

Наталья Богданова

ПОМОЩЬ ИЛИ СПАСЕНИЕ?

НАРКОЛОГИЯ
В ВОПРОСАХ
И РАЗМЫШЛЕНИЯХ



ПСИХОЛОГИЯ
В КАРМАНЕ

25
ЛЕТ
ИЗДАТЕЛЬСКОМУ ДОМУ
ГОРГОДЕЦ

Психология в кармане

Наталья Богданова

**Наркология в вопросах
и размышлениях.
Помощь или спасение?**

ИД «Городец»

2021

УДК 159.9
ББК 88.5

Богданова Н.

Наркология в вопросах и размышлениях. Помощь или спасение? /
Н. Богданова — ИД «Городец», 2021 — (Психология в кармане)

ISBN 978-5-907358-99-7

Автор исследует животрепещущую проблему низкой результативности лечения наркологических больных. Читателю предлагают погрузиться в неприглядный мир болезни с вниманием и без осуждения, вплотную приблизиться к сложным судьбам и характерам, чтобы разглядеть детали, без учета которых никакой диалог не может быть построен. Книга – тренинг для тех, кто хочет обрести большее понимание своей роли в проблемах зависимого поведения у близкого человека, а также дополнительные ресурсы для успешного выхода из состояния утомительного ожидания очередных срывов зависимого. В формате PDF А4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9

ББК 88.5

ISBN 978-5-907358-99-7

© Богданова Н., 2021
© ИД «Городец», 2021

Содержание

Предисловие	7
Глава I	9
Что представляет собой недавно протрезвевший пациент?	14
Хрупкость контакта	16
Конец ознакомительного фрагмента.	19

Наталья Богданова

Наркология в вопросах и размышлениях. Помощь или спасение?

*Посвящается
МАМЕ*



© Н. Богданова, 2021

© ИД «Городец», 2021

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Представляем вам серию книг, необходимых как специалистам, так и всем, кто хочет найти себя в нашем сложном противоречивом мире. Это:

- классические монографии и учебники;
- современные работы по психиатрии и психологии;
- учебные пособия по актуальным психологическим дисциплинам;
- популярная и просветительская литература по психологии.

Предлагаемые издания расширят научные горизонты практикующих специалистов, а также познакомят с возможностями психологической науки всех тех, кому интересна данная тематика. Не замыкайтесь в себе, не оставайтесь со своими внутренними проблемами, которые кажутся порой неразрешимыми!

Эти книги позволят вам открыть для себя методы психоанализа, аналитической психологии, гештальт-анализа и каждому выбрать близкое направление, подскажут выход из сложной жизненной ситуации, помогут справиться с тревогой, депрессией, внутриличностными конфликтами и изменить свою жизнь к лучшему.

Наш издательский проект создан для вас.

С радостью представляем новую книгу проекта!



*Треушниковая Наталья Валерьевна,
президент Союза охраны психического здоровья*

Союз охраны психического здоровья – общественная организация, ставящая своей задачей улучшение психического здоровья россиян, повышение субъективно воспринимаемого качества жизни и рост психологического комфорта для всего населения России.

В рамках своей деятельности Союз поддерживает:

– проекты в области повышения квалификации специалистов, работающих в психиатрии и психологии;

– проекты, способствующие адаптации и повышению качества жизни людей с психологическими и психическими особенностями и направленные на профилактику психических расстройств;

– проекты по изданию и переизданию книг отечественных и зарубежных авторов, близких темам программной деятельности Союза.

...Зависимость – это прежде всего болезнь отношений.

Как у зависимого, так и у созависимого есть шанс изменить декадентский сценарий, для чего придется расстаться с предметом своей зависимости или созависимыми отношениями.

Наталья Богданова

Предисловие

Свобода – это не выбор возможностей, а создание условий, которых нет.

Из интервью с композитором Владимиром Мартыновым

Без мужества наша любовь тускнеет и превращается в обыкновенную зависимость. Без мужества наша верность перерождается в конформизм.

Ролло Мэй.

Мужество творить

Идея написать следующую книгу в продолжение изданной «Наркология: помощь или утопия? Зачем кошке пирожное?» возникла сразу после выпуска одной. Захотелось додумать сказанное, докопаться до следующего слоя истины. Настоящая книга – продолжение разговора на тему зависимости и той роли, которую играют близкие в ее возникновении, становлении, течении и завершении. Ситуация лечебного процесса зависимого и все, что ему сопутствует, оказалась не столь простой, как может показаться на первый взгляд, и выходит далеко за пределы лечебного учреждения и отрезка времени, в нем проведенного. Самое неожиданное оказалось в том, что люди, живущие с зависимыми, упорно не хотят признавать тот факт, что они также ответственны за не только положительные, но и негативные события в жизни своих семей и что они могут быть способны стать триггером так сильно ими желаемых перемен.

Никакая книга не может заменить опыта, в том числе сугубо обучающая и методическая литература, стандарты лечения – настольная литература любого специалиста. На изучение стандартов уйдет пара часов. Прочитать их может каждый желающий, они доступны в сети Интернет. Что же может предложить врач, помимо стандартов, и должен ли он что-то предлагать? Сводится ли работа врача исключительно к выполнению установленных актуальных правил? Имеет ли право врачебное искусство на существование в современном мире или его изводят, как ненужный рудимент прошедших эпох?

То, о чем мне хочется написать, никак не связано с лечебными канонами, которые попросту игнорируют нюансы, во-первых; во-вторых, они не включают в себя рассмотрение проблем отношений зависимого с его родственниками и близкими людьми. Зависимость в медицине рассматривается как болезнь одного человека, тогда как работа в стационаре каждый день убеждает нас, что зависимость – это прежде всего болезнь отношений. Не имея возможности заниматься проблемами родственников в полной мере, мы отчетливо видим проблемные места пациентов, касающиеся их взглядов на жизнь и способов взаимодействия с окружающим миром. Оказывается, что характер отношений человека с социумом служит ключом к разгадке тайны каждого конкретного зависимого. Поймав в сачок осознания собственные болезненные паттерны поведения и отношения к жизни, зависимый обретает небывалый шанс на качественные перемены. Задача специалистов наркологического профиля заключается в том, чтобы выхватить из размытого, абстрактного, неоформленного фона жизненных и внутренних перипетий зависимого понятное, узнаваемое очертание болезненной закономерности мышления. Следующим шагом терапевтического процесса становится научение зависимого способности честного, конструктивного, перманентного диалога с самим собой и с миром. Длительность лечения и реабилитации здесь играет ключевую роль. Повторные обращения пациента в стационар не должны рассматриваться как фиаско, а, наоборот, как некий лечебный континуум, на протяжении которого разыгрываются драматические истории жизни человека, являющиеся материалом для совместной психотерапевтической работы больного и врача.

Повторные и частые госпитализации пациентов дают нам шанс установить более тесный контакт с родственниками, глубже вникнуть в специфику отношений между ними и пациентом, с тем чтобы помочь последнему справиться с проблемой. Но далеко не всегда увиденные нами шансы используются в полной мере и самим зависимым и, что менее ожидаемо и более обескураживающе, его родственниками.

Специфика теперешней жизни заставляет нас становиться грамотными в вопросах, абсолютно нам неинтересных и сложных. Чтобы быть уверенными в качестве покупаемого товара или услуг, нам приходится штудировать предмет, далекий от наших знаний и образования. Набраться качественных медицинских знаний чрезвычайно сложно для человека, профессия которого не связана с медициной, но, имея в семье хронически больного, это делать приходится. Существуют школы для диабетиков, астматиков, сердечников и пр. Для зависимых и членов их семей созданы анонимные группы самопомощи, работающие по американской модели «12 шагов». Группы успешно функционируют в крупных городах, таких как Москва и Санкт-Петербург, что не покрывает потребности других регионов, во-первых, и, во-вторых, сами группы не обеспечивают исчерпывающей информацией об интересующем нас предмете. Диалог с врачом не всегда удается из-за беспрецедентной занятости и непосильной загруженности последнего, что отбивает у него охоту делать что-то, выходящее за рамки формальных обязанностей.

Чтобы использовать шанс диалога с зависимым, со специалистом, с самим собой, в конце концов, в полной мере нужно быть хорошо подготовленным. Надеюсь, эта книга ответит на многие беспокоящие вас или еще не заданные вопросы, наполнит вас отвагой двигаться дальше на пути преодоления проблем и обретения ускользающего или утраченного смысла борьбы за свои ценности.

Автор

Глава I

Курс лечения – зачем он нужен?

Законченность бывает разной. Есть законченность Леонардо и есть законченность Марке. Какая вам ближе – вы выбираете сами. Для этого, правда, надо приобрести привычку думать.

Вячеслав Некрасов.

Как защитить свой талант от...

«Сколько он будет лечиться?» «Каков предполагаемый курс лечения?» «Когда его выпишут?» Задавая, казалось бы, такие банальные и простые на первый взгляд вопросы, родственники и не подозревают, насколько легко и непринужденно, одним махом, они ставят врача в тупик. Каждый раз, ожидая услышать подобный вопрос, приходится много думать, прежде чем ответить, и много говорить, отвечая.

Только начав задумываться над смыслом спрашиваемого, мы наталкиваемся на нескончаемую череду уточняющих, детализирующих предмет обсуждения вопросов. Тема лечения и выписки начинает дробиться на великое множество не вполне решенных и непросто решаемых вещей, которые, в свою очередь, цепляют по соседству расположенные проблемы, и предмет разговора начинает терять границы, разрастаясь и захватывая все новые территории.

На протяжении всей книги я пытаюсь следовать за пациентами, за теми сложнейшими задачами, которые они не устают безжалостно ставить перед нами, испытывая профессионализм врачей и любовь своих близких.

Отвечая на вопросы о необходимой длительности лечения с формальной точки зрения, мы всегда можем сослаться на существующие стандарты лечения, утвержденные Министерством здравоохранения, куда заглянуть нет ничего проще, чтобы мгновенно выяснить, что время стационарного лечения синдрома отмены от психоактивных веществ (стандарты практически не меняются при оказании помощи зависимым от разного рода веществ, включая всю палитру наркотиков, в том числе алкоголь) составляет 10–15 дней. Что следует из простого и прямолинейного ответа? Стандарт лечения подразумевает, что по прошествии указанного времени мы должны получить существенный результат, который бы отличал состояние пациента при поступлении и при выписке таким образом, что мы могли бы сказать, что достигли поставленной цели. Через 10–15 дней оказания помощи на выходе из лечебного процесса мы должны получить пациента такого, какой он был до срыва, приведшего его в больницу. В лечебных стандартах не уточняется, сколько времени человек посвятил пьянству или наркотизации. Предполагается, что и десятидневное пьянство, и десятилетнее в равной степени будет подвержено обратному развитию за все те же пару недель. Подразумевается, что потребитель «солей», героина, равно как и марихуаны, метадона, должен обрести здоровье и трудоспособность за все те же 10–15 дней. На самом ли деле это так или не совсем так, или совсем не так?

Определяя зависимого родственника в наркологическую клинику, его близкие ожидают, что в результате лечения он восстановит не только физический статус, что подразумевают стандарты лечения, но и былой разум, здоровье, а также обретет новое отношение к жизни. Разумеется, их ожидания психологически понятны, но оправданны ли? Госпитализация в наркологический стационар чаще всего продиктована острой необходимостью и связана с нарушением в функционировании организма зависимого, в том числе психической сферы. Острое состояние обусловлено внезапной отменой употребления химического вещества, наркотического, токсического, в том числе алкоголя. Подобное состояние отмены называется абстинентным синдромом. Купирование абстинентного синдрома означает, что человек так же хорошо себя чувствует, как если бы он и не пил вовсе или не употреблял, предположим, по грамму героина

два раза в день на протяжении года. Организм на физическом уровне должен восстановиться настолько, чтобы последствия злоупотребления свелись к нулю. Возможно ли такое за 10 дней?

Да, возможно, но лишь у некоторой, незначительной доли пациентов.

Посвящая львиную часть своей жизни работе в государственном стационаре и меньшую частному медицинскому центру, могу сравнивать контингент пациентов и задачи, которые стоят у доктора при обращении больного за медицинской помощью.

Условно пациентов наркологического стационара можно разделить на следующие категории.

1. Те, кто хочет облегчить физическое состояние.
2. Те, кому необходим сам факт лечения.
3. Те, кто хочет избавиться от зависимости.
4. Те, кто ничего не хочет.

Возвращаясь к первоначальному вопросу о длительности лечения, нужно понять мотивы обращения пациента в стационар. Ведь именно от них и будет зависеть ответ на вопрос о длительности терапевтических вмешательств. Стандарты лечения не учитывают мотивов конкретного пациента, а рекомендованный десятидневный курс рассчитан на облегчение физического страдания пациента.

Справедливости ради замечу, что государственный стационар – это не всегда плохо и не всегда хуже, чем частный платный центр. Долгое время проработав в государственной наркологии, могу свидетельствовать, что мы рассуждаем о длительности лечения исключительно благодаря тому, что нам доступна роскошная возможность практически ничем, кроме желания пациента, не ограничивать длительность стационарного лечения и реабилитации в гостеприимных стенах круглосуточного государственного стационара. Как это ни удивительно, помощь оказывается совершенно безвозмездно. Для ее получения достаточно, чтобы зависимого доставили в стационар с направлением или без от участкового нарколога. В 2020 году ситуация несколько осложнилась коронавирусной эпидемией и необходимостью предоставления отрицательных лабораторных результатов на Covid-19. Но если считать, что это единственные затраты, помимо проезда до больницы, то в целом выходит совсем немного. В крупных стационарах помощь может оказываться поэтапно. Пациент после купирования синдрома отмены либо выписывается, либо перемещается в другой корпус для прохождения реабилитационной программы.

Итак, *первой* категории пациентов (тем, кто хочет облегчить физическое состояние) определить длительность пребывания в стационаре особого труда не составляет. Из задачи, которую они ставят перед нами, становится понятно, что нормализация физического состояния является для них главным и единственным критерием выздоровления. Пациенты данной категории выписываются сразу же, как только им становится легче. Такие пациенты составляют подавляющее большинство обращающихся в частную наркологическую клинику.

Во *втором* случае, когда речь идет о тех, кому необходим сам факт лечения, мы можем ориентироваться на формализованные сроки, по окончании которых больной получит от нас законную справку о пройденном курсе лечения, которую сможет предоставить по месту требования. Обычно речь идет о рекомендованном судом лечении. Последние годы количество пациентов, нуждающихся в справке, значительно возросло. Это хорошая новость, означающая, что система наказания начинает смягчать характер наказания по статьям уголовного кодекса, связанным с хранением и распространением наркотиков. Зачем это нужно?

Небольшой экскурс в наркополитику. Уже сейчас можно с уверенностью говорить, что существующая уголовная и судебная практика не влияет на уровень потребления наркотиков. Почему? По простой причине: ее влияние неоспоримо только в случае неотвратимости. А что в реальности? Пять миллионов потребителей наркотиков в стране ежедневно совершают незаконные сделки по продаже, покупке, изготовлению, хранению запрещенных психоактивных

веществ. Несложные математические вычисления приводят нас к ужасающим цифрам: сотни миллионов преступлений в год. На практике: 70-100 тысяч человек привлекаются к ответственности ежегодно. Пенитенциарная система заполнена преступниками по 228 статье УК РФ на 3040 % от общего числа осужденных. Всего 4 % всех осужденных по данной статье УК в качестве альтернативы наказанию направляются на лечение в стационар, независимо от того, нуждается данный нарушивший закон гражданин в лечении зависимости или нет (данные взяты из интервью с правозащитником Львом Семеновичем Левинсоном, экспертом Института прав человека, руководителем программы «Новая наркополитика»).

Эффективной и содержательной системы обратной связи между медицинским учреждением, лечащим осужденных, и органами, отслеживающими лечение, не существует. Справка медицинского учреждения со скудными данными о том, что нарушитель закона прошел лечение в указанные сроки, является единственным требуемым и полностью удовлетворяющим суд документом. Ежедневно в отделение, где лечатся зависимые, присылаются запросы из УФСИН на осужденных с единственной целью: получить формальный ответ, прошел данный гражданин курс лечения или нет. Никто и никогда не интересуется, как проходило и прошло лечение, достаточен ли проведенный курс, какова вероятность выздоровления, каковы рекомендации, где зависимый будет проходить медицинскую, психологическую, социальную реабилитацию, в чем она должна заключаться и что делать дальше. Формальность судебных рекомендаций расхолаживает нарушителя закона. Пациенты переступают порог наркологического стационара с единственной целью: получить справку, – что никак не связано с процессом и тем более результатом лечения, а только с пребыванием в определенном месте определенное время. Такие пациенты смиряются с необходимостью выполнить судебные рекомендации: «отвалиться», «отлежаться», «отбыть», «отсидеть» необходимый срок, но больными себя не считают и ценность их пребывания в стационаре сводится лишь к ценности полученной справки. Каков запрос пациента, таков и результат лечения, которое в данном случае стремится к нулю. И действительно, меньшая часть направляемых к нам осужденных нуждаются в стационарном лечении, поскольку не обнаруживают убедительных симптомов зависимости. Они демонстрируют лишь определенные подгнившие ценности, предъявляемые нам с нескрываемой гримасой цинизма, которой не стесняются. Индивидуальный подход к каждому конкретному случаю пока отсутствует. Иногда приходится удивляться мягкости наказания, в другой раз ужасаться жесткости, в третий – неуместности. Складывается впечатление о существовании чрезвычайно субъективного подхода судей к нарушителям закона по данной статье, который сильно влияет на их решение. В любом случае, справка о трех или четырехнедельном пребывании наркомана или потребителя наркотика (что не одно и то же) в стенах лечебного учреждения не может служить подтверждением завершенности его лечения. Это просто нелепо. Ведь оно, лечение, не может быть эффективным просто так, по факту его проведения, как, допустим, вакцина от коронавируса. Нет запроса от пациента на помощь – нет и результата медицинской помощи. Но тем не менее это так. Хорошее начинание, но совершенно не доведенное до эффективного способа реализации.

Подобная практика замены наказания лечением существует в западных странах уже много лет, познакомиться с ней мы можем в том числе по художественным фильмам. Система давно отработана и, смею предполагать, более действенна. Зависимые сопровождаются судебными властями весь период реабилитации, находятся под их зорким контролем. Длительность реабилитации не исчерпывается краткосрочным детоксом, а включает участие в многомесячной групповой амбулаторной программе. Первые пациенты, попавшие к нам по судебному решению, действительно были напуганы и стремились продемонстрировать лояльность предъявляемым к ним требованиям. Суды запрашивали характеристики, их интересовало, насколько осужденный добросовестно относился к лечению. Приставы требовали соблюдать рекомендации Института психиатрии им. Сербского о минимальном рекомендуемом для осужденных

курсе лечения в три месяца. Но их энтузиазм быстро исчерпался. И вместо улучшения и обогащения обратной связи судебной и медицинской систем мы получили абсолютно выхолощенный, бессодержательный формальный контакт одной системы с другой. И все-таки, повторяюсь, это хорошая практика. Она открывает широкие возможности родственникам зависимого развернуться по полной. После полученного решения суда о необходимости лечения им теперь не надо сражаться в одиночку. На их стороне законное решение суда, и насколько полно родственники им сумеют воспользоваться, зависит исключительно от их ответственности и энтузиазма. Что говорить о судебной системе, ждать от которой чудес гуманности, справедливости, заинтересованности в эффективности назначенного наказания было бы верхом наивности. Мы не можем даже от родственников зависимого добиться правильного, системного, последовательного, терпеливого, разумного подхода к решению семейной проблемы зависимости в их семье, не говоря уже об официальных структурах. Хотя, возможно, официальные структуры, вооруженные знаниями и законами, должны быть более эффективны в борьбе с социальными пороками.

Для следующих двух категорий наркологических больных ответ на вопрос о длительности лечения вовсе не очевиден и крайне индивидуален.

Но прежде чем перейти к критериям выздоровления зависимых пациентов, что наиболее интересно и наименее понятно на начальном этапе лечения, поясню, что избавление от физического недомогания не есть основной показатель здоровья зависимого. Тем не менее именно с соматической и неврологической патологией в стационаре приходится сталкиваться чаще всего; именно наличие физического страдания заставляет зависимого обратиться к лечению, именно общее неблагополучие и внутренний дискомфорт становятся причиной для беспокойства и вынуждают зависимого или его родственников обратить свой взор в сторону врача психиатра-нарколога.

Критериям и ориентирам выздоровления зависимого посвящены следующие главы.

Вернемся и разберем подробнее *первую* категорию пациентов, ту, которая через 10 дней должна выздороветь и выписаться либо перейти во вторую, третью и даже четвертую. Подумаем о тех, кто надеется в первую очередь на свое тело, не включая в рассмотрение и не принимая в расчет состояние своей головы, своего психического и психологического статуса.

Итак, купирование абстинентного синдрома означает, что характерные симптомы последнего полностью исчезают под воздействием лечения и времени, а пациент вновь начинает чувствовать себя здоровым. Абстинентный синдром подразумевает расстройства со стороны человеческого тела, возникающие при прекращении употребления вещества, к которому привык организм, и, как правило, имеет типичные черты при разных видах наркотических средств и алкоголя. Даже не обладая специальными медицинскими познаниями, можно предсказать, как будет себя чувствовать зависимый, на что он будет жаловаться при прекращении употребления, имея достоверную информацию о веществе, которое он длительно употреблял.

Симптомы абстиненции будут характеризоваться противоположными эффектами тому веществу, от которого зависимый по тем или иным причинам отказался. Так, если речь идет об алкоголике, то противоположными эффектами алкоголя логично станут возбуждение, бессонница, сниженное настроение, повышенный тонус симпатической нервной системы, являющий себя в треморе различной степени выраженности, отсутствии сна и аппетита. Вариаций на тему данного абстинентного синдрома великое множество. Чем старше зависимый, тем вероятнее он имеет не одно сопутствующее заболевание, тем тяжелее и разнообразнее предстают перед нами симптомы абстинентного синдрома. Кто не видел алкоголика и наркомана на пике тяжелого абстинентного синдрома, тот не поймет, насколько тяжела и запущенна его болезнь.

Важно помнить, что физические страдания не протекают отдельно от психических, хотя так думает большинство.

«Мне только ломку снять», «мне хватит трех дней, чтобы перестать хотеть пить», «мне главное пять дней продержаться, а дальше я сам», – говорят больные, чтобы доктор ни в коем случае ни принял их за «обычных» пациентов, которым нужно долго и натушно стараться, чтобы прийти в себя.

В первые дни лечения мы наблюдаем взрывоопасную смесь физических симптомов и невероятного «душевного» дискомфорта, проявляющегося поведенческой неадекватностью. Затем, когда физическая сторона проблемы разрешается, мы ждем, как нам обещал пациент, увидеть перед собой здорового разумного человека. Но не тут-то было.

Ушедшая или смягченная физическая боль сигнализирует пациенту, что он здоров и, не успев оторвать голову от мокрой от пота подушки, стащив с себя памперс, выбросив в окно или мусорное ведро насквозь промокшую от мочи простыню, пациент спешит нам сообщить, что он готов к выписке. Бледное лицо, всклокоченные, прилипшие ко лбу волосы, заляпанные пролитой едой штаны, сгорбленное, шатающееся туловище рядом с незаправленной, перевернутой вверх дном постелью, посыпанной крошками хлеба, рассыпанным сахаром, вымазанной калом и кровью, и тихий невнятный голос шепчет о срочной работе, кредите, жене, ребенке, суде и прочих не терпящих отлагательств делах. Попытки возразить, опомниться, предложение взглянуть на себя в зеркало, для начала привести себя в порядок ожидаемого действия не имеют. Пациент готов к выписке, как он считает. Но как считаем мы?

Что представляет собой недавно протрезвевший пациент?

Я очень велик! Ик.

И прекрасен мой лик! Ик.

А. Шаров.

Человек-Горошина и Простак

Итак, пациент не жалуется, самочувствие оценивает как великолепное, на дальнейшее лечение не настроен, но мы видим картину, не соответствующую понятию здоровья по многим параметрам. Описанный внешний вид пациента свидетельствует о том, что человек плохо оценивает свое состояние и, самое интересное, он не хочет его оценивать, даже если его об этом попросить. Чтобы удостовериться в ненадлежащем для выписки состоянии пациента и не в последнюю очередь дать ему самому понять, насколько его желание абсурдно, мы задаем простые вопросы о том, верно ли он тестирует реальность. Сначала выясняем степень ориентированности в себе и окружающей действительности. Как правило, пациент в описываемом состоянии плохо ориентирован в текущей дате. Незначительные отклонения в днях не слишком нас озадачивают, но, когда пациент каждый раз называет слишком разные, слишком далекие от реальности даты, мы понимаем, что он нуждается в дальнейшем лечении, хочет он этого или нет. Может показаться, что речь идет о слабоумных больных, которые давно потерялись во времени, а возможно, и в пространстве, а может быть, и в собственной личности. Такие пациенты есть, конечно, но они составляют подавляющее меньшинство, совсем небольшой процент от общего числа наших больных. Чаще всего мы сталкиваемся не с расстройствами памяти и интеллекта, а с расстройством внимания.

Внимание, способность к концентрации – ключевой момент эффективной интеллектуальной деятельности. С возрастом и при отсутствии интеллектуального и творческого труда внимание быстро теряет свою остроту и способность к длительному напряжению. Да что уж говорить о длительности. Известен простой тест: попробуйте удержать внимание на дыхании; для этого сконцентрируйтесь на событиях, происходящих около ваших ноздрей, осознавая движение воздуха во время каждого вдоха и выдоха. Попробуйте сделать это в течение минуты, ни на что не отвлекаясь. Получилось? Обычно через несколько вдохов и выдохов мысль безнадежно покидает обозначенную территорию и уносится далеко в романтические дали.

Наш ум очень подвижен и делает обычно то, что хочет. Пытаться управлять потоком своих мыслей чрезвычайно трудно любому здоровому человеку, но возможно при определенных усилиях. Когда мы мотивированы на выполнение определенной умственной задачи и для этого нам необходимы размышления на конкретную тему, когда мы готовимся к экзаменам, пишем реферат, создаем проект, выучиваем стихотворение, сочиняем мелодию, обдумываем логистику предстоящего путешествия, мы понуждаем себя сосредоточиться. Нормальный повседневный труд любого из нас. Иначе обстоит дело с пациентом. Как показывает опыт, среди наших больных вообще люди, способные к интеллектуальному труду, встречаются еще реже, чем те, кто необратимо потерял разум. То есть при нормально функционирующем интеллекте у зависимых может не оказаться интеллектуальных запросов или они минимальные и сводятся к чтению развлекательной литературы, разгадыванию кроссвордов, игре в настольные игры. Оговорюсь, что речь идет о пациентах государственного наркологического стационара. В частной клинике дело обстоит лучше. Пациенты часто обращаются самостоятельно, они социально стабильны, успешны, способны к эффективному труду и к формулированию стоящих перед ними задач. Несмотря на то что они несчастны, убедить их, что зависимость напрямую связана с их жизненным сценарием быть несчастным, задача не из легких. Вопрос

длительности терапии их тоже касается, хотя непосредственные ее задачи разнятся с целями менее интеллектуально сохранных пациентов.

Когда мы оцениваем состояние пациента, не способного ответить правильно на вопрос о текущей дате, конечно, не ограничиваемся одним вопросом: мы разговариваем. Со стороны разговор может казаться совершенно обыденным, никак не отличающимся от обычной беседы двух малознакомых людей. Такого рода беседу трудно ожидать от лечащего врача именно из-за тем, которые задаются. Отличие от обычной болтовни состоит в том, что один собеседник сосредоточен на разговоре и настойчиво любопытен, в то время как другой по не слишком пока понятным причинам в беседе не заинтересован, равнодушен к установлению контакта либо старается перевести разговор в другую плоскость. Очевидно, что пациента волнует нечто другое настолько, что переключить его внимание на задаваемую тему разговора очень сложно.

Когда человек здоров, появление в его поле зрения другого человека, специально пришедшего к нему, мгновенно переключит его внимание с только что волновавших дел и мыслей на неожиданного гостя и собеседника. Вряд ли он сможет его не заметить. Представьте на минуту, что вы все-таки не замечаете обращающегося к вам. Что могла бы означать данная ситуация?

- Вы не слышите и не видите.
- Вы слышите и видите, но не понимаете, что происходит.
- Вы намеренно игнорируете обращающегося к вам человека.

Какова цель намеренного незамечания? Очевидно, вызвать реакцию у пришедшего. Какую? Зная, что вы здоровый человек, а значит, на вас можно обижаться, пришедший, скорее всего, или обеспокоится вашим неожиданным молчанием, или обидится на вашу вопиющую невежливость.

Что же хочет пациент, когда он не считает нужным немного напрячься и ответить правильно на вопросы врача? Почему он этого не делает? Глухоту, слепоту и слабоумие распознать довольно несложно. Когда эти причины исключены, что остается? Почему пациент, считающий себя готовым к выписке, а значит, понимающий как минимум, где и зачем он находится, не отвечает нам правильно на простые вопросы, не готовится к ним заранее до обхода, чтобы убедить нас в своем выздоровлении, ведь подобные вопросы ни для кого из пациентов не секрет, тем более что задавать их мы не ленимся изо дня в день? По раздосадованной реакции пациента на вновь и вновь задаваемый вопрос о текущей дате мы можем судить о том, что он прекрасно помнит, что и вчера, и позавчера, и постоянно он этот вопрос слышал. Что мешает пациенту правильно ответить на вопрос о текущей дате? И что мы можем услышать в ответ, кроме неправильного или правильного ответа?

Хрупкость контакта

Не надо со мной разговаривать.

Слушайте,

Вы обязательно что-то

разрушите.

Из фильма «Последняя сказка Риты»

Неправильный ответ может быть дан в разных вариантах. Я имею в виду те эмоциональные реакции, которые сопровождают ответ. Если речь идет о более или менее здоровой реакции, то она будет примерно та же, что и у здорового человека на приеме у психиатра. Ответ будет дан правильный, но про себя мы подумаем: какие они, психиатры, смешные со своими дурацкими вопросами. У нас есть цель – пройти собеседование успешно; все остальное, включая наше отношение к процедуре обследования, мы оставляем за скобками, чтобы потом, если вспомним в суете дней, посмеяться с друзьями и родными над этими глупыми врачами.

Другое дело пациент. Задумайтесь на мгновение, что скажете вы про текущую дату, если вдруг вас угораздит оказаться в ситуации, где задаются подобные вопросы? Ну, очевидно, вы вспомните сразу три неотъемлемые составляющие пресловутой даты: число, месяц, год. Ведь именно так вы подписываете документы – указывая именно эти три части целого. Пациент может ограничиться первой составляющей. Гордо произнеся число, он недоуменно смотрит на врача, продолжающего чего-то ждать. Мы терпеливо напоминаем пациенту, что необходимо назвать еще и месяц, а потом и год. Иногда нам приходится это делать не один раз во время одного разговора. Пациент застывает в раздумьях. В раздумьях ли? Непонятно. Но ответа мы можем не дожидаться. Зато, выждав паузу, он с полным пониманием происходящего интересуется: «Когда домой?», «А нельзя ли курить побольше?». «Когда выучишь дату», – мотивируем мы его, но результата приходится ждать не день и не два.

Очевидно, что реакция пациента на задаваемый вопрос не вписывается в рамки здоровой.

Бывает более понятная и отчасти юмористическая ситуация, когда пациент раздражается, возмущается, уличает врача в унижающем к нему отношении, чему свидетельством являются подобные вопросы, делающие из него, пациента, дурака. Правильного ответа мы не ожидаем и на этот раз, но реакция пациента живая и непосредственная, эмоции подвижные и с хорошей амплитудой, что нас уже радует возможностью построения хоть какого-то диалога.

Итак, две различные реакции при незнании правильного ответа. Реакция равнодушия и реакция возмущения.

В том и другом случае пациент не может дать правильный ответ на вопрос о сегодняшней дате из-за фатального дефицита внимания, его хрупкой и эфемерной плоти, что не позволяет сосредоточиться на реальности текущего момента. Что мешает пациенту сосредоточиться на том, что происходит непосредственно вокруг него? Какие другие факторы, помимо внешних объективных, притягивают внимание больного настолько, что он не способен произвести самое простое инстинктивное когнитивное усилие по оценке текущей ситуации? Ответ напрашивается сам собой. Очевидно, что у пациента есть несравнимо более сильные переживания, у него в наличии другая, намного более сильная внутренняя субъективная реальность, отбрасывающая все имеющееся внимание и способность им управлять. Возможно, это вас удивит, но именно тяга к наркотикам, патологическое влечение, как это звучит на медицинском языке, приковывает внимание пациента целиком и полностью. Не просто влечение, а патологическое, что говорит о его нездоровой направленности, во-первых, и невероятной, непреодолимой волевыми усилиями мощи, во-вторых. Сила влечения такова, что пациент не способен управлять

своими когнитивными процессами, несмотря на формальную их сохранность. Он не способен переключить свое внимание и сделать его целенаправленным, даже обладая знанием, что это позволит ему приблизиться к цели. Пациент не способен произвести хоть какой-то анализ текущей ситуации хотя бы для того, чтобы избежать продления лечения. На пике тяги пациент теряет способность хитрить и приспособливаться, он перестает быть гибким и адаптивным.

Он не может изобразить из себя здорового, для того чтобы продолжать делать то, что ему жизненно необходимо, он не может не выглядеть зависимым. Он сдается своей тяге и как будто говорит нам: «Берите меня с поличным, иначе я пропал». Так в фильмах мы встречаем сцены, когда хулиган, чтобы избежать столкновения с разъяренными собратьями, бежит к полицейским, как к единственному спасению, он специально провоцирует на задержание, затеявая драку со стражем порядка или еще что-то в таком духе, так как отсидеться в камере намного безопаснее, чем попасться в руки погоне. В нашем случае в роли полицейских оказываемся мы, медицинские работники, и все те, кто пытается помочь, в роли камеры – палата, а роль толпы, готовой уничтожить зависимого, исполняет его зависимость, то есть тяга к наркотикам.

Далее идут совершеннейшие гипотезы, навеянные некоторой противоречивостью в поведении определенной категории пациентов. Возникает сомнение: так ли уж хочет выписаться пациент? И что могут означать странности в его поведении и демонстрируемом умственном бессилии, если не до конца осознаваемое им желание продолжать лечение? Эту гипотезу мы постепенно исследуем вместе с вами.

Гипотеза родилась не из абстрактных умствований. Когда пациент действительно хочет выписаться, он доносит до нас свое желание очень убедительно, так, что нам не хочется с ним спорить и убеждать его в обратном. Мы расстаемся с таким пациентом без сомнений и сожалений. Но в большинстве случаев пациент демонстрирует крайнюю противоречивость своих побуждений, и тогда мы берем на себя ответственность и тащим больного на буксире своего энтузиазма, как бегемота из болота, в надежде, что, вытащив голову, пациент обретет способность далее продолжать движение в нужном направлении более или менее самостоятельно.

Противоречивость – одна из характерных черт поведения зависимых. Амбивалентность, направленность одновременно и с равной силой в две противоположные стороны, сбивает с толку не только медработников и родственников пациента, но и самого пациента. Мытарства из одной крайности в другую, сдобренные крайней степенью выраженности эмоциями, как правило со знаком минус, выглядят шокирующе. Родственники не могут понять, почему еще вчера он, наш завтрашний пациент, умолял отвезти его в больницу, а на завтра устраивает небывалой силы скандал, не желая более лечиться.

Все, что происходит странного и непонятного с точки зрения вашей логики с пациентом, продиктовано влечением к психоактивным веществам, к которым относится и алкоголь. Неудержимое желание употребить наркотик разрушает вмиг хрупкую на данном этапе решимость избавиться от зависимости и любую логику здравомыслия. Но это не может означать сознательно и обдуманно принятое решение более не лечиться. Что еще может так быстро и так на 180 градусов изменить зрелую не один день решимость обратиться за медицинской помощью, как не всепоглощающая тяга к наркотикам, импульсивное и компульсивное желание их употребления? Надо отдать должное алкоголикам: они все-таки не так тотально беспомощны и безоружны перед лицом этой самой тяги.

Пациент, раздираемый двумя противоречивыми желаниями, не знает, что предпочесть, ибо любой выбор наказуем. Продолжая сравнение с героями криминального жанра, вспоминаю сцены, когда наш хулиган решается сдаться полиции, ибо понимает, что скоро его прикончат, и затеяет спасительную игру. Он все еще с прежними друзьями, но в последний момент готов улизнуть и для этого сотрудничает с полицией. Друзки о чем-то догадываются, но не уверены и начинают его испытывать. Чтобы доказать им свою лояльность, он демонстрирует необходимую жестокость и все прочее, что может быть убедительным для бандитов, но делает

он это уже из страха, а не забавы и наживы ради. Так и наш наркоман беснуется, чтобы показать нам, каково ему, как его мучает его зависимость, как плохо ему, как он страдает в ее тенетах, и одновременно он умасливает свою зависимость, главаря мафии, чтобы вернуться в ее лоно в случае чего. Главарь должен поверить, что не по доброй воле он с ним расстанется: он схвачен, его пытаются, он не сдается. Тем самым пациент обнаруживает свои метания между двумя лагерями, а это означает, что он не берет на себя ответственность, не принял однозначного решения, не хочет выглядеть добровольным предателем собственной тяги к наркотикам. После определенной борьбы пациент вынужден нам сдаться и показать тяге свою спину. Сделав ей последний реверанс в виде неудачной попытки бегства или парочки отборных ругательств и особенно страшных проклятий в наш адрес, пациент облегченно вздыхает и мило улыбается нам, недавним врагам.

Ренат напоминает и главаря банды, и главного головореза одновременно. Ему не нужны поводыри, чтобы прийти на лечение. Он делает все самостоятельно. То сокрушенно опустив голову, захватив в отчаянном жесте двумя руками, то гордо вскидывая ее, сидит Ренат на приеме у нарколога с заявкой на капельницу. Раскачиваясь на стуле, с сардонической улыбкой буравя глазами врача, громко и уверенно повторяет фразу о том, что он конченный наркоман. У Рената за спиной реабилитация, 7 лет чистоты, как принято говорить в реабилитационных центрах в противовес терминологии официальной медицины, подразумевая трезвый образ жизни. Он рассказывает о срывах, о новых попытках лечения и реабилитации; и вот он здесь, напившийся и накакаиненный. Я в первый раз вижу Рената, и мне хочется сказать ему что-то утешительное и нащупать тему, за которую можно ухватиться, чтобы понять, что с ним делать дальше. Перед срывом, приведшим его на прием, он держался около года. У него ребенок 9 месяцев. На новогодние праздники его молодая жена и мать его грудного ребенка предложила ему кокаин. Ренат не смог отказаться. Прошло 10 дней употребления, и он чувствует себя паршиво морально и физически. Рассказывает о миллионных долгах и кредитах, о расходах, которые произошли благодаря последнему срыву. Он ненавидит свою жену. Что характерно, познакомился он с ней на вечеринке во время употребления кокаина. Его одолевают мысли о самоубийстве с помощью кокаина. Но пока не получилось. Говорю ему, что на меня он не производит впечатления конченного наркомана. Удивленно вскидывая голову, требует пояснений. С максимально возможным сочувствием говорю о том, что вижу борца, который не сдается. Начинаем спорить. Кажется, ему нравятся мои переубеждения. Но вот дело доходит до моих рекомендаций. Советую уехать немедленно на реабилитацию, привожу в пример ряд фильмов, которые стоит посмотреть. Моя короткая речь заставляет замолчать Рената, и после непродолжительной паузы с победоносной улыбкой он заявляет, что ничего делать не будет, так как и сам все знает. Вот теперь я действительно вижу, что Ренат до мозга костей наркоман, о чем незамедлительно ему сообщаю. Он вновь заинтересован и ждет продолжения речи. Услышав объяснения, неожиданно и твердо прерывает беседу, спрашивая, куда проходить на капельницу.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.