

### **В продолжение дискуссии: «Комментарии по поводу обращения В.Я. Евтушенко в РОП по письму Е.А. Брюна»**

ЕВТУШЕНКО В.Я.

Уважаемый Михаил Леонидович и коллеги, следящие за развернувшейся дискуссией. Как и Вы, я очень удовлетворён начавшимся обсуждением острых проблем в существующей системе оказания наркологической помощи. Убеждён, что хорошая дискуссия может стать источником нового знания, нового понимания проблемы, а также путей её решения. Но при условии корректности её ведения.

Прежде всего, хотелось бы сказать, что завязавшееся обсуждение позволило мне (хотя бы заочно) познакомиться с Вами, с Вашей небольшой клиникой по терапии наркозависимых, с Вашим подходом к их лечению, а главное, узнать, что научным консультантом клиники является очень уважаемая мной Ирина Николаевна Пятницкая, что само по себе гарантия основательности, глубины и качества проводимой работы.

Думаю, что у Вас нет проблем с пациентами и у перед Вами не стоит задача привлечения их к лечению в недобровольном порядке, скорее, наоборот. Может быть, по этой причине для Вас и нет надобности глубоко вникать в правовые аспекты данного вопроса. Но включение в данную дискуссию обязывает, прежде всего, к точности прочтения правовых документов.

Хотелось бы сразу выразить удовлетворение отсутствием возражений к тезису, что наркология — часть психиатрии, а наркологическая патология — одна из форм проявления психического расстройства. Спор вызвала оценка степени тяжести психического расстройства, выраженного аддиктивной патологией, а отсюда — и возможности применения к наркозависимым ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

Вы утверждаете, что «закон не предусматривает недобровольной госпитализации только из-за самой тяжести психического расстройства без сопутствующих показаний, связанных с опасностью для себя и окружающих, беспомощностью и существенному вреду здоровью в случае оставления без психиатрической помощи». Но ведь в Законе речь немного о другом. «Три критерия недобровольной госпитализации

действительны при соблюдении общего для всех критериев условия — если обследование и лечение возможны только в стационаре, а психическое расстройство является тяжёлым». Это — цитата из упомянутого Вами официального Комментария к ст. 29 Закона (стр.189).

А теперь о тяжести психического расстройства. Обратимся к тому же Комментарию (стр. 129): «Тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) ИЛИ выраженного психического дефекта (врождённая умственная отсталость, приобретённое слабоумие, выраженные изменения личности). Наличие менее глубоких расстройств даёт основание квалифицировать расстройство как тяжёлое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при психопатии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии)». Следовательно, не только психоз, но и выраженные изменения личности (к которым приводит, в частности, и наркозависимость), а также «менее глубокие расстройства», когда по степени выраженности они «достигают психотического уровня», дают основания отнести психическое расстройство к категории «тяжёлых».

Каковы же критерии той степени изменений личности, которая достигает «психотического уровня»?

Я не случайно говорил об устарелости дихотомии «психоз—невроз». Как указано во вводной части к МКБ-10 (утверждённой Минздравом РФ), «в настоящее время не используется традиционная дифференциация между неврозами и психозами... Вместо того, чтобы следовать дихотомии «невроз—психоз», расстройства теперь сгруппированы в соответствии с основными общими характеристиками и описательной схожестью, что делает классификацию более удобной для использования. Термин *психотический* сохранён как удобный описательный термин. Он просто указывает на наличие бреда, галлюцинаций или некоторых форм поведения».

Глубоко и детально этот вопрос исследован нашим выдающимся психиатром-наркологом, но прежде всего, психопатологом, профессором Анатолием Александровичем Портновым. Обратимся к его последнему руководству (А.А. Портнов. *Общая психопатология*. — М.: Медицина, 2004. — С. 41). Позволю себе привести несколько выдержек из этой работы: «Психотическое расстройство выявляется в неадекватности поведенческого ответа на внешние и внутренние факторы. Психотическое расстройство, т.е. то, что характеризует психоз, выступает в неадекватности поведения, противоречит этическим нормам, личному опыту, данной или предвидимой ситуации». «При психозе мы, как правило, наблюдаем нарушение самоконтроля, ту или иную степень агнозии болезни. Другое дело при неврозе — где сохраняются ориентировка в болезни и озабоченность ею». «Психотическое расстройство — всегда неадекватность познания. При невротическом же никогда не утрачивается ощущения болезни, её чуждости по сравнению со здоровьем, неуместности, формируется надежда на исцеление, озабоченность своим здоровьем. Больной неврозом старается исправить себя. Больной психозом старается исправить других или же не обнаруживает никакого эмоционального резонанса в ответ на своё заболевание». «При невротическом уровне расстройств сохраняется критический самоотчёт, желание разобраться в причинах возникшей патологии, избавиться от неё с помощью лечебных мероприятий».

Думаю, что разъяснения проф. А.А. Портнова дают достаточные представления о том, что изменения личности у наркозависимых, когда они выражены, когда отсутствует сознание болезни и критическое отношение к своему поведению (не в декларациях, а в реальном изменении образа жизни), вполне достигают уровня психотического расстройства. Это и даёт основания для оценки такого расстройства как тяжёлого, дающего основания для применения к нему всех трёх критериев недобровольной госпитализации. Не вообще, а с учётом обстоятельств каждого конкретного случая, могущего повлечь за собой и опасное поведение, и состояние беспомощности, и неизбежность прогрессирования патологии. Хочу подчеркнуть, что речь идёт о психотическом уровне расстройств личности при аддиктивной патологии, а не о «психотической природе аддиктивного влечения». И что Закон вовсе не говорит, как Вы пишете, что «изменения личности не являются основанием для принудительной госпитализации» — они являются лишь условием для применения критериев недобровольной госпитализации.

Таким образом, очевидно, что закон даёт основания для применения процедуры недобровольной гос-

питализации в отношении наркозависимых, с помещением их в психиатрический или наркологический стационар. Разумеется, не всех подряд, а лишь обнаруживающих выраженные изменения личности и соответствующих критериям недобровольной госпитализации. И было очень непонятно, с какой стати, возражая против этого, мой оппонент говорит о том, что «вред от табака может в сотни раз превосходить аналогичные показатели для марихуаны», и, иронизируя, вопрошает: «Кому при этих условиях в большей степени показана недобровольная госпитализация? Ведь психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака (F17) занимают такое же законное место в МКБ-10, как и каннабиноиды (F12). Кто не помнит телесюжеты с известными и к тому времени неизлечимо больными актёрами Л. Филатовым и А. Абдуловым, не выпускавшими из рук сигареты?». Поначалу я полагал, что в полемике бывают «перехлёсты» и что огорчительные подмена понятий, извращение положений уважаемого нами Закона и неуместная ирония имеют чисто эмоциональный характер. Но продолжая снова и снова читать Ваш отклик, я насторожился. Ключевой мне показалась следующая фраза: «известно, что, в отличие от алкоголя, криминальная активность наркопотребителей обусловлена не столько фармакологическими свойствами самого вещества, сколько его нелегальным статусом и всем, что с этим связано». Вот ведь в чём, оказывается, собака зарыта. В нелегальном статусе наркотиков. Вот если бы героин, кодеин и прочие прелести стали бы столь доступными, как табак, и пришло бы счастье. Сразу упадёт криминальная активность наркоманов, исчезнет нужда в применении к ним методов «устрашения и социального прессинга», «отечественная наркология вместо репрессивных подходов обратится к традициям гуманистического прагматизма». А если не обратится, то станет ясно, что «в принудительном лечении нуждаются не лица с наркотической зависимостью, а сама система оказания наркологической помощи». Разумеется, в лице её руководителя Е.А. Брюна.

К сожалению, мы уже сейчас являемся свидетелями полной легализации (с рекламой по центральному каналу телевидения) продажи кодеинсодержащих препаратов. Она уже привела к нарастающему распространению дезморфиновой наркомании с её тяжелейшими последствиями, в особенности, для молодёжи. И нет пока силы, способной остановить это зло, как и возможности применить «принудительное лечение» к лицам, заинтересованным в легализации их продаж. Эта печальная практика (касающаяся всего лишь одного из наркотиков) важнее и доказательнее любых исследований, претендующих на так называемую «доказательность».

По правде говоря, меня мало беспокоит недостаток «доказательных исследований» в области наркологии. Гораздо больше тревожит положение с оказанием реальной наркологической помощи больным — не в тех небольших и уютных клиниках, подобных Вашему Центру, а в массе государственных психиатрических и наркологических учреждений, или, как теперь принято говорить, в государственных медицинских организациях. Вы совершенно справедливо говорите, что «существующая у нас практика детоксикации, возможно, превосходит вред, наносимый наркотиками». Я же хочу подчеркнуть, что это — проблема не частных клиник, а государственных. Потому что, «отмывшись», «обновясь», наркоман требует выписки и беспрепятственно уходит домой, оставаясь таким же, как прежде, но уже «обновлённым» наркопотребителем. Это нам надо? Нашей стране это надо? Такая «помощь» на руку только наркобизнесу.

Обеспокоенность Е.А. Брюна сложившимся положением понятна. Не только пациентам — стране грозит опасность. Сломить ситуацию может лишь применение недобровольных форм лечения с длительной изоляцией от наркотиков, с системой психологической и социально-трудовой реабилитации. Но для этого не нужны новые законодательные инициативы. И не надо, нельзя возвращаться к практике принуждения к лечению в ЛТП, о чём недавно почему-то стал ратовать главный санинспектор Г. Онищенко. Закон, как уже говорилось выше, даёт достаточные основания для решения этой проблемы. Хочу решительно подчеркнуть, что это не возврат к пресловутым ЛТП лагерного типа. Это нормальная практика жёстко регламентированного, контролируемого судом

принуждения к лечению, которая уже давно и с успехом применяется в общей психиатрии. И это вовсе не «репрессивный» подход к терапии, как Вам кажется, а подход, соответствующий «традициям гуманистического прагматизма», о которых Вы пишете.

Однако готовы ли наши психиатрические и наркологические учреждения (подчёркиваю: государственные), к практике недобровольной госпитализации? Уверен, что нет. Хорошо, что Вы согласны с тем, что мы пока не имеем системы «должной и адекватной, полномасштабной наркологической помощи в её технологии, стандартах, финансовом, материальном и кадровом обеспечении». Вот как раз над этим можно и нужно работать нам вместе и помогать Е.А. Брюну, делиться личным накопленным опытом, не становясь в позу пресловутого гуманиста, не признающего никаких ограничений для наркозависимых (курильщики оставим в покое). Что же касается законодательных инициатив, то они, как мне кажется, нужны, но в другом ключе.

Мне хотелось бы выразить благодарность профессору А.Г. Гофману, который дал ясные и чёткие разъяснения по разным сторонам обсуждаемой проблемы. Хочу лишь подчеркнуть, что в наркологии, как и в психиатрии, клиника должна быть тесно связанной с правом. И существующий Закон о психиатрической помощи даёт достаточные основания для его применения и в наркологической практике. Лишь досадным (и нарастающим) разрывом между психиатрами и наркологами можно объяснить их взаимную и клиническую, и правовую некомпетентность в общей для нас профессии.