

## Оглавление

|   |   |
|---|---|
| Комментарии по поводу обращения в Правление РОП В.Д.Менделевича .....   | 1 |
| Комментарий ряда положений, выдвигаемых Е.А. Брюном .....   | 3 |
| Комментарии ряда положений, выдвигаемых Ю.П. Сиволапом .....  | 5 |
| Комментарии к позиции М.Л. Зобина относительно возможности недобровольной госпитализации лиц, страдающих наркотической зависимостью ..... | 7 |

## Комментарии по поводу обращения в Правление РОП В.Д.Менделевича

Никакого кризиса в российской наркологии нет. Есть не критическое отношение В.Д. Менделевича к тому, что принято в западных странах и в теоретическом отношении и в отношении практики лечения больных.

1. Рассмотрение наркологических заболеваний как выражение поведенческих расстройств ошибочно. Во-первых, среди зависимых есть слабоумные (ставшие таковыми в результате потребления психоактивных веществ) и значительное число обнаруживающих выраженные психические расстройства различного уровня (патологическое развитие личности вполне сопоставимо с психопатией или просто с расстройством личности). Во-вторых, состояние наркотической интоксикации сопровождается грубыми нарушениями эмоционального состояния, мышления, восприятия внешнего и внутреннего мира (вплоть до экстатических маний). В-третьих, абстинентный синдром также сопровождается грубыми эмоциональными и когнитивными нарушениями, может включать патологические телесные сенсации. В-четвертых, трудно себе представить, как можно состояние помрачения сознания (или расстройство сознания) рассматривать в качестве поведенческого расстройства. В-пятых, патологическое влечение (по терминологии В.Д. Менделевича, аддиктивное влечение) есть прежде всего патология влечения, из которого вытекает соответствующее поведение и все остальное. Считать патологическое влечение поведенческим расстройством нелепо, ибо влечение – не поведение, хотя и обуславливает соответствующие поведенческие стереотипы.

2. Приписывание В.Б. Альтшулеру идеи патологического влечения, которая, по мысли В.Д. Менделевича, и обусловила кризис в отечественной психиатрии, это какое-то недоразумение. Задолго до В.Б. Альтшулера о патологическом влечении под другими названиями писали все, кто изучал алкоголизм и наркоманию.

Вот что писал Ясперс по поводу влечений: «Влечение может превратиться в болезненную страсть (на современном языке в патологическое влечение). Страсти возникают вследствие принятия опьяняющих или наркотических веществ. Настоятельная жажда опьянения – это болезненная страсть". Страсть, по определению психологов, это сильное, стойкое, всеохватывающее чувство, доминирующее над другими побуждениями и приводящее к сосредоточению на предмете страсти всех устремлений и сил человека.

3. Глубоко ошибочно представление В.Д. Менделевича о том, что влечение к

наркотикам и зависимость от них аналогичны зависимости диабетика от инсулина, что единственным побудительным мотивом для употребления наркотика у наркомана является стремление избежать мучительного абстинентного синдрома.

На самом деле, даже во время наркотической интоксикации (наркотического опьянения), когда нет никакой необходимости купировать абстинентный синдром, влечение к наркотику сохраняется и может возрасти. Так возникает часть передозировок. Фактически это вторичное влечение (как и у алкоголиков).

Влечение во время абстинентного синдрома сохраняется и тогда, когда принимается доза, необходимая для купирования болезненного состояния. Больные во время абстинентного синдрома принимают такую дозу наркотика, которая не просто купирует болезненное состояние, а обуславливает возникновение «кайфа», т.е. реализуется потребность в возникновении гипоманиакального или маниакального состояния весьма своеобразной структуры (с изменением восприятия времени, собственного тела, течения мыслей (идеаторными расстройствами)).

В ремиссии, когда нет никаких признаков абстинентного синдрома (воздержание от наркотиков длительностью во много месяцев), влечение сохраняется, по крайней мере, на протяжении полугода, а иногда на протяжении многих лет. Оно возникает спонтанно или по ассоциации, ему иногда предшествуют отчетливые аффективные нарушения и сновидения соответствующего содержания, произвольные воспоминания о перенесенных ранее состояниях наркотической интоксикации.

Таким образом, трактовка влечения к наркотику как выражения стремления избавиться от мучительного абстинентного состояния, однобока, ошибочна и поэтому несостоятельна.

4. Критика В.Д. Менделевичем представления о том, что патологическое влечение является сверхценным образованием, необоснованна. По мнению В.Д. Менделевича, сверхценное образование – это психотическое расстройство. На самом деле, многие психиатры (Бумке, Ясперс, А.Н. Молохов, М.О. Гуревич, И.Ф. Случевский) считали, что сверхценные идеи могут встречаться у здоровых людей. По мнению В.П. Осипова, сверхценные идеи носят реалистический характер, всегда сопровождаются аффектом и исчезают параллельно его ослаблению. Примечательны высказывания С.Ю. Циркина: «Сверхценности как таковые не служат признаком нарушения психической деятельности», «Неадекватное следование сверхценным увлечениям в ущерб другим микросоциальным интересам свидетельствует о не критичности». Сверхценные идеи, по мнению ряда авторов, характеризуются возникновением в связи с реальными фактами (при наркомании реальный факт – патологическое влечение), оформлением в виде понятных представлений (всем окружающим понятно, что алкоголик пьет водку, а наркоман принимает героин потому, что хочет этого), наличием фиксации на устремлениях, опасениях, желаниях, стремлениях (все это и составляет повседневную жизнь наркомана), присутствием кататимных механизмов и яркого аффективного сопровождения (аффективные нарушения постоянны: в опьянении – мания, во время абстиненции – дисфорическая или тревожная депрессия), влиянием на побуждения и действия больного (сверхценные образования определяют поведение больного), стойкостью и длительностью (стойкими являются не только патологическое влечение, но и взгляды больного на потребление наркотиков).

В жизни больного наркоманией (и алкоголизмом) влечение к наркотикам начинает определять его интересы, поступки, образ жизни, отношение к окружающим. Более или менее быстро изменяется иерархия ценностей. Главным

становится удовлетворение потребности в потреблении наркотиков. Все остальные интересы уходят на второй план, а в самых тяжелых случаях полностью угасают. В основе поведенческих актов лежит сверхценное отношение к потреблению наркотиков. Все отрицательные последствия наркотизации (вплоть до возможного смертельного исхода) игнорируются. Фактически формируется другая личность с иной и крайне бедной структурой ценностей и нескритичностью.

5. Ошибочно утверждение В.Д. Менделевича, касающееся трактовки допустимости госпитализации в психиатрический или наркологический стационар в связи с наличием бреда. Бред сам по себе никогда не является показанием для госпитализации. Только опасное для жизни самого больного или окружающих поведение является основанием для недобровольной госпитализации (а также беспомощность или ухудшение состояния при неоказании помощи). Поэтому возникает бред у наркомана или не возникает – никакого отношения к недобровольной госпитализации и ее обоснованию не имеет.

## **Комментарий ряда положений, выдвигаемых Е.А. Брюном**

1. Вряд ли оправдано объединение таких разнородных явлений, как зависимость от химических веществ, с обжорством (не связанным с эндокринологической патологией) и гемблингом. Наркоманом может стать любой, если позволит себе систематически принимать наркотик, а азартным игроком – не каждый (среди гемблеров тревожных ладей практически нет). Создание аддиктологии было продиктовано стремлением объяснить разнородные по патогенезу явления с психологических позиций. С психологических позиций можно даже бред преследования объяснить как выражение гомосексуальных проявлений (точка зрения Фрейда). Это все означает стремление игнорировать биологическую и социальную составляющую болезней зависимости. Гемблерами легко стать в стране, где желательно жить на халяву, где «дураков работа любит», где «работа не волк – в лес не убежит». Поэтому оказалось, что при существующей системе ценностей треть населения Москвы – потенциальные гемблеры.

2. «Заболевания, связанные с зависимостью» – это не единый болезненный процесс. Это разные по патогенезу процессы, при которых общим является патология влечений. Но ведь патология влечений бывает при эндокринологических заболеваниях, во время беременности, при некоторых органических поражениях мозга. Нельзя все это объединять.

Применительно к большинству алкоголиков и наркоманов нельзя говорить о дизонтогенезе. Психический дизонтогенез – это нарушение развития на каком-либо этапе онтогенеза, это «патология психического развития с изменением последовательности, ритма и темпа процесса созревания психических функций».

Генетическая предрасположенность к болезням зависимости – в значительной мере мифическая категория. Предрасположены все. Вряд ли существует человек, который годами может злоупотреблять алкоголем, постоянно употребляя большие дозировки алкоголя и у которого не сформируется зависимость. При злоупотреблении опиатами все произойдет весьма быстро. Просто одним для формирования зависимости требуется пьянствовать 1-3 года, другим – 10-15 лет. Если же алкоголизм сформируется к 50 годам, после 30-летнего пьянства, то вряд ли

можно говорить о генетической предрасположенности (скорее ее в этом случае нет).

3. Патологическое влечение не содержит в своей структуре патологию мышления, патологические телесные сенсации, патологические аффекты (в том числе бредового, психотического уровня). Патологическое влечение – это всего лишь влечение, определяющееся необходимостью удовлетворить возникшую потребность в приеме психоактивного вещества. Другое дело, что оно порождает аномальные формы поведения. Влечение, равно как и патологические телесные сенсации, нарушения восприятия времени и пространства, когнитивные нарушения является следствием патологии мозга. Нельзя выводить бред из влечения, равно как нельзя выводить один психотический симптом из другого (бред ошибочно выводить из галлюцинаций, галлюцинации из патологии восприятия пространства, телесные сенсации – из патологии аффекта). Выведение одного психопатологического симптома из другого неправомерно.

4. То, что трактуется М.А. Михайловым как бред, вызывает сомнение. Достаточно задать вопрос – какая форма бреда (преследование, величие, ипохондрия, постороннее воздействие и т.д.) – и станет ясно, что ответить будет трудно. Отсутствие критики – это еще не бред. Бред предполагает неадекватную оценку своего положения в мире, ситуации в целом, игнорирование жизненного опыта и накопленных знаний. Ничего этого нет. Кроме того, бред (даже чувственный) существует достаточно долго, а здесь речь идет максимум о часах. Если речь идет об интоксикации, можно говорить о ее психотическом варианте. Если же речь идет об абстинентном синдроме, то всю симптоматику нельзя выводить из влечения. Все болезненные проявления, как бы их ни трактовать, являются проявлением патологии мозга (и влечение, и иная психическая и соматоневрологическая симптоматика).

5. Реальная мера профилактики злоупотребления наркотиками – государственные мероприятия, направленные на ограничение их доступности. Если это сделать невозможно (в СССР это было возможно), то тогда можно тешить себя надеждой, что социо-терапевтическая интервенция способна что-то существенно изменить.

6. Ответ на вопрос, чем бы болел больной наркологического профиля, если бы в мире не было психоактивных веществ, очень просто получить. Надо обследовать староверов, которые генетически ничем не отличаются от большинства населения, но не курят, не пьют, не злоупотребляют психоактивными веществами. Сразу же обнаружится, что продолжительность жизни у них большая, что неврозы редки, а наследственные заболевания встречаются с той же частотой, что и у остального населения (речь идет о шизофрении и аффективных заболеваниях).

Вообще, такая постановка вопроса предполагает, что зависимый от алкоголя и наркотиков человек, и до начала злоупотребления психоактивными веществами отличается некоторой неполноценностью. Так думали в XIX и в начале XX века («алкоголиками рождаются»). Это глубокое заблуждение. Прав был Ганнушкин, который полагал, что нельзя не учитывать распространенность патологии. Если в России число наркоманов измерялось 15-20 тысячами, то среди них, конечно, было много аномальных личностей, а когда счет идет на миллионы, то удельный вес аномальных личностей становится ничтожным.

## Комментарии ряда положений, выдвигаемых Ю.П. Сиволапом

1. Применение нейролептиков (антипсихотиков) или отказ от них должны обосновываться не абстрактными соображениями о действии этого класса препаратов, а наличием или отсутствием эффективности их назначения при лечении больных наркоманией. Неверно, что нейролептики должны применяться только при наличии бредовой и галлюцинаторной симптоматики. Сероквель, например, эффективен при лечении больных с обсессивно-компульсивными расстройствами. Галоперидол эффективен при купировании гипертимных состояний. Что касается эффективности применения нейролептиков при лечении больных наркоманией, то, конечно, можно легко обойтись без большинства из них при купировании абстинентного синдрома у опийных наркоманов, но они весьма эффективны в постабстинентном состоянии, когда необходимо уменьшить интенсивность патологического влечения и устранить проявления дисфорической депрессии. Назначение антипсихотиков, как и любых других препаратов, обосновывается не наличием или отсутствием бреда у больных опийной наркоманией, а облегчением тягостного состояния, сопровождающегося нарушениями сна, аффективными расстройствами.

2. Странным выглядит утверждение, что больные наркоманией критичны. Достаточно выяснить истинные мотивы госпитализации больных опийной наркоманией, зависимостью от стимуляторов, чтобы сразу стало ясно, что подлинными мотивами преимущественно бывают обстоятельства, вынуждающие больных стационарироваться (угроза лишиться семьи, работы, отсутствие средств для покупки наркотиков, угроза судебного преследования и т.д.). Кроме того, большая часть больных наркоманией вообще никогда не госпитализируется, продолжая злоупотреблять на протяжении многих лет психоактивными веществами. О какой критике можно говорить, если больной перечисляет всех погибших приятелей-наркоманов, сообщает о том, что пережил много «передозировок», уверяет, что решил лечиться и тут же по телефону просит принести ему в клинику «дозу»? Большинство заявлений о желании лечиться – или пустые декларации или вынужденные обстоятельствами высказывания, цель которых оправдать госпитализацию. Некоторые вообще госпитализируются только для того, чтобы «омолодиться», т.е. получать удовольствие от употребления меньших доз наркотика.

3. Все рассуждения об этике, атмосфере в клинике, привлекательности лечения вряд ли имеют какое-либо отношение к реальным возможностям изменить положение в стране с пьянством и злоупотреблением наркотиками. Даже если создать 100 000 дополнительных «идеальных» мест в «идеальных» стационарах для больных алкоголизмом и столько же для больных наркоманией, это ничего существенно не изменит. Койки для больных алкоголизмом будут пустовать, а койки для больных наркоманией, поскольку их оборот будет очень незначительным, ситуацию не изменят. В стране не 15-20 тысяч наркоманов (как было в СССР), а миллионы. Реальная помощь им может быть оказана только путем пресечения доставки наркотиков в страну. Пока этого нет, все рассуждения о том, что надо быть гуманистами, не нарушать биоэтику, останутся пустыми разговорами.

4. Что считать проявлением профессиональной непригодности – оставление некритичного больного без помощи или стремление привлечь больного к лечению? Когда говорят о недобровольной госпитализации, исходят из

того, что в ряде случаев она необходима, чтобы предотвратить ухудшение здоровья больного или его смерть. При чем здесь наличие или отсутствие бреда. Элементарные представления о врачебной этике не предполагают безразличное отношение к судьбе больного. А ведь отказ от недобровольной госпитализации тогда, когда она необходима, фактически означает неоказание помощи больному человеку. В этом вопросе Е.А. Брюн абсолютно прав.

5. Совершенно неверно, что модель «понуждения» не доказала свою эффективность. Доказала и это было убедительно продемонстрировано в ряде публикаций. Достаточно вспомнить результаты даже весьма несовершенно организованного в СССР принудительного лечения больных алкоголизмом. Те, кто находились в ЛТП, воздерживались от потребления алкоголя намного дольше тех, кто продолжал пьянствовать. Конечно, эффективность лечения наркоманов ниже, чем больных алкоголизмом. Если не нравится термин «понуждение», можно найти другой, не оскорбляющий слуха господина Сиволапа, но суть дела это не меняет. Никто не считает врагами больных, и никто не рассматривает недобровольную госпитализацию в качестве наказания. Все рассуждения на эти темы – не более, чем словесные упражнения, к тому же не очень удачные.

6. Странным выглядит упоминание о курении, от которого трудно избавиться. Курение от опийной наркомании отличается, прежде всего, не нейробиологическими и психологическими механизмами, а отсутствием деградации личности. Это принципиально отличает курильщика табака от опийного наркомана.

7. Все советы-призывы не использовать нейролептики основаны не на реальных фактах, а на придуманных обстоятельствах. Конечно, специально вызывать тяжелую нейролепсию не следует, можно использовать препараты, которые лишены (или почти лишены) таких побочных эффектов. Если кто-то лечит не так, как следует, то надо обращаться не с советами-призывами, а с полезными рекомендациями. В публикации господина Сиволапа их не видно.

Может быть, подспудно имеется в виду, что лучше всего вместо «отвратительных нейролептиков», которые вызывают заторможенность, слюнотечение и поражение печени, рекомендовать больным прием наркотиков? Тогда так и надо написать.

8. Все, что написано о лжи, недобросовестности, не подкреплено никакими фактами. Все знают и не нуждаются в напоминании, что наркомания тяжелое заболевание. Все территории показывают результаты лечения, регистрируя длительность ремиссий. Если все лгут и зарабатывают на обмане, то как объяснить примерное сходство результатов лечения на разных территориях? Неужели все врут по предварительной договоренности?

9. Всё, что написано об учете больных, демонстрирует, как это ни печально, полный отрыв господина Сиволапа от реальности. До тех пор пока существует запрет на занятие некоторыми видами деятельности, учет необходим. Хотелось бы господину Сиволапу лететь в самолете, пилотируемом наркоманом или ехать в автобусе, за рулем которого накурившийся гашишем наркоман? Думаю, что нет. Остальным гражданам страны такая перспектива тоже вряд ли понравится. При всем несовершенстве учета без него пока никак не обойтись.

## Комментарии к позиции М.Л. Злобина относительно возможности недобровольной госпитализации лиц, страдающих наркотической зависимостью

1. Позиция М.Л. Злобина в принципе не отличается от позиции В.Д. Менделевича и ряда других специалистов. Все сводится к тому, что надо повторить опыт западных стран, то есть давать наркотики наркоманам, чтобы сократить криминальную активность. При этом игнорируется главное отличие ситуации в западных странах и в России. В стране, где коррупция признана одним из главных препятствий для улучшения жизни, надеяться на то, что можно безболезненно использовать опыт так называемой поддерживающей терапии, не приходится. Фактически создаются условия для торговли наркотиками в рамках якобы оказываемой помощи больным. Что удалось доказать в других странах? Ясно, что героин, изготовленный в лаборатории, лучше, чем уличный героин, что небольшая доза наркотика менее опасна, чем большая. Это и без такого опыта ясно. Конечно, больные, получив доступ к наркотику, меньше воруют в течение какого-то времени. А что с их здоровьем? Располагает ли автор данными о средней продолжительности жизни лиц, получающих определенные дозы героина (метадона, бупренорфина) по сравнению со средней продолжительностью жизни тех, кто прекратил прием наркотика? Если не располагает, то как должен себя чувствовать врач, знающий, что он укорачивает жизнь своих пациентов (при этом они довольны и не воруют), рекомендуя ежедневно или раз в несколько дней принимать наркотики.

2. Надежда на то, что гуманизация помощи что-либо изменит, вряд ли можно как-то обосновать. В условиях свободного доступа к наркотикам все усилия по сокращению распространенности наркомании почти ничего не дают и дать не могут. Надежда не на какие-то изменения в отношении к больным, а на государственные мероприятия, которые реально могут изменить ситуацию в стране. Конечно, никого не надо устрашать и стигматизировать.

3. Сроки пребывания наркомана в стационаре не выдуманы. Это известно со времени Крепелина (у него больные находились в стационаре 6 месяцев). Это же подтвердили проведенные в России исследования и опыт работы реабилитационных центров. Обычно влечение к опиатам угасает в течение 6 месяцев, во многих случаях – в течение года. Другое дело, что длительное лечение (реабилитацию) невозможно осуществить при наличии огромного числа больных наркоманией и при существующем законодательстве. Что касается данных Канторовича, то они приведены так, что могут вызвать только сомнения. Что такое «хорошие результаты», «удовлетворительные», каков срок наблюдения? После переезда в Среднюю Азию Канторович никому лечение наркотиками не назначал. Обходились в СССР без «лечения» наркотиками и больные были благодарны. Мнение об отказе от недобровольной госпитализации исходит не из реально существующей ситуации, а из стремления повторять рекомендации западных стран. Поэтому у нас и возникают дикие формы «помощи» больным с приковыванием их наручниками к кроватям.

4. Вызывают лишь недоумение рассуждения о табакокурении. У курильщиков табака не возникает деградация личности. Конечно, плохо, что люди доводят себя до тяжелых заболеваний и смерти с помощью табака. Но они не обнаруживают признаков психической деградации и поэтому в отношении них не могут применяться меры, рекомендуемые для лечения опиоманов. Именно глубокие изменения личности и отсутствие критики позволяют ставить вопрос о

недобровольной госпитализации.

5. Все рассуждения о юридической обоснованности или необоснованности недобровольной госпитализации больных наркоманией (равно как и о принудительном лечении по постановлению суда) выглядят неубедительными. Закон написан так, что легко обосновать необходимость госпитализации и столь же легко доказать обратное. С одной стороны, имеются глубокие изменения личности, некритичность и опасность для жизни наркомана (значит, возможна госпитализация), с другой – нет бреда, галлюцинаций (значит, нельзя госпитализировать). Поэтому давно уже пишут и говорят о необходимости введения в действие закона об оказании наркологической помощи или внесения соответствующих изменений (статей) в действующий закон об оказании психиатрической помощи. Юридическая сторона оказания помощи больным наркоманией, а также ряд вопросов вменяемости/невменяемости, дееспособности/недееспособности, разработана недостаточно. Это касается, прежде всего, больных наркоманией, в том числе с психотическими транзиторными расстройствами, но и больных алкоголизмом.

6. Из текста трудно понять, что такое «репрессивные подходы» и что такое «гуманистический прагматизм». Если репрессиями называется спасение больных от смерти, это странно. Если гуманистический подход состоит в бесплатной выдаче наркотиков, то это называется иначе. При такой гуманизации наркологической помощи скоро встанет вопрос о целесообразности лечения больных алкоголизмом водкой (лучше, чем политура; не придется клянчить деньги или подворовывать). Очень этого не хотелось бы.