

**Этические и организационные аспекты недобровольного лечения лиц
с наркологическими заболеваниями с учетом национального и зарубежного опыта
(замечания по статье В.Д. Менделевича
"Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании:
дискуссионные вопросы теории и практики")**

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, рук. отделения ФГУ ГНЦ ССИП им. В.П.Сербского, Москва

Последнее время в средствах массовой информации и в научной печати вновь открыта дискуссия по возможности и необходимости введения в Российской Федерации принудительных мер медицинского характера в отношении больных алкоголизмом и наркоманией. Каждый автор имеет право на свою врачебную и научную позицию, ему должно предоставляться право на высказывание своей позиции в научной печати. Однако при формулировании своей врачебной и научной позиции по обсуждаемой теме должна использоваться адекватная терминология, не должно допускаться искажения фактов и подмены одних понятий другими, поскольку это искажает адекватное восприятие предмета обсуждения.

Автор недопустимо вольно относится к терминологии. Ставится знак равенства между принудительным, недобровольным и обязательным лечением. При этом делается ссылка, что эти термины обозначают наркологическую помощь, оказываемую без согласия пациента, и употребляются в данной статье вне юридического контекста. Однако все формы недобровольного лечения устанавливаются федеральными законами, их назначение осуществляется в соответствии с четкими юридическими процедурами, а значит, вне юридического контекста они не могут быть рассмотрены.

Известно несколько форм лечения наркологических больных, основанных на принципе недобровольности.

1. Принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП) — существовало в нашей стране в 1961—1991 гг., проводилось по определению суда лицам, страдающим алкоголизмом и наркоманией и систематически нарушавшим общественный и административный порядок.

2. Принудительное лечение осужденных от алкоголизма и наркомании — в 1967—2003 гг. в соответствии со ст. 62 УК РСФСР и ч. 2 ст. 97 УК РФ назначалось определением суда осужденным за уголовные преступления лицам с алкоголизмом и наркоманией, было соединено с исполнением наказания и проводилось амбулаторно, в настоящее время существует в Китае, Индии, Вьетнаме.

3. Амбулаторное принудительное лечение осужденных с психическими расстройствами, не исключающими их вменяемости — назначается в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ определением суда, проводится амбулаторно и соединено с исполнением уголовного наказания.

4. Альтернативное лечение правонарушителей — применяется в США, странах Европейского союза и в Австралии, назначается определением суда вместо уголовного наказания по выбору при согласии правонарушителя. Таким образом, оказание медицинской помощи лицам с наркологическими заболеваниями на принципах

недобровольности может осуществляться в различных юридических формах, поэтому рассматривать их вне юридического контекста, как это предлагает автор статьи, невозможно и неверно.

В статье автор проводит аналогию между недобровольной госпитализацией психически больных (ст.29 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании") и недобровольным лечением наркологических больных. Но это разные формы оказания медицинской помощи, которые отличаются по объекту лечебного воздействия. Недобровольная госпитализация осуществляется в отношении больных с тяжелым психическим расстройством, которое обуславливает непосредственную опасность больного для себя или окружающих, а также существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если этот пациент будет оставлен без психиатрической помощи (ст.29 ФЗ). Недобровольное лечение назначается наркологическим больным, уже совершившим разного рода правонарушения, и целью недобровольного лечения наркологических пациентов является не только оказание им необходимой медицинской помощи, но и профилактика связанной с этим противоправной активности. В связи с этим более адекватным представляется сопоставление любых форм недобровольного лечения наркологических больных с принудительным лечением психически больных, признанных судом невменяемыми. В этих случаях основными целями принудительного лечения также является не только оказание медицинской помощи, но и профилактика повторной противоправной активности, что может быть достигнуто не просто и не только путем изоляции лица с психическим или наркологическим заболеванием, а путем их адекватной и, по возможности, эффективной терапии с одновременной социальной реабилитацией.

Ссылка автора на данные социологического мониторинга по вопросам возможности введения в стране принудительного лечения наркологических больных представляются спекулятивными. Основная функция государства и принимаемых им законов — соблюдение конституционных прав и свобод всех граждан, установление правопорядка и обеспечение его соблюдения гражданами. В связи с этим государство часто принимает законы, которые не поддерживаются населением либо какой-либо его частью: например, установление и повышение налогов не приветствуется абсолютным большинством населения практически всех стран, однако необходимость такой меры не вызывает сомнения. Правосознание граждан находится на различных уровнях и оценка гражданами ситуации определяется их образованием, профессией, личным и профессиональным опытом, уровнем интеллекта, куль-

турой и т.д. Законодатель принимает решение с точки зрения государственной целесообразности (политической, социальной, экономической) и в соответствии с Конституцией страны. В связи с этим при принятии государственных решений мнение различных социальных групп населения обязательно учитывается, но оно при этом не оказывается решающим.

Автор считает, что "при научном анализе адекватных целей принудительного лечения следует исходить исключительно из медицинской (лечебной) парадигмы" и "анализу должны подвергаться способ лечения и организация медицинской помощи, а не социальная практика, поэтому....акцент должен быть сделан исключительно на оценке медицинских и деонтологических аспектов данной проблемы". Однако проблема добровольного или недобровольного оказания медицинской помощи лежит не в медицинской, а как раз в юридической плоскости. Эта проблема касается не способов лечения, как утверждает автор, а устанавливаемой федеральным законом юридической формы оказания медицинской помощи (добровольной или недобровольной в той или иной форме), в рамках которой медицинские способы лечения будут реализованы. Конечно, это выводит дискуссию за рамки профессиональной компетенции врача, против чего возражает автор статьи, однако все формы недобровольного лечения лиц с наркологическими заболеваниями являются формой государственного принуждения, направленного на охрану прав и свобод всех граждан, не только больных алкоголизмом и наркоманией. Автор пишет, что все формы недобровольного лечения, реализуемые за рубежом, подвергаются критике со стороны медицинского сообщества. Однако вопрос о введении наряду с добровольным и принципа недобровольности при оказании медицинской помощи наркологическим больным связан с оценкой современной политической, социальной и экономической ситуации в стране, поэтому этот вопрос не может и не должен рассматриваться исключительно в медицинской аспекте, поскольку выходит далеко за пределы исключительно врачебной компетенции.

Не отвергая категорично возможность оказания больным алкоголизмом и наркоманией медицинской помощи на принципе недобровольности, автор настаивает на недопустимости недобровольного лечения больных, не совершивших преступлений. Делается ссылка на заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25.10.1990 №8, в соответствии с которым принудительное лечение в ЛТП было отменено, поскольку "лечение больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших правонарушений, должно производиться на добровольных началах". Однако российская юриспруденция выделяет не только уголовные правонарушения, соотнесенные с УК РФ, но и административные правонарушения в соответствии с Кодексом РФ об административных правонарушениях. Многие нормы Административного кодекса, в том числе и связанные с употреблением наркотиков, нарушаются наркологическими больными, в соответствии с чем их можно считать не только потенциальными, но и абсолютно реализовавшимися правонарушителями.

Категорически возражая против всех форм недобровольного лечения, автор отдельно выделяет широко применяемое в США и странах Европейского союза так на-

зываемое альтернативное лечение, которое автор не относит ни к недобровольным, ни к принудительным мерам, поскольку "человек самостоятельно делает выбор между участием в терапии или заключением под стражу". Однако эта самостоятельность выбора очень жестко ограничена: либо лечение, либо тюремное заключение. Поэтому вряд ли такой выбор можно отнести к добровольному. К самостоятельному — да, но не к добровольному. Тогда непонятно, почему альтернативное лечение, по мнению автора статьи, имеет "гуманистическую направленность", а все другие формы недобровольного лечения — нет.

Ни в коем случае нельзя альтернативное лечение рассматривать как "своеобразное отсроченное и условное наказание", как это утверждает автор. Это одна из форм недобровольного лечения, которое по предоставленному ему судом выбору выбирается правонарушителем и является не отсроченным и условным наказанием, а заменой наказания.

При обсуждении целесообразности введения в РФ недобровольного/альтернативного лечения больных наркоманией автор совершенно справедливо предлагает обязательно ответить на вопросы о целях, критериях назначения, методах и т.д. данной формы лечения. При этом он признает, что необходимо рассматривать и вопрос о социальной и экономической целесообразности этой формы лечения. Конечно, это необходимо, но при этом мы опять выходим за рамки профессиональной врачебной компетентности, о неправомерности чего все время повторяет автор.

При рассмотрении деонтологических аспектов оказания медицинской помощи на недобровольной основе автор часто искажает зарубежную практику по данному вопросу и неправомерно экстраполирует принципы оказания психиатрической и наркологической помощи гражданам на систему проведения недобровольного лечения по определению суда. Поскольку недобровольное лечение (в том числе и альтернативное) проводится по определению суда, информированное согласие пациента на лечение является с юридической точки зрения нонсенсом: поскольку пациент обязан подчиниться и выполнить судебное решение, никакого согласия от него в этом случае не требуется. При недобровольном лечении, в том числе и при альтернативном, принцип конфиденциальности, конечно же, обязательно должен присутствовать, однако представители правоохранительных органов и суд в этих случаях входят в круг лиц, которые имеют право на информацию о пациенте-правонарушителе, а часто даже принимают активное участие в формировании процедуры и режима программы реабилитации (из практики наркосудов в США). Сведения о пациенте-правонарушителе в этих случаях передаются в суд и в другие правоохранительные структуры обязательно и регулярно, а не в "исключительных случаях", как это утверждает автор. Ни о каком "праве пациента на тайну его жизни" в этих случаях речь не идет и не может идти, поскольку в этих случаях перед врачом не просто пациент, а пациент-правонарушитель, который проходит лечение по определению суда, и суд не просто имеет право, а обязан всю историю пациента контролировать.

Один из принципов отечественной наркологии (кстати, не только отечественной) — отказ от употребления

ПАВ — автором преподносится в абсолютно абсурдной форме. Никто и никогда не требует от пациента "самостоятельно отказаться от употребления ПАВ до включения в программы лечения". Отказ от употребления ПАВ является одним из условий пребывания пациента в программе лечения и целью лечебно-реабилитационного процесса. Именно на выполнение пациентом этого условия и на достижение этой цели должна быть направлена совместная работа врача и пациента.

Трудно не согласиться с мнением автора, что "задача врача — профессионального адвоката своего пациента — исчерпывается профилактикой, реабилитацией и патронажем". Только непонятно, почему "духовные и социальные задачи терапии имеют право на существование в общественном мнении, но вне научной дискуссии о необходимости принудительных мер медицинского характера к больным людям", непонятно несогласие автора "с мнением, что функцией и целью недобровольного лечения, т.е. медико-психологического процесса, могут признаваться морально-этическая переориентация и подготовка к дальнейшей полноценной жизни", что "изменение мировоззрения и нравственности пациента не может быть целью врачевания". Вызывает недоумение тот факт, что все эти точки зрения принадлежат заведующему кафедрой медицинской и общей психологии Казанского ГМУ. А разве духовные и социальные аспекты не являются основными составляющими профилактической и реабилитационной работы? Тем более что на той же странице своей статьи автор утверждает прямо обратное: "задачи врача — профессионального адвоката своего пациента — исчерпываются квалифицированным и компетентным лечением, профилактикой и патронажем", что, между прочим, включает в себя и изменение мировоззрения, и подготовку в полноценной жизни и т.д. Зарубежный опыт, к которому часто апеллирует автор и на который он ссылается в своей статье, также предусматривает "психологическую поддержку (консультирование) пациентов", в том числе и тех, кто находится в программе альтернативного лечения.

При обсуждении возможных методов и способов проводимого на принципах недобровольности лечения автор искажает официальные статистические данные и манипулирует ими. В странах Европейского союза так же, как и в США, наиболее распространенными наркотическими средствами являются каннабис, кокаин и амфетамины (см. таблицу), а не опиоиды, как это утверждает автор. Более того, с 1998 по 2005 гг. в большинстве стран Северной Америки и Западной Европы есть тенденция увеличения числа больных, обращающихся за медицинской по-

мощью по поводу проблем, связанных с употреблением каннабиса (в США — в 2 раза) и амфетаминов (в США в 2,5 раза) при одновременном снижении обращаемости за медицинской помощью по поводу опиоидной зависимости.

Автор утверждает, что "в странах Европейского союза, в которых применяется альтернативное лечение наркомагии, от 60 до 90% пациентов выбирают его, им соответственно назначается лечение агонистами опиоидов". Однако доля больных опиоидной зависимостью в соответствии с общей структурой наркологической заболеваемости не является основной, а значит, заместительная терапия никак не может назначаться в 60—90% случаев, как это утверждает автор. В данном случае, по-видимому, имеются в виду лица с опиоидной зависимостью, которые, как это видно из таблицы, не составляют большинство наркологического контингента больных вообще и в программах альтернативного лечения, в частности.

В РФ по данным государственной статистики опиоидная зависимость является доминирующей (87,8% по данным Е.А. Кошкиной и В.В. Киржановой, 2006). Однако из всех пациентов, состоящих на учете в наркологических диспансерах, 84,5% приходится на больных алкоголизмом, а на больных всеми формами наркотической зависимости — лишь 14,3%, а не 95%, как утверждает в статье.

Поскольку "частота выбора того или иного метода терапии диктуется характером доминирующего в стране вида наркотической зависимости", в странах, где опиоидная зависимость не является основным видом наркотической патологии, использование заместительной терапии агонистами опиоидов "отходит на второй план". Если это положение автора экстраполировать на наркологическую ситуацию в РФ, где основным видом химической зависимости является алкогольная, то вопрос о возможности введения заместительной терапии как способа лечения в рамках недобровольного лечения является малоактуальным именно для РФ.

Одним из основных доводов сторонников введения заместительной терапии агонистами опиоидов, и автора статьи в том числе, является их утверждение, что "цель полного отказа от употребления ПАВ у большинства больных не может ставиться в силу ее малой реалистичности". Конечно, "амбициозные цели избавиться общества от наркотиков и вылечить всех наркоманов являются нереалистичными", однако сама декларация автора о принципиальной невозможности вылечить пациента с зависимостью от ПАВ представляется негуманной. С одной стороны, это не соответствует реальной наркологической практике, а с другой, — лишает больных наркологически-

Распространенность потребителей наркотических средств в мире
(% от общего населения стран, по данным UNODC. World drug report, 2006)

Вид наркотика	Страны Западной Европы	Страны Северной Америки	Страны Восточной Европы
Каннабис	7,4	10,3	3,8
Амфетамины	0,7	1,1	0,2
Опиоиды	0,5	0,4	1,2
Кокаин	1,1	2,3	0,1

ми заболеваниями и их родственников надежды на выздоровление, что недопустимо с позиции врачебной этики. Даже накануне смерти врач не должен лишать больного надежды на выздоровление, это является основным принципом оказания врачебной помощи, основным, если не самым важным принципом врачебной деонтологии, о которой так много говорит в своей статье ее автор.

В процессе оказания медицинской помощи присутствует весьма значимый юридический аспект. Врач имеет право пользоваться только теми лекарственными средствами и способами лечения, которые разрешены в данной стране как лекарственные средства и как способы лечения. До тех пор, пока агонисты опиоидов не включены в список лекарственных средств РФ и нет разрешения Минздрава России на проведение заместительной терапии агонистами опиоидов, обсуждение этого способа терапии в рамках недобровольного лечения бессмысленно. Этический принцип доступности лечения, о котором справедливо говорит автор, касается не всех методов и способов лечения, которые используются в мире, а только тех, которые разрешены в стране, в данном конкретном случае — в РФ, как лекарственные средства и способы лечения. В мировой медицине существует много лекарственных средств, способов и методов лечения, юридических оснований и организационных принципов оказания медицинской помощи больным. Не все эти принципы и не все методы и способы лечения разрешены в РФ к практическому применению, а значит, и не могут быть доступны пациентам нашей страны.

Критикуя один из основных принципов отечественной наркологии — отказ от употребления ПАВ при нахождении в лечебно-реабилитационной программе, и пропагандируя принцип "поэтапного снижения дозы ПАВ и ступенчатого выхода в ремиссию", автор пытается его экстраполировать на все виды химических зависимостей. Однако это неприменимо, например, по отношению к больным с алкогольной зависимостью, при которой в состоянии интоксикации патологическое влечение не купируется, а наоборот, актуализируется (так называемая потеря количественного контроля). Вызывает активное возражение и недоумение эмоциональное высказывание

автора (который совершенно справедливо всегда ратует за научный характер дискуссии) о том, что "принцип отказа от ПАВ противоречит этическим нормам, рекомендуемым помогать всем больным без различия".

Во-первых, этот принцип не означает, что кто-то из больных остается без лечебной помощи, просто эта помощь оказывается на принципах отказа от употребления ПАВ.

Во-вторых, научная дискуссия, к которой призывает автор, предполагает анализ аргументов оппонента и попытку их аргументированной критики, а не навешивание ярлыков по типу "противоречия этическим нормам".

И в-третьих, в зарубежных программах альтернативного лечения, которые в качестве образца для подражания приводит автор, также ставится цель отказа пациента от употребления ПАВ. Для этого проводится их регулярное и незапланированное тестирование на употребление ПАВ. Даже в программах заместительной терапии регулярно проводится тестированный контроль на употребление других ПАВ и на употребление уличных агонистов опиоидов. В той же статье говорится, что "доминирующей парадигмой считается стремление удержать пациента в лечебных программах, предусмотрена система вознаграждений, поощрения больного за соблюдение режима воздержания". Таким образом, даже сам автор соглашается с тем, что в зарубежных лечебно-реабилитационных программах существует много как фискальных, так и поощряющих стимулов для достижения цели отказа пациентом от употребления ПАВ и никто при этом не говорит, что это неэтично и негуманно.

Таким образом, ни в коей мере не возражая против научной и врачебной позиции автора статьи в отношении возможности введения в РФ недобровольных форм лечения наркологических больных, необходимо еще раз сказать о том, что научный подход к дискуссии на актуальные и дискуссионные проблемы подразумевает адекватное использование фактов, а не манипулирование ими, а также выдерживание последовательности изложения используемых фактов и аргументов для получения адекватной картины анализируемой проблемы.