

## «Одна из главных задач, которые стоят перед нами, — достижение у пациентов длительной ремиссии после лечения и воздержание от алкоголя и любых психоактивных веществ...»



*Гофман Александр Генрихович — доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости, Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Автор более 320 научных трудов: монографий, справочных руководств для врачей, а также статьи в Большой российской энциклопедии.*

*Член Ученого совета ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Проблемного совета по социальной, клинической наркологии и организации наркологической помощи, входит в состав Правления Российского общества психиатров, председатель этического комитета Независимой психиатрической ассоциации.*

— **Глубокоуважаемый Александр Генрихович, в сферу Ваших научных интересов входит изучение широкого круга психических расстройств, включая их проявления при болезнях зависимости. Какая научная работа ведется по этим нозологиям в возглавляемом Вами отделении?**

— Структура и тяжесть зависимостей изменились, что связано прежде всего с появлением новых наркотических и психоактивных веществ, количество и незаконный оборот которых, к сожалению, в России увеличились.

Как и раньше, наиболее распространенными остаются алкогольные психозы, но отмечается рост числа и других психических расстройств, вызываемых злоупотреблением различными психоактивными веществами. Чаще всего в Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (далее — Центр) на лечение поступают пациенты среднего возраста. Хочу отметить, что молодые люди, нередко подростки, начинают употреблять такие препараты, не задумываясь о последствиях — возникновении зависимости, тяжелых

психических расстройств и социальной неустойчивости.

В Центре специалисты нашего отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости, занимаются изучением сочетаний психических заболеваний с любыми видами зависимости: алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, игровой и компьютерной зависимостью. В отделение поступают пациенты с аффективными расстройствами, расстройствами личности, с эпилепсией; травматическими и органическими поражениями мозга.

— **Вы отметили рост распространенности психических расстройств, возникающих на фоне злоупотребления психоактивными веществами. Влияет ли наркотическая и алкогольная зависимости на формирование или манифестацию других психических заболеваний? И наоборот: влияет ли психическое заболевание на формирование зависимости?**

— Врачам сегодня приходится сталкиваться с новыми формами психических расстройств, увеличение числа

которых связано с доступностью психоактивных веществ, возможностью приобрести их нередко в свободной продаже. Они могут вызвать бред, галлюцинации, тяжелые повреждения психического здоровья. Таких препаратов появляется очень много, причем законодательные органы не успевают внести их в перечень запрещенных к продаже и употреблению.

Не менее важной проблемой является и отношение людей к употреблению так называемых «легких наркотиков», например марихуаны. В настоящее время в определенных кругах увлечение ими стало модным. А ведь пристрастие к веществам подобного рода может приводить к психозу или даже слабоумию.

Некоторые больные, особенно в случаях выраженных депрессивных расстройств, прибегают к наркотикам, которые обладают кратковременным антидепрессивным действием. Это становится одним из путей формирования наркозависимости наряду с уже существующим заболеванием, например с эндогенной депрессией. У таких больных пониженное настроение, раздра-

жительность, дисфория и апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами личности.

Депрессия встречается у 25–40% пациентов с алкогольной зависимостью. Связь патологического влечения к психоактивным веществам с другими психическими расстройствами обуславливает длительный, хронический характер употребления алкоголя, наркотиков и, в итоге, невозможность самостоятельно достичь полноценной ремиссии.

При тяжелой форме шизофрении употребление алкоголя и других психоактивных веществ встречается не так часто, а при усугублении заболевания может вообще прекратиться. У пациентов, злоупотребляющих алкоголем, наркотическими и другими психоактивными веществами, в процессе лечения может возникать абстинентный синдром, провоцирующий обострение шизофрении и эндогенной депрессии.

Злоупотребление алкоголем учащает случаи психоза при шизофренических расстройствах. Кроме того, развивается токсическая энцефалопатия, для которой характерны прогрессирующие общемозговые и психоорганические синдромы: рвота, головокружения, нарушения походки. Быстро развиваются интеллектуально-мнестические расстройства, заторможенность и замедленность психических процессов. Сочетание эпилепсии и зависимости от психоактивных веществ усугубляет течение первого заболевания, а в запущенной стадии может приводить к эпилептическому статусу — тяжелому состоянию, которое является фактором риска преждевременной смерти больных.

**— Как изменились подходы к лечению зависимостей? Что необходимо для предупреждения их возникновения?**

— Сегодня существует множество самых разных антипсихотиков, антидепрессантов, появились новые препараты и новые подходы к лечению.

При терапии больных с двойным диагнозом, страдающих от алкогольной или других зависимостей, на первом этапе устраняют абстинентный синдром путем детоксикации, для его купирования применяют те же лекарственные средства, что и при лечении пациентов без коморбидной патологии.

Медикаментозная терапия проводится с использованием препаратов, нормализующих физическое и психическое состояние, сон: витаминов, транквили-

заторов, антидепрессантов, антиоксидантов. Этот этап занимает 6–10 дней. Далее устраняют галлюцинации и бред, нормализуют настроение, при лечении применяют те же средства, что и при психических расстройствах. Это тимостабилизаторы, антипсихотики. Последние следует использовать с особой осторожностью, так как они влияют на функцию печени, пострадавшую от токсического действия алкоголя или других психоактивных веществ.

После купирования острых состояний приступают непосредственно к лечению зависимости от алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ, естественно, с учетом имеющихся хронических заболеваний и сохранности когнитивных функций пациента. При медикаментозном лечении применяют лекарственные средства, предназначенные для понижения или блокирования патологического влечения. Важная роль отводится также психотерапии.

Одна из главных задач, которые стоят перед нами, — достижение у пациентов длительной ремиссии после лечения и воздержание от алкоголя и любых психоактивных веществ длительностью не менее года с отсутствием влечения к опьянению, беспричинных колебаний настроения, постабстинентного синдрома.

С помощью новых медикаментозных методов сейчас можно добиться неплохих результатов в лечении психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, но это кардинально не решит проблему. В ее основе лежат социальные, экономические факторы, на которые мы, медики, практически не можем повлиять. Необходимо больше внимания уделять воспитанию подрастающего поколения, формированию здорового образа жизни, разъяснению пагубности злоупотребления любыми веществами, вызывающими зависимость.

**— Каков прогноз по ремиссии при алкоголизме и наркомании?**

— По наблюдениям, ремиссия наступает чаще при алкоголизме. При наркомании она возникает реже, что связано с особенностями наркозависимости, например при героиномании добиться ремиссии крайне сложно. Для наибольшей эффективности лечения данных пациентов необходима их длительная изоляция — как минимум год. Именно такие правила действовали ранее.

В действующем законодательстве отсутствует норма о принудительном лечении. Соответственно, нет учреждений, в которых обеспечивалось бы подобное лечение. Если пациент заявляет лечащему врачу, что он хочет прекратить лечение, мы вынуждены отпустить его. Выйдя из стационара, он попадает в привычную среду общения и продолжает употреблять алкоголь или наркотики. Принудительное лечение было отменено в силу ряда социальных и других причин, но для некоторых наркоманов это единственный выход. Известно, что до полугода влечение к наркотику сохраняется, а примерно через год резко ослабевает.

**— Наблюдается ли увеличение смертности от злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами?**

— По статистике, такой рост не наблюдается. Это объясняется тем, что люди, страдающие зависимостями, нередко заканчивают жизнь самоубийством, умирают от тяжелых хронических заболеваний или, например, сердечного приступа или инсульта. Поэтому в большом числе случаев непосредственно наркомания или алкоголизм не являются основной причиной смерти.

**— Как изменилась клиническая картина алкогольных психозов за последние 10 лет? Отмечается ли уменьшение их распространенности? Если да, то чем это объяснить?**

— Согласно данным психиатрических и наркологических стационаров, за последние 10 лет распространенность психотических состояний при алкогольной зависимости снизилась, а также уменьшилась смертность от психических расстройств и расстройств поведения, вызванных употреблением алкоголя. Такие психотические состояния, как делирий (белая горячка), стали встречаться реже, потому что люди пьют меньше и менее длительно.

Но пока отношение к употреблению спиртного в обществе остается прежним, успокаиваться рано. Необходимо изменить отношение и культуру употребления алкоголя, что позволит снизить риски развития алкогольной зависимости, в том числе возникающей на фоне соматических заболеваний, расстройств психики.

Специально для *Доктор.Ру*  
Сергеева Е.Б.