

**ВРАЧИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА:  
КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ И ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ?**

**Юрий Павлович Сиволап, Владимир Анатольевич Савченков,  
Максим Вадимович Янушкевич, Павел Владимирович Пушин**

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,  
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2, e-mail: yura-sivolap@yandex.ru*

**Реферат**

Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ врачами, представляют собой серьёзную проблему медицинского сообщества и общественного здравоохранения. Распространённость расстройств с употреблением психоактивных веществ зависит от пола, возраста и врачебной специальности. Злоупотребление психоактивными веществами ухудшает физическое и психическое здоровье врачей, снижает качество лечения пациентов. Медицинская помощь врачам, пристрастным к психоактивным веществам, предполагает применение обычных лечебных подходов, принятых в наркологии, но требует соблюдения некоторых особых принципов.

**Ключевые слова:** злоупотребление психоактивными веществами, зависимость от психоактивных веществ, расстройства с употреблением психоактивных веществ, врачи, злоупотребляющие психоактивными веществами, двойной диагноз.

**PHYSICIANS WHO USE SUBSTANCES: WHAT DOES  
IT LOOK LIKE AND WHAT TO DO ABOUT IT?**

Yury P. Sivolap, Vladimir A. Savchenkov,  
Maksim V. Yanushkevich, Pavel V. Pushin

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
119991, Moscow, Trubetskaya str., 8 (2)  
e-mail: yura-sivolap@yandex.ru

**Abstract.**

Substance use disorders in physicians is a serious problem of the medical community and public health. The prevalence of substance use disorders depends on gender, age and medical specialty. The substance abuse impairs physical and mental health of physicians and affects the quality of patient care. Treatment of chemically addicted physicians involves the use of conventional therapeutic approaches adopted in addiction medicine, but requires compliance with certain special principles.

**Keywords:** substance abuse, substance dependence, substance use disorders, substance addicted physicians; dual diagnosis.

Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и зависимость от них, объединяемые в современной мировом научном лексиконе понятием «расстройства употребления ПАВ» (substance use disorders)<sup>1</sup>, формируют область аддиктивной патологии как раздела клинической психиатрии и ассоциированы с ухудшением физического и психического здоровья, снижением и утратой трудоспособности и риском преждевременной смерти.

Расстройства употребления ПАВ часто сопровождаются другими психическими нарушениями, например депрессией, тревогой и расстройством личности, что приводит к образованию коморбидных сочетаний, соответствующих концепции двойного диагноза (dual diagnosis).

Пристрастие к ПАВ характеризуется достаточно широкой распространённостью и нередко встречается у врачей, что представляет серьёзную проблему медицинского сообщества и общественного здравоохранения.

Значимость злоупотребления ПАВ у врачей определяется двумя типами возможных неблагоприятных последствий: ухудшением их собственного здоровья и снижением качества медицинской помощи, угрожающим безопасности пациентов. Возможно, даже в тех случаях, когда употребление ПАВ не влечёт за собой очевидных медицинских последствий для врача, это может сказываться на точности диагностики и выборе верных терапевтических решений. Как и у любых других людей, пристрастие к ПАВ у врачей характеризуется частой коморбидностью с другими психическими расстройствами.

Наиболее распространённый вариант двойного диагноза у специалистов здравоохранения — сочетание злоупотребления алкоголем и расстройств настроения, в первую очередь депрессии [1].

Мнения экспертов по поводу распространённости злоупотребления ПАВ у врачей расходятся: существует точка зрения, что врачи (как и другие люди с высоким уровнем профессионального стресса) характеризуются повышенным в сравнении с популяцией риском аддиктивных расстройств [1]; по другим данным, врачи употребляют ПАВ приблизительно в той же мере, что и все остальные люди, но чаще склонны к употреблению лекарственных препаратов с психоактивными свойствами, отпускаемых по рецепту [2, 3].

Распространённость употребления опиоидов, особенно петидина и фентанила, у врачей превышает общие популяционные показатели, и это отражает

<sup>1</sup>В DSM-5 данный термин использован в единственном числе «substance use disorder», и впервые не проводится разграничения между злоупотреблением ПАВ и зависимостью от них.

значимость профессионального доступа к опиоидам как важного этиологического фактора [4]. Распространённость расстройств употребления ПАВ в медицинском сообществе характеризуется половыми и возрастными различиями: у мужчин она выше, чем у женщин, молодые специалисты больше старших коллег склонны к сочетанию различных веществ, а у врачей старше 45 лет аддиктивные расстройства зачастую ассоциированы с депрессией [4].

Зависимость от ПАВ нередко возникает у специалистов здравоохранения (особенно у молодых врачей) в тех случаях, когда они пытаются преодолевать профессиональный стресс и/или психические расстройства с помощью бензодиазепинов и других доступных им фармацевтических ПАВ, что приводит к появлению уже упомянутого выше двойного диагноза. Вероятно, профессиональный доступ к опиоидам, средствам для наркоза, бензодиазепинам и другим препаратам снотворно-седативной группы составляет главную особенность врачей как аддиктов, отличающую их от других потребителей ПАВ.

Считают, что средняя распространённость расстройств у врачей по всему миру составляет 8–15% [3, 5, 6]. В Великобритании и Австралии курение табака во врачебной среде распространено меньше, чем в общей популяции [4], но в других странах распространённость курения у врачей подвержена значительным колебаниям и во многом определяется политикой общественного здравоохранения.

Примечательно, что так называемый опиоидный кризис в США затронул и врачей: в частности, эпидемическому росту злоупотребления опиоидами в общей популяции соответствует увеличение случаев употребления опиоидов (а также неопиоидных анестетиков, в первую очередь пропофола) в среде американских анестезиологов [7].

Необходимо отметить, что анестезиологи в контексте обсуждаемой в данной статье проблемы представляют собой особую группу. С одной стороны, анестезиологи имеют профессиональный доступ к фармацевтическим опиоидам и анестетикам, в первую очередь к фентанилу, пропофолу и кетамину. С другой стороны, у анестезиологов максимальные среди врачей показатели профессионального выгорания, депрессии, тревоги, суицидального риска и наиболее высокая подверженность аддиктивным расстройствам. По некоторым данным, частота злоупотребления ПАВ у анестезиологов втрое превышает усреднённый показатель у врачей остальных специальностей [8]. По некоторым данным, не меньше 16% всех случаев аддиктивных расстройств и 37% случаев употребления пропофола у анестезиологов завершается смертельным исходом [9].

По нашему мнению, оба фактора — облегчённый доступ к фармацевтическим препаратам с психоактивными свойствами и высокая частота психологических трудностей и психических нарушений — определяют

наиболее высокую распространённость химической зависимости у анестезиологов по сравнению с врачами других специальностей.

На основании некоторых статистических соотношений, отмеченных в клиниках Флориды (США) высказано предположение, что формированию зависимости у анестезиологов, а также хирургов<sup>2</sup>, может способствовать вторичное воздействие взвешенных в воздухе операционных фентанила и пропофола, предназначенных для внутривенного введения [10].

Наряду с анестезиологами сравнительно выраженной подверженностью употреблению алкоголя и других ПАВ характеризуются врачи urgentных специальностей и психиатры [1, 4].

Частота употребления различных ПАВ подвержена некоторым колебаниям в зависимости от врачебной специализации, но предпочтительным веществом для большинства врачей остаётся алкоголь. Одно из наиболее крупных исследований аддиктивных расстройств у врачей проведено в 2015 г. сотрудниками Университета Вашингтона в Сиэтле (США). 7288 (26,7%) человек из 27 276 врачей, получивших приглашение к участию в исследовании, завершили его. Диагностические критерии злоупотребления алкоголем или зависимости от него констатированы у 12,9% мужчин и 21,4% женщин<sup>3</sup>. Употребление фармацевтических ПАВ и запрещённых наркотиков встречалось редко.

Факторы, независимо связанные с чрезмерным употреблением алкоголя или алкогольной зависимостью, включали возраст, количество отработанных часов, мужской пол, наличие брачных или партнёрских отношений, а также детей и работу в любой специальности, кроме внутренних болезней. Злоупотребление алкоголем или алкогольная зависимость были ассоциированы с выгоранием, депрессией, суицидальными идеями, более низким качеством жизни, недостаточной удовлетворённостью карьерой, а также недавними врачебными ошибками. Исследователи заключают, что злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость представляют серьёзную проблему американских врачей.

Прогноз аддиктивных расстройств у врачей авторы статьи рассматривают как «исключительно благоприятный» (exceptionally high) и полагают, что следует решительно поддерживать организационные подходы к раннему выявлению проблемного потребления алкоголя у врачей с последующим вмешательством и лечением в тех случаях, когда это необходимо [11].

<sup>2</sup>Вероятно, эту гипотезу можно распространить на операционных сестёр и сестёр-анестезисток, также характеризующихся более высокой, чем у медицинских сестёр других категорий, подверженностью зависимости от ПАВ.

<sup>3</sup>Отмеченное соотношение не совпадает с общими популяционными пропорциями, в которых мужчины, злоупотребляющие алкоголем и другими ПАВ, в численном отношении обычно в несколько раз превосходят женщин.

Примечательно, что многие другие эксперты, включая процитированных выше M.D. Braquehais и соавт. (2014) [1], полагают, что прогноз аддиктивных расстройств у врачей лучше, чем у остальных людей с расстройствами употребления ПАВ. Это мнение противоречит стереотипному и не подкреплённому научными доказательствами мнению, что многие болезни у врачей протекают хуже, чем у прочих людей.

Факторы риска пристрастия к ПАВ у врачей не имеют специфических для медицинской среды особенностей и включают семейное отягощение аддиктивными расстройствами и психическими нарушениями, перенесённые травмы (включая неблагоприятные события детства), повышенную психическую уязвимость, недостаточные навыки преодоления стресса, другие психические расстройства, семейное неблагополучие (одиночество, развод и вдовство), а также внутренние болезни и болевые синдромы. Немаловажную роль в предрасположенности к злоупотреблению ПАВ играют личностные особенности и психологические проблемы, в том числе сниженная самооценка, перфекционизм, неудовлетворённые амбиции и профессиональное выгорание.

Особое значение в подверженности врачей аддиктивным расстройствам придают стрессам, связанным с профессиональной деятельностью и включающим чрезмерные рабочие нагрузки, высокое эмоциональное напряжение, депривацию сна, наблюдение за травмами и смертью, этические и диагностические трудности, неудачи в лечении пациентов, недостаточность собственных возможностей и внешней поддержки, юридические проблемы и нарушенный баланс между работой и обычной жизнью<sup>4</sup> [4].

В здравоохранении Российской Федерации к приведённому перечню факторов, универсальному для врачебной работы в любых странах, следует, безусловно, добавить профессиональную и правовую незащищённость врачей, которая в последние годы приняла крайние формы.

Проведённое в Дании поперечное исследование с применением электронных опросников при участии 4000 случайно выбранных врачей (опрос полностью завершили 1943 специалиста, что составляет 49%) показало, что распространённость рискованного употребления алкоголя во врачебной среде достигает 18,8% [12, 13]. У врачей Дании отмечено три формы рискованного употребления алкоголя — опасное, вредное и зависимое, — развивающиеся приблизительно с равной частотой — от 17,2 до 20,3%.

Самая высокая доля (24%) рискованного употребления алкоголя была обнаружена у специалистов в области внутренних болезней и неотложной медицинской помощи, а самая низкая — у врачей общей практики (16%). О рискованном употреблении алкоголя сообщили 25,1% мужчин и 14,4% женщин. Примечательно, что меньше чем каждый четвёртый (23,1%) из врачей с опасным употреблением ПАВ видит в этом проблему [12].

Риск пристрастия к алкоголю ассоциирован с алекситимией, а также с выгоранием, причём как с выгоранием в целом, так и с каждым из трёх его компонентов: эмоциональным истощением, деперсонализацией и низким уровнем личных достижений [13]. Электронный анкетный опрос 1338 врачей Мюнхена по 42 пунктам (с завершением анкет) показал, что 23% врачей употребляют алкоголь в опасных количествах (при том, что 90% опрошенных нашли собственное здоровье удовлетворительным). В качестве факторов риска чрезмерного употребления алкоголя авторы определяют бездетность для обоих полов, статус врача-резидента у женщин, количество рабочих часов больше 50 в неделю и специальность хирурга [14].

N. Ohida и соавт. (2018) на основе данных опросников, разосланных 6000 мужчинам и 1500 женщинам из числа членов Японской медицинской ассоциации (ответы получены от 79,4% респондентов), сообщают, что выраженное пристрастие к алкоголю во врачебной среде наиболее характерно для мужчин на седьмом десятилетии (60 лет и старше) и для женщин на третьем-шестом десятилетии (после 20 и до 60 лет), причём с возрастом оно уменьшается [15].

Проведённое в США наблюдение за 969 врачами (125 женщин и 844 мужчины) в соответствии с одной из четырёх государственных программ здоровья врачей показало, что обратившиеся за помощью женщины моложе мужчин, характеризуются худшими показателями физического и психического здоровья, а также более высокой частотой суицидальных мыслей и суицидальных попыток как под действием ПАВ, так и вне связи с их употреблением. Обнаружено также, что предпочитаемым ПАВ для всех врачей бывает алкоголь, но женщины чаще мужчин склонны к употреблению транквилизаторов и снотворных средств. Авторы делают вывод о необходимости дифференцированных подходов — с учётом половых различий — к лечению врачей с психическими расстройствами [16].

A. Loevenich и соавт. (1996) в весьма давней статье о психическом здоровье врачей, подчёркивая недостаточно обсуждаемый характер данной проблемы в Германии и высказывая предположение о возможном табу, указывают на ненадёжность и большой разброс эпидемиологических данных (0,5–46%) и сообщают, что доля аддиктивных расстройств в структуре всех психических нарушений у врачей может достигать 90%. Исследователи сообщают также о высокой частоте суицидов и разводов во врачебной среде, значительно превышающей (в 3–4 раза и 20 раз соответственно) общие популяционные показатели, считают правомерной постановку вопроса о большей психической уязвимости врачей по сравнению с паци-

<sup>4</sup>Перечисленные неблагоприятные особенности врачебной работы способствуют не только пристрастию к ПАВ, но и другим психическим расстройствам, включая депрессию, тревогу и состояния, вызванные стрессом.

ентами и указывают на трудности лечения коллег с психическими нарушениями [17].

T.J. Toney-Butler и D. Siela (2019) выделяют ряд аспектов проблемы злоупотребления алкоголем и другими ПАВ в медицинской среде и подчёркивают, что угроза безопасности пациентов наиболее высока при оказании экстренной медицинской помощи, требующей быстрых и точных врачебных решений [18].

Употребление ПАВ студентами медицинских институтов повышает вероятность последующих аддиктивных расстройств во время врачебной деятельности. В отличие от врачей, студенты чаще употребляют алкоголь и наркотики с рекреационными целями [19].

По данным исследования, проведённого в Индии в 2000 г., 37% выпускников медицинских институтов, употреблявших ПАВ в студенческие годы, во время врачебной практики выписывают себе фармацевтические препараты с психоактивными свойствами [20].

Признаками расстройства употребления ПАВ у врачей могут быть частые невыходы на работу, опоздания, неопрятный внешний вид, снижение работоспособности и нерешительность, прежде несвойственные человеку<sup>5</sup>, ошибки в заполнении документов, перепады настроения, нарушения сознания, сонливость, заторможенность, неуместные назначения, а также увеличение количества жалоб пациентов, особенно симптоматичны из которых на недостаточное обезболивание. К числу явных признаков злоупотребления ПАВ относятся запах алкоголя, тремор, нарушения координации, изменения зрачков, следы инъекций, а также ампулы, шприцы и таблетки в личных вещах и на рабочем месте.

Врачи нередко скрывают пристрастие к ПАВ, опасаясь стигматизации, остракизма и неблагоприятных последствий для профессиональной карьеры — репутационных потерь, уважения в кругу коллег, увольнения, понижения в должности и потери практики.

Серьёзным препятствием к эффективной медицинской помощи становятся психологические защиты, в том числе рационализация употребления ПАВ, отрицание и минимизация в оценке тяжести собственных расстройств, отсутствие специальных знаний, а также самостоятельная диагностика и самостоятельное лечение.

Коллеги врачей, пристрастных к ПАВ, часто не знают, что им предпринять, считают неделикатными попытки вмешательства и часто надеются на самопроизвольный благоприятный исход аддиктивных расстройств. Препятствием к помощи врачам с аддиктивными расстройствами становится и то обстоятельство, что другие врачи ассоциируют себя с ними, заключают с ними тайные соглашения, стремятся избежать огласки и обычно относятся к ним как к коллегам, а не как к пациентам [4]. Влияние на врачей, пристрастных к ПАВ, — эмоционально и этически непростая задача для руководителей и организаторов здравоохранения [2].

Бездействие коллег влечёт за собой углубление зависимости от ПАВ, увеличение риска неблагоприятных последствий для самих врачей и их пациентов, что в итоге наносит больший вред репутации и профессиональной карьере больных специалистов, чем своевременные терапевтические вмешательства.

Терапевтическую помощь специалистам здравоохранения, страдающим аддиктивными расстройствами, оказывают на основе обычных принципов лечения, основанных на научных доказательствах, что включает как фармакологическое лечение, так и психотерапию. В контроль эффективности терапии входит лабораторный мониторинг крови и мочи.

N. Latt и соавт. (2009) рекомендуют следующие принципы помощи врачам с расстройствами употребления ПАВ [4].

- Лечите врача как пациента, а не как коллегу.
- Оценивайте болезнь у врача как у любого пациента: анамнез, клинический осмотр.
- Не предполагайте у врача знание проблемы.
- Не берите на себя больше ответственности, чем он сам.
- Предоставляйте врачу информацию как любому другому пациенту.
- Будьте директивны в последующих действиях.
- Никогда не позволяйте врачу-пациенту выписывать или самостоятельно приобретать назначенные вами лекарства.

Наиболее эффективные программы помощи врачам с зависимостью от ПАВ созданы в США. В этой же стране существует специализированная программа помощи анестезиологам с аддиктивными расстройствами. M.D. Seppala и K.H. Berge (2010) сообщают о достаточной эффективности терапевтических вмешательств по протоколам Minnesota Health Professionals Services Program and Physicians Serving Physicians в США [2]. Высокие результаты лечения врачей с аддиктивными расстройствами отмечены также в одном из специализированных центров Онтарио (Канада) [4].

Один из особых аспектов освещённой выше проблемы злоупотребления ПАВ у анестезиологов — сравнительно высокий риск рецидива при возвращении в рабочую среду с характерным для неё облегчённым доступом к анестетикам и фармацевтическим опиоидам, что требует специальной психосоциальной поддержки и особенно тщательного мониторинга ремиссии [21].

В завершение статьи считаем необходимым привести совпадающее с высказываниями процитированных выше экспертов мнение N. Latt и соавт. (2009), полагающих, что тщательное медицинское наблюдение позволяет добиться «прекрасных результатов» (wonderful outcomes) в лечении врачей, злоупотребля-

<sup>5</sup>Указанные признаки требуют также дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами, в первую очередь с депрессией.

ющих ПАВ, с впечатляющими 75% 5-летней ремиссии, «немыслимыми» (unthinkable) в практике лечения любых других пациентов наркологической клиники [4].

*Конфликт интересов отсутствует.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Braquehais M.D., Lusilla P., Bel M.J. et al. Dual diagnosis among physicians: a clinical perspective. *J. Dual. Diagn.* 2014; 10 (3): 148–155. DOI: 10.1080/15504263.2014.929331.
2. Seppala M.D., Berge K.H. The addicted physician. A rational response to an irrational disease. *Minn. Med.* 2010; 93 (2): 46–49.
3. Saunders J.B., Conigrave K.M., Latt N.C. et al. *Addiction medicine*. (Oxford specialist handbooks.) Second ed. Oxford: Oxford University Press. 2016; 677 p.
4. Latt N., Conigrave K., Saunders J.B. et al. *Addiction medicine*. (Oxford specialist handbooks.) Oxford: Oxford University Press. 2009; 459 c.
5. Schifferdecker M., Schmidt R., Loevenich A., Krahl A. Drug dependence among physicians. *Z. Arztl. Fortbild. (Jena)*. 1996; 90 (4): 295–300.
6. Vayr F., Herin F., Jullian B. et al. Barriers to seeking help for physicians with substance use disorder: a review. *Drug-Alcohol-Depend.* 2019; 199: 116–121; DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.004.
7. Bryson E.O. The opioid epidemic and the current prevalence of substance use disorder in anesthesiologists. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2018; 31 (3): 388–392. DOI: 10.1097/ACO.0000000000000589.
8. Garcia-Guasch R., Roigé J., Padrós J. Substance abuse in anaesthetists. *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2012; 25 (2): 204–249. DOI: 10.1097/ACO.0b013e32834ef91b.
9. Maier C., Iwunna J., Soukup J., Scherbaum N. Addicted anaesthetists. *Anesthesiol. Intens. Med. Not Fallmed Schmerzther.* 2010; 45 (10): 648–654; quiz 655. DOI: 10.1055/s-0030-1267531.
10. McAuliffe P.F., Gold M.S., Bajpai L. et al. Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med. Hypotheses*. 2006; 66 (5): 874–882. DOI: 10.1016/j.mehy.2005.10.030.
11. Oreskovich M.R., Shanafelt T., Dyrbye L.N. et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am. J. Addict.* 2015; 24 (1): 30–38. DOI: 10.1111/ajad.12173.
12. Sorensen J.K., Pedersen A.F., Bruun N.H. et al. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. *Dan. Med. J.* 2015; 62 (9): piiA5132.
13. Pedersen A.F., Sorensen J.K., Bruun N.H. et al. Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol. Depend.* 2016; 160: 119–126. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.12.038.
14. Pfürringer D., Mayer R., Meisinger C. et al. Health, risk behaviour and consumption of addictive substances among physicians — results of an online survey. *J. Occup. Med. Toxicol.* 2018; 13: 27. DOI: 10.1186/s12995-018-0208-7.
15. Ohida N., Otsuka Y., Kaneita Y. et al. Factors related to alcohol consumption among Japanese physicians. *Asia Pac. J. Public Health.* 2018; 30 (3): 296–306. DOI: 10.1177/1010539518754539.
16. Wunsch M.J., Knisely J.S., Cropsey K.L. et al. Women physicians and addiction. *J. Addict. Dis.* 2007; 26 (2): 35–43. DOI: 10.1300/J069v26n02\_05.
17. Loevenich A., Schmidt R., Schifferdecker M. Physicians as patients — on the problem of the mentally ill physician. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1996; 64 (9): 344–352. DOI: 10.1055/s-2007-996576.
18. Toney-Butler T.J., Siela D. *Recognizing alcohol and drug impairment in the workplace in Florida*. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2019; 2019 Jul 30. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Recognizing+Alcohol+and+Drug+Impairment+in+the+Workplace+in+Florida> (access date: 10.01.2020).
19. Baldisseri M.R. Impaired healthcare professional. *Crit. Care Med.* 2007; 35 (suppl. 2): S106– S116. DOI: 10.1097/01.CCM.0000252918.87746.96.
20. Kumar P., Basu D. Substance abuse by medical students and doctors. *J. Indian Med. Assoc.* 2000; 98 (8): 447–452.
21. Wright E.L., McGuinness T., Moneyham L.D. et al. Opioid abuse among nurse anesthetists and anesthesiologists. *AANA J.* 2012; 80 (2): 120–128.

Поступила 13.01.20; принята в печать 20.01.20.