

Краткий комментарий к письму В.Д. Менделевича в Российское общество психиатров

БРЮН Е.А.

д.м.н., главный специалист-нарколог Минздравсоцразвития России,
директор Московского научно-практического центра наркологии,
Президент Российской наркологической лиги, Москва; тел.: +7 (495) 920 5161

Не так давно на имя Председателя Российского Общества психиатров Н.Г. Незнанова поступило письмо, подписанное группой психиатров и наркологов, из числа которых я выделил бы В.Д. Менделевича, так как имею достаточно оснований считать, что это он является автором письма. Остальным подписавшим письмо заранее приношу свои извинения, не упоминая по разным причинам, в том числе и потому, что не все занимаются изучением психопатологических расстройств у больных наркологического профиля или организацией наркологической помощи.

О чём это письмо? И нужно ли его комментировать? Нужно ли напоминать Автору, что в Международной классификации болезней 10-го пересмотра наши заболевания называются «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ» (F10—F19), а не «...исключительно как поведенческие...». Позиция Владимира Давидовича всем давно известна... И всё же я решил дать некоторые пояснения, чтобы привлечь внимание прежде всего молодых, входящих в нашу профессию врачей психиатров-наркологов.

Есть такая, простите, жульническая логическая процедура, когда Критик берёт мысль Критикуемого, немного её извращает, немного смецает цель и «с чистой совестью», с высоким пафосом начинает её критиковать... И, ничего не скажешь — молодец, всё правильно говорит и пишет, только к Критикуемому это не относится. Но этого никто уже не замечает (то ли он украл, то ли у него украли...). Зачем это делается? Какую цель преследуют эти господа? Я надеюсь, что в этом письме только честное заблуждение, а не расстройство логического мышления и уж тем более я не думаю, что это преднамеренность, сподвигшая Автора (и соавторов) на жалобное письмо, мол, барин, помоги.

Поразительно: некоторые предлагают уволить меня за либерализм, некоторые заявляют, что я выстраиваю жесткую наркологическую службу в стране, а иные

обижаются, что Россия не вводит метадоновые программы... Но именно эта критика справа и слева убеждает меня в том, что я и большинство наших отечественных психиатров-наркологов на правильном пути, что мы не допустим маргинальности: ни полицейского пути развития наркологии, ни псевдолиберального-толерантного отношения к наркотикам.

Теперь к делу! Проблема Автора скорее лежит не в области психиатрии и наркологии, а в методологии, в парадигме как варианте его научной мифологии. Действительно ли заболевание, связанное с зависимостью, — это заболевание, в соответствии с МКБ-10, или нет? Опять приходится возвращаться к основному вопросу. Неспециалисты на этот вопрос отвечают по-разному, но научное сообщество не может допускать хаоса и неопределённости в этом вопросе. На нас смотрят больные и их родственники, и что они видят и слышат? Неопределённость, непонимание врачом сути заболевания? И из-за этого больные отказываются от нашей помощи, отказываются нам верить и полагают, что заболевание это фатально.

Религиозные деятели, как правило, придерживаются парадигмы греха, юристы — парадигмы преступления, обыватели — парадигмы поведенческого нарушения. Вроде как распущенность такая — наркотики потребляют.

У меня есть уверенность, что Автор письма забыл или, из других соображений, намеренно скрывает свои знания о том, что поведение в структуре психического заболевания болезненно. А если поведение болезненно, то чем оно обусловлено и питается? Не патологическим ли мышлением? А «синдром патологического влечения» не содержит ли в своей структуре патологического мышления, наряду с патологическими телесными сенсациями и патологическими аффектами, в том числе, в ряде случаев, бредового психотического уровня? Как-то неудобно напоминать труды великих: от К. Ясперса... до А.К. Ануфриева, а в промежутке ещё многих. Невозможно же их игнорировать!

Источник: www.r-n-l.ru (Российская наркологическая лига)

Я не могу не привести нашего определения (дефиниции) наркологического заболевания, чтобы психиатрическому и наркологическому сообществу была понятна наша парадигма: заболевания, связанные с зависимостью, являются единым болезненным процессом (нозос), имеющим различные клинические формы, в том числе: химические зависимости (алкоголизм, наркомании, токсикомании); пищевые зависимости, гэмблинг и другие формы зависимого поведения, — и феноменологически проявляющимися расстройствами влечения. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искажённой информационной среды. Таким образом, современная наркология признаёт мультифакториальную природу наркологических заболеваний со всем спектром психопатологических расстройств от невротического до психотического уровня.

Другими словами, наркологическое заболевание реализуется в связи с накоплением факторов риска, доля генетических факторов в которых, по мнению академика И.П. Анохиной и специалистов NIDA, преобладает.

Одновременно с этим необходимо учитывать, что у большинства больных в случаях формирования ремиссии и остановки болезненного процесса (нозоса) остаётся сумма предрасполагающих факторов, т.е. сохраняется патологическое состояние (патос). И это диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения, с одной стороны, и психологической и социокультурной реабилитации, с другой, и, кроме того, обучения больных самокоррекции факторов риска, а также формирования лечебной субкультуры как антитезы наркотической, алкогольной и других субкультур.

Как мы все знаем, то или иное понимание наркологического заболевания влечёт за собой и понимание организации медицинской помощи данному классу больных.

Автор письма, если отвлечься от неправильной, на наш взгляд, первоначальной посылки, вполне логичен в своих рассуждениях. Если наркологическое заболевание — не заболевание, а поведенческое расстройство, некая особенность личности, определённая философия поведения в наличном мире, то и медицинский объект исчезает — лечить нечего. А коли так, то, будучи гуманистом, толерантным либералом, Автор провоцирует общество на толерантное отношение к потреблению наркотиков. Если эту мысль довести до логического завершения, то, и это читается в подстрочнике письма Автора, мы должны признать право человека на употребление наркотиков. Тогда мы должны признать и чьё-то право прода-

вать наркотики? С точки зрения Автора, которая нам известна по его многочисленным выступлениям в открытой печати, государство должно раздавать больным наркотики, видимо, чтобы скорректировать их поведенческие расстройства.

Можем ли мы это допустить? Я уверен, что нет, но это требует пояснений.

Начнём с того, что потребление наркотиков на Западе и в России — это разные социальные явления.

Эпидемия наркопотребления на Западе началась в середине — конце 50-х годов, в связи с вырождением антибуржуазных протестных молодёжных движений, превращением их в маргинальные молодёжные субкультуры и вследствие интереса большого бизнеса к наживе на продуктах маргинальности.

Российская наркотическая эпидемия началась в начале 80-х в связи с появлением канала поставок наркотиков из Афганистана и обесмысленностью жизни как в перестроечное время, так и после 1991 г., а также в связи с заполнением идеологической пустоты западными маргинальными субкультурами (в принципе чуждыми российскому менталитету).

Смею утверждать, что это — антропологическая цивилизационная проблема, новый вызов современности, рационального решения которой ещё не найдено.

В 60-е и 70-е годы в западных странах, прежде всего в США, накопилось большое число деклассированных наркоманов, не имеющих работы, жилья, медицинской страховки. Поскольку за лечение и поддержку этих людей кто-то должен был заплатить, то государство взяло на себя расходы по минимальной ставке (33 цента в сутки — стоимость метадоновой программы). При этом в Германии метадон льётся рекой, в Англии и Швейцарии раздают героин — чего там лицемерить! Остальные наркоманы лечатся в нормальных условиях, свободных от наркотиков, как, собственно, и рекомендуют международные конвенции по наркотикам.

Российское здравоохранение принципиально отличается тем, что любому больному наркологического профиля предлагается полный пакет лечебной и реабилитационной помощи (с оговоркой, конечно, на региональные особенности и финансовые возможности субъекта Федерации). Минздравсоцразвития России в 2011 г. выделил 16 территориям дополнительное федеральное финансирование на развитие наркологических служб на паритетной основе с субъектами Федерации. В 2012 г. эта работа будет продолжена.

Как мы знаем, в последнее время вышло много законодательных инициатив некоторых правоохранительных органов, как-то: вернуть уголовную ответственность за употребление наркотиков, ввести принудительное лечение больных наркоманией и вернуть институт ЛТП.

Думаю, что вернуть уголовную ответственность за употребление наркотиков, которую отменили в 1991 г. (один из первых указов Президента России) уже невозможно. Эта мера опоздала. Если это осуществить, то больше половины шоу-бизнеса (и не только) придётся посадить, а к ним ещё порядка 4—5 млн наших соотечественников. ЛТП тоже навсегда канули в лету.

Что же касается принудительного лечения — так это общемировая практика. Я как-то попросил китайских коллег разрешить осмотреть их больных... Мне отказали: это невозможно, они все сидят в тюрьмах. Но это крайности, конечно... А в Америке? Скажет, к примеру, Мэл Гиббсон что-нибудь не то в пьяном виде и, пожалуйста, — в принудительном порядке месяц слушает лекции о вреде алкоголизма, я уже не говорю про наркоманов. Есть эта мера и у нас, но очень вялая... Но я категорически против некоторых высказываний о распространении этой меры на всех потребителей наркотиков. Для потребителей наркотиков лучшая мера — социотерапевтическая интервенция, включая тестирование на наркотики и злоупотребление алкоголем, что позволяет снизить уровень наркотизации в 5—6 раз (реальная цифра из опыта нашей профилактической работы). Кстати, 52-я сессия ООН по наркотикам в 2009 г. признала социотерапевтическую интервенцию и лечебно-реабилитационные мероприятия мейнстримом в деле снижения спроса на наркотики.

Это насилие? Нет, но социальный прессинг — безусловно. Разного уровня, ориентированный на разные группы потребителей наркотиков.

Мы имеем дело как минимум с тремя группами потребителей наркотиков: собственно потребители, которые хотя бы один раз в жизни употребили наркотики (это не медицинская проблема); употребление наркотиков с пагубными последствиями (как правило, здесь бывает достаточно меры социотерапевтической интервенции и социального прессинга в виде профилактического наблюдения в течение 1 года) и собственно больные наркоманией, часть из которых имеет высокую прогрессивность болезненного процесса вплоть до проявлений расстройств психотического уровня у ряда из них.

Если бы Автор письма был знаком с организацией наркологической помощи в стране, утверждённой Приказом Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. №225ан, и посещал бы ежегодные совещания наркологов, то он знал бы о системе организации социального прессинга, обеспечивающей максимальную социальную защищённость и возможность получения полного объёма специализированной медицинской помощи для всех граждан России.

Теперь, что касается недобровольной госпитализации — именно это, как мы видим, было побуди-

тельным мотивом к обращению в РОП! Продолжим логические рассуждения в клинической парадигме.

В нашем понимании наркологическое заболевание — в той или иной степени прогрессивное заболевание, которое, если его не остановить (не затормозить) приводит к инвалидизации и преждевременной смерти. В случаях высокопрогрессивного процесса, по нашим расчётам, это от 10 до 25% от общего числа больных наркологического профиля, возникают расстройства психотического уровня в рамках патологического влечения с соответствующим поведением. В настоящее время у нас нет возможности изъять больного из его среды без его добровольного согласия, даже если мы заведомо знаем, что он погибнет от передозировки или соматических осложнений. Здесь речь идёт о полном отсутствии критики, несмотря на угрозу физической смерти, что характерно для острых психотических состояний. В этом случае, как в случае бредового психоза, поведение больного определяется расстройствами мышления, а не его желаниями или осмысленными намерениями. Мера недобровольной госпитализации могла бы спасти тысячи жизней. Что же нам предлагают «либералы от наркологии»? Ждать их смерти? Наблюдать со стороны, как они осуществляют свой «выбор»? Это ли не профессиональный цинизм? Это ли не преступление, которое трактуется Уголовным кодексом Российской Федерации как «неоказание помощи больному» (ст. 124, ч. 2) и «наказывается лишением свободы на срок до трёх лет с лишением права занимать определённые должности или заниматься определённой деятельностью на срок до трёх лет или без такового»?

Альтернатива такова: либо мы их лечим, либо раздаём наркотики. Боюсь, что это вечный бессмысленный спор и, скорее всего, из области нравственности, а не психиатрии и наркологии.

И последнее. Если авторам письма больше нечем заняться, как пропагандировать свободу наркотизации, то я предлагаю для дискуссии более важную для психиатрии и наркологии тему как в теоретическом аспекте, так и для целей охраны психического здоровья населения, которую в своё время, примерно в 1988 г., сформулировал В.В. Ковалев: «Каковы причины накопления в популяции численности детей и подростков с психическим дизонтогенезом и девиантным поведением?».

И ещё интересен один теоретический вопрос: чем бы болел больной наркологического профиля, если бы в мире не было психоактивных веществ? Ведь если мы говорим о заболевании — оно должно обязательно реализоваться, независимо от того, принимает человек психоактивное вещество или нет. Часть ответа есть в статье Е. Stechelín в Руководстве по психиатрии под редакцией Майер-Гросса и Груле.

В этой же статье есть прекрасное замечание: дефицитарность личности больного алкоголизмом заключается в слабоумии, а дефицитарность наркомана — в выхолащивании (Entkernung) и запустевании (Aushöhlung). Не напоминает ли вам это шизоформный дефект? Что приводит к дефекту? Не психоз ли? Мне кажется это более важным для развития нашей молодой науки — наркологии.

А критиковать меня предлагаю за следующее высказывание: наркомания — третье эндогенное заболевание в старой терминологии (которое необходимо отличать от простого потребления наркотиков).

Список литературы

1. Брюн Е.А. Без «недобровольной госпитализации не обойтись» // Медицинская газета. — 2011. — №93.
2. Гофман А.Г. // Вопросы наркологии. — 2011. — №3.
3. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №5.
4. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4.
5. Резолюция научно-практической конференции с международным участием «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических расстройств» // <http://www.bekhterev.ru>. — СПб., 2011.