидных.

Профилактика, лечение и медико-социальная реабилитация данной категории больных – сложная и важная задача, требующая совместных усилий наркологов и врачей различных специальностей, правоохранительных органов, педагогов и социальных работников. В данной методической разработке мы рассмотрим некоторые вопросы профилактики (прежде всего, первичной), заместительной терапии как одного из самых эффективных методов лечения, и основы медицинской и социальной реабилитации.

## **Профилактика опиоидной наркомании**

Процесс наркотизации личности обусловлен совокупностью биологических, психических, социальных (в том числе семейных) и педагогических групп факторов. Вклад каждого фактора зависит от социального устройства общества, особенностей культурных традиций и обычаев, этнического своеобразия населения, характера и свойств наркотика и этапа развития пристрастия. Таким образом, ведущей может становиться то одна, то другая группа факторов.

Первичная профилактика наркомании связана, прежде всего, с изучением и изменением факторов, способствующих началу употребления наркотических веществ. Ограничение доступности наркотических веществ является важной в основном немедицинской частью проблемы, которую решают правоохранительные органы.

## **Влияние возрастных кризисов на формирование наркомании**

Наиболее часто заболевание наркоманией мы наблюдаем в подростковом возрасте (12-18 лет). Чем это можно объяснить? Согласно психоаналитическим школам подростковый возраст – это, прежде всего невозможность понять кто «Я» есть сейчас (кризис идентичности). Подросток созревает физически и психически, у него формируются новые ощущения взгляды, постепенно появляется новый подход к жизни. В этот период времени становятся особенно важными сверстники и роль подростка среди сверстников, родители как бы уходят на второй план. Если предыдущие периоды проходились более или менее успешно, то у подростка уже выработались доверие, самостоятельность, предприимчивость и смелость, а если нет, то ему приходится сталкиваться с недоверчивостью, стыдливостью, неуверенностью, чувством вины и осознанием своей неполноценности. Ценности, которые вкладывались в детей до этого возрастного периода, начинают активно сравниваться с ценностями, которые присутствуют в социальной группе. Все это происходит еще и потому, что в этот период времени подростку становятся интересны мысли других людей, а так же и то, что они сами о себе думают. Результатом этого интереса становится мысленный идеал семьи и общества, при сравнении с которыми реально существующие семьи и сообщества часто проигрывают. В общем, подросток – это нетерпеливый идеалист, полагающий, что создать идеал на практике не труднее, чем вообразить его в теории. Эрик Эриксон (1968) разработал теорию развития человека, в которой предположил: все, что молодой человек о себе знает как о сыне, школьнике, спортсмене, друге – необходимо объединить в одно слово «Я». Если молодой человек с этой задачей справится, то у него появится ощущение того, кто он есть, где находится и куда идет. Иногда предыдущий опыт в совокупности с личностными особенностями не позволяют осуществить эту интеграцию и тогда мы наблюдаем симптомы путаницы ролей, непонимание того, кто он есть и к какой среде принадлежит. Такая путаница часто наблюда-

ется у малолетних преступников. В некоторых случаях молодые люди стремятся к «негативной идентификации», то есть отождествляют свое «Я» с образом, противоположным тому, который хотели бы видеть родители и друзья. Этот период столь важен для психики, что как бы бессознательно решается – уж лучше идентифицировать себя с малолетним преступником или наркоманом чем вообще не обрести своего «Я».

### **Воспитание и наркомания – характеристика семей**

Изучая семьи и их особенности взаимоотношений, было установлено: роль неправильного воспитания в семье является значимым фактором, способствующим развитию химической зависимости в будущем (Максимова, 2000). Хотя не существует таких семейных взаимоотношений, которые бы позволили утверждать с высокой степенью достоверности, что в данной семье будут дети наркоманы, (у каждого есть возможность выбора и надежды), описаны семейные отношения, в которых наиболее часто встречаются наркотические зависимости.

Попустительский стиль («гипоопека») – ребенок должным образом не направляется, практически не знает запретов и ограничений со стороны родителей или не выполняет их указаний. Родители эмоционально холодны, либо отвергают своих детей, либо трудоголики, реже не могут устанавливать ограничения для своих отпрысков. Такие дети, становясь более взрослыми, конфликтуют со всем миром, так как не способны учитывать интересы других людей, устанавливать прочные эмоциональные связи, не готовы к ограничениям и ответственности. С другой стороны, молодые люди чувствуют страх и неуверенность перед социумом. Все это ведет к частому вовлечению в асоциальные группы и формированию наркотической зависимости. Такие отношения часто наблюдаются в асоциальных семьях, где родители сами зависимы от алкоголя и наркотиков, и часто связаны с преступными группировками. Этот тип отношений часто встречается и в неполных семьях, из-за двойной нагрузки на одного родителя, так как здесь сложнее организовать и удовлетворить потребности ребенка. В последнее время такая форма воспитания стала встречаться и в формально благополучных семьях часто с высоким достатком. В таких семьях есть папа и мама, но интересы родителей расположены не в области воспитания, а в области карьеры, например. Может даже быть налажен формально хороший эмоциональный контакт. Обычно это семья, где очень следят за имиджем, часто присутствует беспокойство, «что скажут люди». Рассмотрим один из возможных вариантов. Родителей-перфекционистов (стремящихся к совершенству) понимание того, что один из их детей становится наркоманом или алкоголиком, чрезвычайно унижает. Репутация «превосходных родителей» разрушена. Они не могут быть хорошими родителями перед лицом семейного кризиса. Вместо этого, они чувствуют себя жалкими «людишками», плохо выполнявшими родительскую роль все эти годы, которые теперь выставлены напоказ как обманщи-

ки. От таких родителей можно ожидать, что они будут отрицать реальность дольше всех нормальных пределов. Они будут просто отказываться признать проблемы с наркотиками своих детей, поскольку они могут быть только одними из двух типов родителей – совершенными или ужасными. Именно поэтому такие семьи могут рождать запущенных наркоманов.

Опекающий стиль (гиперопека) – стремление постоянно быть около ребенка, решать за него все возникающие проблемы. Родители бдительно следят за поведением подростка, ограничивают его самостоятельное поведение, тревожатся, что с ним может что-то произойти. В зависимости от убеждений родителей гиперопека может рассматриваться как в рамках авторитарного стиля воспитания и в виде потворствующей опеки.

Авторитарный стиль – все решения принимают родители, считающие, что ребенок во всем должен подчиняться их воле, авторитету. Родители ограничивают самостоятельность ребенка, не считают нужным как-то обосновывать свои требования, сопровождая их жестким контролем, суровыми запретами, выговорами и физическими наказаниями не делают скидки на взросление. При таком воспитании у детей формируется лишь механизм внешнего контроля, основанный на чувстве вины, стыда или страха перед наказанием, и как только угроза наказания извне исчезает, поведение подростка может стать потенциально антиобщественным. Все это потому, что родители и дети далеки друг от друга, а семейные ценности родителей молодым человеком не разделяются. В зависимости от того активный ли и сильный подросток либо робкий и неуверенный авторитарность родителей порождает конфликты и враждебность. В первом случае будут наблюдаться открытое противостояние и бунты во втором пассивность и неумение противостоять и постоять за себя как в семье, так и среди сверстников. Асоциальные группы привлекают таких подростков тем, что там они чувствуют психологическую защищенность, отсутствие давления со стороны родителей. Кроме того, воспитание в условиях высокой моральной ответственности приводит к нервным срывам, формированию низкой самооценки и страха неудач, что в дальнейшем может стать толчком к употреблению наркотиков.

Опекающий стиль воспитания (воспитание по типу кумира в семье) приводит, с одной стороны, к чрезмерному преувеличению собственной значимости у подростка, с другой – к формированию у него тревожности, беспомощности, запаздыванию социальной зрелости.

В конечном итоге любой вариант гиперопеки затрудняет понимание «кто Я, чего хочу, куда иду», молодому человеку трудно отказываться от навязывания неприемлемого поведения, так как нет способов отстаивания своих прав и понимания своих потребностей.

Хаотический стиль (непоследовательное руководство) – это отсутствие единого подхода к воспитанию, когда нет ясно выраженных, определенных, конкретных требований к ребенку или наблюдаются противоречия, разногласия в выборе воспитательных средств между родителями. При таком стиле воспитания фрустрируется одна из важных базовых потребностей личности – потребность в стабильности и упорядоченности окружающего мира, наличии четких ориентиров в поведении и оценках.

Непредсказуемость родительских реакций лишает ребенка ощущения стабильности и провоцирует повышенную тревожность, неуверенность, импульсивность, а в сложных ситуациях даже агрессивность и неуправляемость, не формируются самоконтроль и чувство ответственности, отмечаются незрелость суждений, заниженная самооценка, все это в подростковом возрасте затрудняет социальную дезадаптацию. Такой тип воспитания часто наблюдается в «деформированных семьях» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, где родители находятся на грани развода. Постоянные конфликты неминуемо приводят к противоречивому воспитанию, когда каждый из старших «гнет свою линию» в отношении воспитания ребенка и подростка. Этот же паттерн поведения виден, если мама папа по-разному видят процесс воспитания, например, в семье папы был принят авторитарный стиль воспитания, а мать выбирает потворствующую гиперопеку. Такие родители не обязательно будут стремиться развестись, но противоречивые команды будут постоянно присутствовать, и урон для растущей личности будет тот же.

### **Социальная среда и наркомания**

Помимо семьи большую роль играют друзья, школьные товарищи, отношения и ожидания учителей к подростку. Если их интересы никак не связаны с употреблением наркотиков, это достаточно мощный фактор противодействия аддиктивному поведению. Наоборот, если компания, ближайшие друзья вовлечены в употребление опиоидов, то вероятность последующей наркотизации индивида существенно возрастает. Для подростка большое значение имеет незаслуженное обвинение в употреблении наркотиков – это может с легкостью толкнуть неустойчивую личность к данному шагу.

Рассмотренные выше вопросы позволяют подытожить: на протяжении всех этапов развития ребенка семейные традиции, социальное окружение и личностные особенности приобретаются как провоцирующие, так и защитные факторы. Провоцирующими факторами становятся: злоупотребление алкоголем или употребление наркотических веществ родителями; конфликтные или эмоционально бедные взаимоотношения между родителями и детьми, недостаточный контроль родителей за поведением ребенка и его окружением; развод родителей и их негативные отношения в повторном браке, чрезмерные ожидания родителей в отношении ребенка, плохая успеваемость в школе, предпочтение

мнения сверстников мнению родителей, проблемы с правоохранительными органами, низкий уровень притязаний подростков на будущее. Факторами защиты являются: воспитание в семье с четкими социально приемлемыми принципами; сплоченность семьи, эмоциональная близость подростка с матерью и друг ими членами семьи, уважение семейных ценностей, привитые с детства навыки правильного общения с людьми, интерес к учебе и хорошая успеваемость. Знание этих факторов делает более понятными механизмы реабилитации у людей с наркотической зависимостью.

Можно составить последовательную цепочку развития аддиктивного (зависимого) поведения: **пробование (экспериментирование) – потребление (эпизодическое) – злоупотребление (регулярное потребление) – психологическая зависимость – тотальная зависимость.**

**Пробование наркотика (экспериментирование)** у подростков чаще всего мотивируется любопытством и давлением группы сверстников. На этом этапе подростки постигают, как можно изменить свое настроение, состояние с помощью наркотических средств. Не всегда за первой пробой следует злоупотребление, однако многие, испытав приятные ощущения, продолжают принимать наркотик и переходят на этап эпизодического употребления наркотика.

**Эпизодическое потребление:** прием наркотиков в большей мере зависит от внешних событий (вечеринка, дискотека, встреча с приятелями). Мотив такого поведения- возможность приподнять обычное настроение, развеселиться, стать своим в компании, избавиться от робости, застенчивости. При эпизодическом потреблении еще сохраняется контроль за дозой наркотика и за своим состоянием, т.е. вне такой компании подросток следует обычным жизненным правилам и стереотипам. Чем больше потенциал зависимости наркотика, чем слабее защитные механизмы личности и социальная поддержка ребенка, тем больше вероятность, что он будет потреблять наркотик в последующем для целенаправленного изменения своего состояния.

**Злоупотребление наркотиками (регулярное потребление):** наркотик становится отчетливой жизненной потребностью и нужен для того, чтобы справиться с негативным внутренним состоянием (беспокойство, напряжение, плохое настроение, разочарование). Его употребление уже в меньшей степени зависит от социального контекста. Например, любая ссора – с друзьями, родителями, педагогами – может стать поводом для обращения к наркотикам. Именно на этой стадии формируется «наученный» механизм решения всех жизненных проблем путем принятия наркотика.

**Психическая зависимость** выражается в непреодолимой потребности повторять прием наркотика. Наркотик становится навязчивой идеей, средством поддержания самооценки и средством самоутверждения. Наркотик выступает объектом привязанности, и поэтому подросток отказывается от прежних привя-



занностей, ищет компании, где наркотик является центральным интересом, готов тратить все больше сил, времени и средств на поиск наркотического средства. При недоступности наркотика подросток становится тревожным, беспокойным, раздражительным, суетливым. Признаки психической зависимости:

- навязчивое влечение к наркотику;
- вынужденное повторение приемов и укорочение промежутков между повторениями;
- потеря контроля над своим состоянием и ситуацией.

**Тотальная зависимость:** форма одержимости, охватывающей всего человека (и психосоциальную и телесную сферу), непреодолимая потребность в наркотике не только психики, но и всего «приученного» к нему организма. Если потребность не удовлетворяется, то возникают психические и физические реакции (абстиненция, «ломка»). На этой стадии наркотик употребляется не только в компании, но и в одиночестве. Мотивом приема наркотика становится общее плохое самочувствие, боли, тягостные телесные ощущения и душевные страдания. Наркотик воспринимается как «лекарство». К признакам психологической зависимости добавляются признаки зависимости биологической.

Признаки биологической зависимости:

- нарастание толерантности (привыкание к дозе);
- повышение дозы;
- абстинентный синдром.

Сроки формирования тотальной зависимости напрямую связаны с потенциалом зависимости наркотика: при потреблении героина зависимость формируется за очень короткое время (1-2 инъекции), так как этот наркотик очень быстро включается в обмен веществ и на прекращение его приема организм реагирует выраженной абстиненцией («ломкой»). На возникновение зависимости влияет и то, в каком возрасте подросток начинает употреблять алкоголь или наркотики (первая проба): чем младше возраст ребенка, тем быстрее он проходит все стадии от экспериментирования до тотальной зависимости.

### **Лечение и реабилитация зависимых от наркотических веществ**

На начальных этапах лечения важной особенностью сознания наркомана является отсутствие анозогнозии, свойственной больным алкоголизмом. Для алкоголика признание наличия проблем с алкоголем становится этапом в формировании мотивации к лечению, а наркоман понимает, что он наркоман. Но осознание наркоманами своего социально-психологического потенциала и возможности его использования для изменения себя и ситуации является сложной психотерапевтической задачей, хотя именно оно должно быть основой в практической реабилитационной работе с ними.

Эффективная система реабилитации в стационаре должна включать социально-психологические восстановительные мероприятия, воздействующие на

все пораженные уровни личности. Комплексный подход к коррекции личности и среды ее существования наиболее адекватен психологической структуре зависимого от наркотических веществ.

В личностной структуре человека, зависимого от наркотических веществ, происходят изменения:

- в познавательной сфере снижение уровня памяти и мышления на общем фоне сохранности остальных познавательных процессов;
- в волевой сфере нарушение процессов индивидуальной саморегуляции;
- разрушение эмоциональной сферы;
- среди личностных особенностей нами выделено формирование новой, специфичной системы ценностей.

Для наркоманов характерна еще одна не мало важная особенность, внесенная наркотизацией – диссоциация («расщепление») личности. С этим связано нежелание самого наркомана помочь себе в своем выздоровлении. Наркоман – двойственная личность. Одна часть – наркоманическая – яркая, образная, все время мечтает о наркотиках, вспоминает переживаемые ощущения, постоянно пребывает в мире иллюзий, фантазий и яркого сна. Другая часть – вялая, бледная, слабая, лживая, неактивная, больная и эта часть – «здоровая», которая должна бросить наркотики. И у этой части нет ресурсов, они все у наркоманической части. Эта часть не может жить в реальном мире, поскольку нет прежних ощущений, нет осознания себя как личности. И эта часть, которую мы вытаскиваем и подталкиваем бросить наркотики, не может еще какое-то время осознать себя, она незащитна, «без кожи», полна страхов и наш здоровый мир им враждебен и агрессивен и они сами становятся враждебными и агрессивными. Все сознание подчинено наркоманической части, т.е. внутренним чувствам, все другие ощущения – солнце, воздух, вода, природа не вызывают положительных эмоций.

Необходимы специальные психологические и организационные усилия по согласованному взаимодействию трех элементов системы реабилитации: реабилитационная среда, субъект реабилитации и групповая деятельность. При этом внимание акцентируется на когнитивно-познавательном подходе при реабилитации наркомана, что подразумевает осознание им своего потенциала, своих сохраненных ресурсов и готовность к самопознанию, саморазвитию и самоизменению разрушенных сфер личности.

### **Комплексное лечение наркотической зависимости.**

Лечение опиоидной зависимости без включения заместительной терапии метадонотом является сложной задачей. Выраженная тяга к употреблению, тяжелая физическая зависимость («ломка» в синдроме отмены) и разрушение эмоционально-волевой сферы личности наркомана обуславливали частые рецидивы. Традиционно лечение зависимости проходило в несколько этапов.

Первый этап включает в себя купирование абстинентного синдрома, психозов, остро возникающего патологического влечения к наркотику.

Второй этап терапии направлен на восстановление нарушенного гомеостаза, то есть состояния неустойчивого равновесия, возникающего после купирования абстинентного синдрома или острых психозов. Это лечение, прежде всего аффективных расстройств, депрессий, нарушений сна, компульсивного влечения, психопатоподобных расстройств.

Третий этап – восстановительный, направлен на нормализацию психического и физического состояния, и прежде всего на ликвидацию симптомов, поддерживающих психическое влечение к наркотикам – астению, вялость, апатию, аффективных колебаний, раздражительности и нарушений поведения, симптоматики органического синдрома. Это подострые состояния и продолжительность их бывает самой различной от 4 до 6 месяцев.

Четвертый этап – реабилитационный, от 1 до 2х лет.

На каждом этапе лечения индивидуальная психотерапия имеет свои определённые задачи.

На начальном этапе лечения основная задача – **купирование абстинентного синдрома**. Любой абстинентный синдром сопровождается дисфункцией всего организма, нарушениями в психической, неврологической, соматовегетативной деятельности. Это состояние при больших сроках заболевания, как у подростков, так и у взрослых представляет нередко угрозу для жизни пациентов и является тягостным переживанием для больных.

Лечение абстиненций – симптоматическое, основано на полном отнятии наркотика и индивидуального подбора лекарственных средств с учетом давности заболевания, дозы, употребляемых наркотических средств, психического, соматовегетативного и неврологического состояния пациентов.

Отнятие наркотических средств сопровождается поломкой наркоманического гомеостаза с нарушением всех функций организма. Болевой синдром при героиновой абстиненции крайне тягостен и тяжел для больных, и сопровождается выраженными психическими нарушениями – тревогой, страхом, аффективно-суженным расстройством сознания, компульсивным влечением к героину. Болевой синдром при героиновой (опийной) наркомании имеет двойкий механизм – центральный и соматогенный. Центральный механизм задействует непосредственно опиатные рецепторы, соматогенный – развивается в процессе наркотизации, когда опиаты вмешиваются при хроническом употреблении в нейроваскуляторную иннервацию мышц и суставов. Одним из осевых симптомов наркоманий являются аффективные нарушения, которые появляются как в интоксикации, при большей давности заболевания, так и вне интоксикации и наиболее рельефно выражены в период абстиненции. Это депрессии и дисфории разной степени выраженности. При заместительной терапии этот этап про-

текает менее болезненно и связан со снижением эйфоризирующего эффекта метадона по сравнению с опиатами.

На начальном этапе психотерапия чаще бывает краткосрочной и решает две основные задачи:

- 1) вывод из наркотической депрессии;
- 2) купирование влечения к наркотикам.

### **Восстановление нарушенного гомеостаза при лечении наркомании**

Второй этап лечения также достаточно важен, поскольку существующее психическое влечение имеет тенденцию обостряться, усиливаться и переходить в неуправляемое, компульсивное влечение. Такие срывы возможны даже на фоне лечения метадонем, и проявляются пропуском очередной дозы и использованием уличных наркотиков для получения эйфорического эффекта. У пациентов после купирования абстиненции сохраняется неустойчивый фон настроения, появляются вялоапатические депрессии, расстройства сна. Поэтому необходима терапия различных психических нарушений, коррекции сна, поведения. Если это героиновый наркоман, то после купирования абстиненции необходимо блокирование опиных рецепторов на 2-6 месяцев.

### **Реабилитационные центры.**

Система реабилитационных центров появилась в Европе в 60-70 годы. При огромном разнообразии методик, которые применяются в разных странах суть метода остается неизменной. Пациенты живут в замкнутом сообществе и, общаясь, друг с другом, заново учатся строить отношения, принимать на себя ответственность за собственные поступки, осваивают утраченные бытовые навыки. Как правило, в любом реабилитационном центре существует свод правил, который определяет весь порядок жизни и устанавливает для пациентов довольно жесткие границы дозволенного. Обычно пациенты полностью самостоятельно обслуживают себя; готовят, убирают, стирают. Причем каждый из жителей центра попеременно выполняет все виды имеющихся работ по дому. Вместе с этим большое внимание в реабилитационной программе уделяется психотерапии и групповой работе под руководством психолога.

Лечение в реабилитационном центре – высокоэффективная форма прохождения реабилитации, однако крайне высокая стоимость лечения в расчете на одного пациента ограничивает возможности его применения. Поэтому практически во всем мире все существующие реабилитационные центры являются негосударственными и содержатся или на средства, предоставленные международными гуманитарными организациями, или за счет самих пациентов.

Кроме того, в последнее время идея создания центров для лечения зависимых стала активно использоваться представителями различных религиозных организаций и сект для вовлечения в свои ряды новых членов. Часто в центрах, построенных на таких принципах, вместо избавления от зависимости происхо-

дит ее подмена – наркотики замещаются некоей идеей, например, религиозной. Таким образом, пребывание в реабилитационном центре – хорошая, но пока труднодоступная в нашей стране форма реабилитации.

## СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Формирование приверженности к АРТ (антиретровирусной терапии) (для ВИЧ-позитивных пациентов)
2. Социальное сопровождение (помощь в поиске жилья, изготовлении паспорта, средств к существованию, в трудоустройстве, др.)
3. Психологическую помощь
4. Организацию работы групп взаимопомощи,
5. Работу с равными консультантами
6. Тренинги, семинары, встречи со специалистами

### **1. Работа по приверженности к АРТ состоит из трех этапов**

- 1) **Мотивационный этап** - предоставление информации, формирование у участников программы заместительной терапии ответственного отношения к состоянию здоровья

На данном этапе работу по приверженности осуществляют *социальный работник, равный консультант, психолог*

- 2) **Проведение диагностических исследований** - определение иммунного статуса, вирусной нагрузки

На данном этапе работу по приверженности осуществляют *социальный работник, равный консультант, психолог, специалист ЦГЭиОЗ*

- 3) **Работа по формированию и поддержанию приверженности** - консультация инфекциониста; включение в группу взаимопомощи; тренинги по приверженности

На данном этапе работу по приверженности осуществляют *социальный работник, равный консультант, психолог, врач-инфекционист*

**Социальное сопровождение участников программы заместительной терапии включает**

- Постановку социального диагноза
- Установление причин социального неблагополучия, определение характера и объема необходимой социальной помощи
- Предоставление информации о возможности получения консультативной помощи врачей различных специальностей
- Предоставление информационно-образовательных материалов (лекционные блоки, видеолектории, дискуссии)

- Содействие в трудоустройстве, переподготовка, обучение, помощь в восстановлении документов. Повышение уровня социальной адаптации пациента, формирование ответственного поведения
- Сотрудничество с семьей
- Оказание эмоциональной поддержки клиентам
- Помощь в получении адресной помощи
- Сопровождение на этапе восстановления родительских прав

**Психологическое сопровождение участников программы заместительной терапии включает:**

- Комплексную диагностику
- Мотивационную терапию
- Индивидуальное консультирование
- Групповую работу
- Семейное консультирование
- Работу с созависимыми
- Психопрофилактику и психопросвещение

**Основные направления работы психолога с клиентами программы заместительной терапии метадон:**

- Обучение навыкам распознавания и выражения эмоций
- Создание предпосылок для формирования саморегуляции эмоциональных состояний
- Коррекция негативных эмоциональных состояний
- Обучение конструктивным способам взаимодействия
- Коррекция самооценки
- Обучение ответственному поведению
- Коррекция стиля и содержания внутрисемейных отношений
- Сопровождение на этапе возобновления/начала приема АРТ
- Сопровождение беременных.

С пациентами необходимо проводить самую серьезную психотерапевтическую работу по коррекции, реабилитации личности. Что же происходит с психикой индивидуума при приеме наркотиков? Наркотики отключают сознание пациентов от окружающего мира и переводят его на уровень только внутренних ощущений или внутренних переживаний, чувств. Наркотики очень быстро меняют осознание себя, окружающего мира, переносят в мир иллюзий, доводя все поведение наркомана до автоматизма. Наркоманы сами не могут перевести свои чувства на уровень нормального восприятия мира, почувствовать радость от общения с обычными людьми, не наркоманами. Они еще долго периодически, в зависимости от давности заболевания и дозы принимаемого наркотика, перестают ощущать удовольствия от общения с природой, прекрасным, даже изысканная кухня или одежда не доставляет радости и удовольствия. Эта ане-

стезия чувств и эмоций, когда человек ощущает состояние пустоты, безнадежности, беспомощности, возвращает их снова к наркотикам. Пациенты часто говорят: «Когда я потерял для себя ценность, мир тоже потерял для меня ценность. Для меня нет ничего хорошего сейчас, и не будет ничего хорошего в будущем». Это состояние тяжелой депрессии, в которой агрессия направлена на самого себя. Именно поэтому при использовании врачом современных психотерапевтических подходов речь идет об изменении характера, фактически о перевоспитании личности, и мгновенные результаты на этом пути невозможны. Но любые результаты важны. Крайне важно, чтобы человек начал задумываться о своей жизни, начал понимать, что за все, происходящее с ним, отвечает только он сам. Даже если видимый результат психотерапии отрицателен и молодой человек сорвался и начал вновь употреблять наркотики, посеянное в его душе психотерапией зерно сомнения в собственном «праве колоться» обязательно «прорастет» и даст свой результат. Психотерапевты говорят: главное на первом этапе лечения, чтобы в человеческой душе началась «борьба мотивов». Если наркоман начал думать и сомневаться – это первый шаг к успеху терапии. Психотерапевтические программы разделяются обычно не по применяемым в них психотерапевтическим методам, а по задачам, которые они ставят перед пациентами. Основной задачей таких программ является развитие опыта жизни без наркотиков и искусство сопротивления влиянию наркотической среды (наркоманов и продавцов наркотиков). Такие программы включают в себя:

- развитие способности к самоосознанию и тренинг уважения к себе как форма сопротивления влиянию наркотической среды;
- тренинг идентификации, развитие способности выделять себя из окружающей среды и ясно формулировать свои потребности;
- развитие навыков самостоятельности и ответственности, умения принимать самостоятельные решения;
- тренинг творческих способностей;
- тренинг, направленный на умение бороться со стрессом без употребления лекарств и наркотиков;
- развитие умения распознавать форму «агитации» наркотической среды и сопротивляться ей;
- тренинг отказа, развитие способности сказать «нет»;
- развитие навыков борьбы с депрессией и неудачами, тренинг активной личностной позиции.
- программы физического развития организма – двигательные и дыхательные гимнастики.

В каждом из этих направлений речь идет о развитии, о расширении человеческих способностей. Причем именно тех из них, которые обучают человека адекватному отношению к действительности.

Амбулаторные реабилитационные программы. Некоторым пациентам для того, чтобы избавиться от психической зависимости, не обязательно уезжать из города и проходить лечение в закрытом учреждении. Кому-то бывает вполне достаточно иметь возможность регулярно посещать группу поддержки и консультироваться со специалистом. Как и в случае с реабилитационными центрами, амбулаторных реабилитационных программ существует великое множество. Наиболее известная программа общества "Анонимные наркоманы" под названием «12 шагов». Эта программа заключается в регулярном, на протяжении многих лет, посещении группы самопомощи. Зависимость от наркотика подменяется здесь зависимостью от группы. Будучи лишенным возможности встречаться с группой, зависимый человек испытывает сильный дискомфорт и стресс, что часто приводит к рецидиву болезни. Несмотря на это, для многих наркоманов и алкоголиков "12 шагов" – реальный способ вернуться к полноценной жизни. Важно понять, подходит ли эта программа конкретному человеку. Это становится понятно после нескольких занятий. Если человек чувствует, что нахождение в группе его тяготит, необходимо немедленно искать другой способ прохождения реабилитации.

Психотерапевтические группы часто организуются при наркологических диспансерах, частных клиниках, различных психологических центрах. Некоторые семьи принимают решение самостоятельно проводить процесс реабилитации, взяв на себя функции группы. В этом случае семье необходимо регулярно встречаться со специалистом для проведения консультаций и занятий по так называемой «семейной» терапии. В некоторых случаях возможно даже организовать для ребенка своеобразный «семейный реабилитационный центр» – увезти его на дачу, в деревню и т. д. Важно понимать, что увезти не значит вылечить реабилитация главным образом процесс общения и научения, поэтому роль учителя в данном случае берут на себя родители. Перед принятием такого решения важно обязательно проконсультироваться со специалистом и, возможно, также пройти небольшой курс семейной терапии.

Любая реабилитационная программа – способ, инструмент, помогающий зависимому человеку заново осваивать мир. В реабилитационном центре, в группе, во время консультаций с психологом, процесс освоения действительности в большей или меньшей степени происходит при помощи модели реальной жизни (так терапевтическое сообщество в реабилитационном центре – только "общество в миниатюре", искусственно созданный организм). Поэтому вслед за этапом реабилитации необходим этап вхождения в реальную жизнь (социальная реабилитация). Эта часть пути в значительной степени проделывается человеком самостоятельно.

Психотерапевтическая работа с наркоманами – не самоцель, а неотъемлемая часть комплексной реабилитационной программы, достаточно длительной,



трудоемкой и поэтапной. Во всем поведении больных прослеживается инертность, пассивность, отгороженность от семьи, врачей. Иногда наркоманы проявляют много фальшивых эмоций в отношении родных, легко возникают дисфории. Пациентам легче с наркоманами и наркоманическая среда ближе и понятнее им. Психическое влечение через 4-6 месяцев, приобретая характер периодичности, может обостряться под влиянием внешних факторов, и тогда происходит всплеск, выброс, взрыв компульсивного влечения к наркотикам по типу психического автоматизма, протекающего на фоне аффективно-суженного расстройства сознания, с бегством из дома, отказом от лечения, скандалов с родителями и больные вновь возвращаются в замкнутый наркоманический круг. И для предупреждения этих состояний пациентам необходим периодические консультации с психотерапевтами.

Социальная реабилитация (трудоустройство, обучение, обретение друзей) помогает человеку избавиться от мыслей о том, что он «не такой как все», "больной". Этого можно добиться, только приобретая социальные связи в реальном обществе и живя по его правилам. Важно вовремя почувствовать изменения, происходящие в человеке, и в соответствии с этими изменениями перестроить свои отношения с ним. Тут часто также бывает, необходима консультация специалиста. Ошибки одинаково опасны на любой стадии лечения. Важно помнить, что не существует способа отдать кому-то больного, а получить здорового.

### **Применение метадона для заместительной терапии опиоидной зависимости**

Метадон был синтезирован в 1941 году в Германии как анальгетик. В заместительной терапии опиоидной наркомании начал применяться впервые в США в 1960-х годах. Сейчас используется в большинстве стран Европы, в Прибалтике, Украине. Заместительная терапия предусматривает назначение пациенту с опиоидной зависимостью лекарственных препаратов группы сильнодействующих опиоидов без эйфоризирующего эффекта в постоянной суточной дозировке для длительного приема под контролем врача. В настоящее время для заместительной терапии используют в основном метод метадон и бупренорфин.

В настоящее время (на начало мая 2012 года) в Гомельской области в метадоновую программу включены 225 человек, из них 116 наркоманов в Гомеле, 44 в Светлогорске, 53 в Мозыре и 12 – в Жлобине. Средний возраст участников 34 года, 12 человек старше 50 лет.

Фармакологической основой для проведения заместительной терапии является эффект «плато» при употреблении опиоидов. При повышении суточной дозы опиоида эйфорический эффект растет только до определенного уровня, после чего дальнейший рост дозы приводит только к седативному эффекту. При

проведении заместительной терапии пациенту необходимо подобрать дозу, при приеме которой он будет находиться в состоянии психофизического комфорта.

### **Основные цели при проведении заместительной терапии**

Одним из ведущих аргументов противников применения метадона в заместительной терапии опиоидной зависимости является то, что «лечения не происходит, мы просто даем наркоману другой наркотик». Это так. Полный отказ от употребления при сформированной зависимости крайне тяжел из-за мощной психологической и физической потребности принять препарат и соматических проявлений синдрома отмены.

*Потому к основным целям заместительной терапии с точки зрения общества относятся:*

- значительное уменьшение криминальной активности больного, т.к. нет необходимости добывать деньги для приобретения наркотиков;
- снижение риска распространения гемоконтактных инфекций внутри популяции наркопотребителей, т.к. пациент сокращает частоту инъекций или полностью отказывается от них;
- уменьшение проституции и проституции среди наркозависимых женщин, что уменьшает риск распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также других ЗППП на общую популяцию.

*Положительные результаты для пациентов определяются составляющими:*

- привлечение наркозависимых к лечению в учреждениях здравоохранения, что дает возможность проведения этиотропной химиотерапии ВИЧ-инфекций, гепатитов В и С, туберкулеза, других соматических и психических заболеваний;
- нормализация жизненного стиля и улучшение социального функционирования;
- улучшение экономического статуса пациента и его семьи;
- большая доступность для психотерапевтического вмешательства;
- снижение смертности от передозировки наркотиков;
- отказ от инъекций «уличных» наркотиков или уменьшение частоты инъекций;
- улучшение состояния физического и психического здоровья;
- уменьшение риска инфицирования вирусами ВИЧ и парентеральных гепатитов;
- создание условий для предродового и послеродового медицинского обслуживания женщин, употребляющих наркотики;
- дистанцирование от микросоциума наркопотребителей.

## **Фармакокинетика и фармакодинамика метадона.**

### **Принципы дозирования.**

Метадон является сильнодействующим агонистом мю- и каппа-опиоидных рецепторов и представляет собой белый порошок, горький на вкус. При проведении заместительной терапии его назначают внутрь в виде 1% раствора (1 мл раствора содержит 10 мг метадона). При пероральном применении он появляется в крови через 30 минут. Пиковая концентрация в крови достигается через 2-4 часа после его приема. Метаболизм метадона происходит в основном в печени, выведение метаболитов с мочой и желчью. Продолжительность полужизни препарата в плазме составляет от 14 до 30 часов.

Для достижения равновесной концентрации в крови необходим прием метадона в постоянной дозе в течение 5 суток. Метадон сильнее, чем морфин связывается с тканевыми белками и белками крови, что обеспечивает стабильную концентрацию в крови. При постоянном приеме он накапливается в жировой ткани, создавая тем самым депо, и его концентрация в крови колеблется незначительно. В дозе 60-120 мг/сут его обеспечивает блокаду опиоидных рецепторов, и если пациент параллельно употребляет другие опиоиды, то они не оказывают эйфоризирующий эффект метадона при приеме внутрь выражен значительно меньше, чем при приеме героина. Эффект «прихода» при употреблении героина внутривенно обусловлен быстрым нарастанием его концентрации в головном мозге. Метадон является менее липофильным и поэтому медленнее проникает через гематоэнцефалический барьер. Как правило, при приеме стабильной дозы препарата пациент является работоспособным.

Метадон назначается обычно 1 раз в день, начальная суточная доза составляет 20-30 мг, затем ее медленно поднимают до более высокого уровня. Рекомендуется, чтобы больной в начале лечения находился под наблюдением медицинских работников в течение 3-4 часов после приема метадона. В литературе описаны смертельные исходы от передозировки при ошибочном назначении слишком больших доз метадона пациентам с низкой толерантностью к опиоидам. Большинство пациентов метадоновой программы нуждаются в суточной дозе метадона 60-120 мг в сутки, но некоторым необходимы более высокие дозы (если пациент является «быстрым метаболизатором»).

Основные результаты заместительной терапии метадоном зависят от его суточной дозы, она должна быть не менее 60 мг. При назначении метадона в сочетании с парпаратами, ускоряющими его выведение, рекомендуется прием 2 раза в сутки, часто приходится увеличивать суточную дозу. Побочные действия препарата возникают у 20% пациентов. Они проявляются потливостью, запорами, уменьшением полового влечения и нарушением концентрации внимания.

*Предикторами более низкой эффективности заместительной терапии являются: начало злоупотребления опиатами в подростковом возрасте, зависи-*

мость от нескольких классов психоактивных веществ (полинаркомания), высокий уровень криминальной активности, тяжелое расстройство личности. Следует отметить, что у многих пациентов уменьшение сопутствующего употребления уличных наркотиков происходит не сразу, а спустя несколько недель или даже месяцев, поскольку для изменения поведенческих паттернов необходимо некоторое время. Многие больные продолжают прием психоактивных веществ, не относящихся к опиоидам – каннабиса, бензодиазепинов, алкоголя, кокаина, амфетаминов. Причинами такого поведения могут быть недостаточная суточная доза метадона, наличие сопутствующих психических расстройств, отсутствие психотерапевтической помощи и должного контроля за состоянием больного. Необходимо регулярно и неожиданно для больного проводить токсикологический анализ мочи на предмет употребления «уличных» наркотиков и несанкционированного врачом употребления психотропных препаратов (в основном бензодиазепинов). Если больной повторно нарушает правила прохождения лечения, то необходимо комиссионно рассмотреть целесообразность его дальнейшего участия в программе.

**Показания заместительной терапии:**

1. Установленный диагноз зависимости от опиоидов.
2. Пациент употребляет опиоиды инъекционным путем более 2 лет.
3. В анамнезе есть безуспешные попытки (две и более) лечения, ориентированного на воздержание от наркотиков.
4. Пациент старше 18 лет.
5. Наличие труднокурабельных хронических психических заболеваний: шизофрения, биполярное аффективное расстройство.
6. Наличие соматических хронических заболеваний, требующих постоянного медицинского наблюдения и лечения (эпилепсия, сахарный диабет).
7. Хронические инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, гепатит В, гепатит С, туберкулез.

При наличии инфекционных заболеваний (хронический гепатит В или С, ВИЧ/СПИД, туберкулез), требующих этиотропного лечения, заместительная терапия может быть рекомендована независимо от сроков употребления наркотика, возраста пациента и наличия попыток лечения. Опиатная зависимость у беременных служит показанием к назначению метадона на весь срок беременности и на срок до 6 месяцев после родов. В порядке исключения заместительная терапия может быть назначена пациентам младше 18 лет, если имеет место длительное парентеральное употребление опиоидов и наличие соматических заболеваний, требующих лечения.

## **Информированное согласие и терапевтический контракт**

Перед началом заместительной терапии необходимо получить информированное согласие пациента. Информирование пациентов включает в себя следующие основные компоненты:

- описание смысла заместительной терапии;
- описание целей лечения;
- информация о преимуществах и недостатках лечения;
- формы контроля за пациентом;
- ожидаемая длительность лечения;
- побочные эффекты метадона;
- риск сопутствующего употребления психоактивных веществ;
- возможные альтернативные способы лечения.

После информирования пациента о программе лечения с ним заключается терапевтический контракт. В контракте должны быть отражены обязанности участвующих сторон.

Сотрудники наркологической службы обязуются:

- обсуждать возможные изменения в схеме терапии с пациентом;
- встречаться с пациентом через определенные интервалы;
- быть готовым уделить больше времени пациенту в оговоренные часы, если он попросит продлить беседу.

Пациент обязуется:

- регулярно встречаться с врачом и другими сотрудниками наркологической службы;
- со всей ответственностью относиться к назначениям врача;
- по первому требованию сдавать образцы мочи для проверки на содержание наркотиков;
- минимизировать потребление незаконных наркотиков;
- при прохождении терапевтического курса не обращаться к другим врачам за назначением психотропных препаратов без согласования с лечащим врачом программы заместительной терапии;
- запрещается любое проявление агрессии со стороны пациента.

Пациента информируют, что при серьезном нарушении соглашения курс лечения может быть прерван.

Пациенты нередко считают, что метадон как заменитель героина вызовет у них схожие ощущения. Непонимание различий между этими средствами порой заставляет пациентов просить о назначении им повышенных доз метадона. Возможно, в прошлом многие из них иногда принимали нелегальный метадон и обнаруживали, что не испытывают той привычной эйфории, которую вызывают опиаты. Это привело их к заключению о необходимости принимать метадон в больших количествах, если он должен выступать заменителем героина.

Для большинства пациентов различие между метадоном и героином носит подчеркнuto качественный характер – отсутствие «кайфа» после приема и ослабленный эйфорический эффект типичны для метадона в противоположность героину. Увеличение дозы метадона обычно не создает ощущения, что это замена героина: пациент просто чувствует, что принял много метадона.

**Окончание заместительной терапии может быть добровольным и недобровольным.** Недобровольное окончание заместительной терапии проводится при глубоком нарушении пациентом терапевтического контракта – регулярные состояния тяжелой интоксикации из-за параллельного применения психоактивных веществ (алкоголь, бензодиазепины, барбитураты, димедрол, нелегальные опиоиды), угрозы в адрес медицинского персонала, любые проявления насилия в отношении персонала. При недобровольном прекращении заместительной терапии необходимо предоставить пациенту информацию о других возможностях лечения наркозависимости. Отмена метадона проводится со скоростью 5 мг/сут до достижения дозы 25 мг/сут, затем со скоростью 2,5 мг/сут.

**Добровольное** прекращение лечения проводится по желанию пациента. При суточной дозе более 80 мг рекомендуется снижение дозы со скоростью 10 мг в неделю. При суточной дозе 40-80 мг темп снижения составляет 5 мг в неделю, при дозе менее 40 мг 2,5 мг в неделю.

При добровольном прекращении заместительной терапии следует учитывать следующие факторы:

- стабильное психическое состояние пациента;
- отсутствие параллельного употребления психоактивных веществ;
- способность переносить стрессы;
- готовность пациента к воздержанию;
- дистанцирование от наркосреды;
- социальная стабильность.

Сотрудники наркологического диспансера, реализующие метадоновую программу, ведут большую работу по психосоциальной профилактике и реабилитации зависимых пациентов, медико-психологической профилактике детско-подростковых зависимостей, реабилитации опийных наркоманов, а также сотрудничают с педагогическими и социальными службами для развития новых методических подходов к разработке причинно-ориентированной профилактики зависимостей в школах.

Важным представляется также проведение массивной просветительской работы и развитие сотрудничества со средствами массовой информации в целях привлечения общественного мнения к проблемам роста молодежной наркомании, информирования населения о факторах риска наркомании. Одновременно необходимо проводить организационное и методическое консультирование общественных организаций с целью координации их усилий в русле городской

программы профилактики зависимостей среди детей и подростков (проведение конференций, благотворительных акций, антинаркотических маршей протеста). Эта деятельность привлекает внимание населения и государственных институтов к социальным проблемам детей и подростков.

### **Литература**

1. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами – Минск, 2011. – 374 с.
2. Лиманцев, В.В. Индивидуальная психотерапия опийной наркомании <http://symboldrama.ru/category/Moscow/>
3. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
4. Айзберг, О.Р. Применение метадона для заместительной терапии опиоидной зависимости: метод. руководство для врачей. – Минск, 2009. – 15 с.
5. Реан, А.А. «Подросток и семейное воспитание» <http://www.narcom.ru/publ/info/parents/>
6. Шабалина, В. «Предупреждение развития наркозависимого поведения» <http://www.narcom.ru/publ/info/319>
7. Лозовой, В. В. Профилактика наркомании: школа, семья: учеб. пособие. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2000. – 168 с.