

*«Замечания по поводу точки зрения В.Д.Менделевича и некоторых др.авторов».*

*Кожина Т.А.*, к.м.н., вед.н.с. отделения психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития

«Никакого кризиса в российской наркологии нет. Есть не критичное отношение В.Д.Менделевича к тому, что принято в западных странах и в теоретическом отношении и в отношении практики лечения больных...» (проф., д.м.н А.Г.Гофман).

На настоящем этапе оживление и активизация интереса к вопросу оказания помощи лицам с наркотической зависимостью связана со все возрастающей необходимостью принятия радикальных мер по борьбе наркоманией и незаконным оборотом наркотиков в России, принимающим характер эпидемии и приводящим к «вырождению нации». Главный специалист нарколог Минздравсоцразвития РФ д.м.н. Е.А.Брюн при поддержке ведущих специалистов в данной области выступает с инициативой о внедрении «недобровольной госпитализации» наркологических больных (в первую очередь, больных наркоманией). К огромному сожалению, это встречает ярое сопротивление и несогласие у сторонников «доказательной медицины», яркими представителями которых являются г-н В.Д.Менделевич, Ю.П.Сиволап и др.. Создается впечатление, что прикрываясь идеями гуманности и конституционными правами граждан, опираясь на безграмотность широких масс в вопросах психопатологии наркоманий, привлекается внимание общественности, намеренно искажаются принципы и тактика лечения. Все это делается вместо того, чтобы, опираясь на трезвый подход и здравый смысл, попытаться найти свой путь решения проблемы (учитывая многовековые традиции, культуру и особенности социально-политической системы). Подспудно высококвалифицированные специалисты пытаются лобировать внедрение

метадоновой программы лечения больных наркоманией. Совершенно под иным, искаженным углом зрения преподносятся высказывания специалистов-наркологов, что приводит к недоразумениям и, в конечном итоге, к пустому рассуждательству, вместо реальной работы и помощи пациентам, страдающим смертельным недугом. Ни о каком «пересмотре теории и практики современной психиатрии» не идет речи. Есть попытки представителей «доказательной медицины» в соответствии с классификацией МКБ-10 (не самый совершенный вариант классификации) рассматривать наркологические заболевания как выражение поведенческих расстройств. Т.е., вопреки профессиональному взгляду (подчеркиваю, совсем не из-за заблуждений специалистов высшего уровня) имеет место попытка представить обществу больного наркоманией как человека с полной критикой, свободно и разумно принимающего решения и отвечающего за свои поступки. Г-н В.Д.Менделевич и др. прекрасно осведомлены, что группа экспертов ВОЗ еще в 1957 г. определила наркоманию, как **«состояние эпизодического или хронического отравления, вызванного повторяющимся введением наркотика»**. Комитет экспертов ВОЗ различает в наркомании, как болезни, две разновидности состояний – **зависимость и привыкание**. Соответственно, проблему требующую решения, определяет **зависимость** (пояснения для обывателя, а не для профессионалов). **Зависимость характеризуют:**

**1) Сильное желание или непреодолимая потребность (навязчивое состояние) дальнейшего приема наркотика, а также попытки получить его любой ценой.** Непреодолимая потребность (навязчивое состояние) - в данном случае имеется ввиду патологическое влечение к наркотику, является основным, неотъемлемым симптомом заболевания. Неубедительной выглядит критика В.Д.Менделевича представления о том, что патологическое влечение является сверхценным образованием. В жизни больного наркоманией (алкоголизмом) на определенном этапе влечение начинает определять весь образ жизни, поступки, желания и устремления,

отношение к миру и окружающим, ставя наркотик на высшую ступень пьедестала в иерархии ценностей. В основе поведенческих стереотипов, лежит сверхценное отношение к потреблению наркотиков, сопровождающееся выраженным аффективным компонентом (от мании в интоксикации до дисфории и глубокой депрессии с суицидальными тенденциями в абстиненции), влиянием на побуждения и действия больного. Все это приводит к совершению различных правонарушений (кражи, убийства, ДТП), следствием которых подчас является смерть других людей (следует отметить, что право каждого на жизнь и здоровье гарантируется Конституцией РФ). Все отрицательные последствия наркотизации, вплоть до возможного смертельного исхода самого больного, игнорируются. По мнению большинства психиатров, формируется патологическая личность с крайне бедной структурой ценностей (в угоду наркотизации игнорируются интересы семьи, собственных детей, всего общества в целом) и некритичностью. Заболевание при отсутствии наркотика подвергается обратному развитию в случае угасания влечения. Если сознательно давать больному наркотик (в рамках предлагаемой метадоновой программы), это значит заранее приговорить его к дальнейшему развитию исходных стадий заболевания, к морально-нравственной и физической смерти.

**2) Тенденция увеличения дозировки по мере развития зависимости.** Одним из стержневых симптомов заболевания является рост толерантности, или устойчивости к количеству потребляемого вещества, что приводит к возрастанию дозы наркотика. Попытка выдачи контролируемой дозы наркотика (принцип метадоновой программы) не приведет к остановке на этой дозе, т.к. это противоречит всем механизмам развития, патогенеза болезни и является попросту утопией. В любом случае сохраняется вероятность приобретения и потребления уличных наркотиков и это, неизбежно, будет приводить к «срыву» и выходу пациента из программы, как это часто происходит в настоящее время при проведении любой из реабилитационных программ. Г-н Менделевич В.Д. прекрасно понимает это

и, есть основания полагать, деликатно и виртуозно уходит от обсуждения этого симптома заболевания, переключая внимание собеседника на обсуждение других проблем.

**3) Психическая (психологическая или эмоциональная) зависимость от эффекта наркотиков.** Не думаю, что правомерна попытка, представить влечение и зависимость к наркотикам как аналогичную зависимость диабетика от инсулина. У наркомана присутствует не только стремление избежать мучительного абстинентного синдрома, как полагает В.Д.Менделевич (слишком высок уровень профессионализма). Любой даже начинающий ординатор знает, что даже во время наркотического опьянения, когда нет никакой необходимости купировать абстинентный синдром, влечение к наркотику сохраняется и даже возрастает. Это может приводить к передозировкам и летальному исходу, что не пугает наркомана и к чему он относится без критики, демонстрируя отсутствие инстинкта самосохранения. Это свидетельствует о болезненности состояния, и действия медиков, направленные на оказание помощи, не исключено, могут быть оправданы содержанием статьи 29 «Закона о психиатрической помощи..» - («...оставление без медицинской помощи...»). Влечение во время абстинентного синдрома сохраняется и тогда, когда принимается доза, которая способна купировать соматоневрологические признаки болезненного состояния. Принимается доза, которая не просто устраняет болезненные признаки, а обуславливает возникновение «кайфа». Таким образом, трактовка влечения к наркотику представителями «доказательной медицины» однобока и несостоятельна в профессиональном плане.

**3) Губительные последствия для личности и общества.** Один из крупнейших американских специалистов по наркоманиям А. Wikler еще в 1953 г. писал, что наркомания - это состояние, при котором поведение индивида определяется необходимостью приема химического агента, что приносит вред индивидууму и обществу. Разрешите не приводить статистику, т.к. по этому поводу уже давно организуются многочисленные

обсуждения, проводятся международные конференции, в т.ч. с участием зарубежных специалистов. Делается именно для того, чтобы спасти все общество, находящееся на грани катастрофы по показателям распространенности наркоманий и тяжести их последствий в РФ (ужасают цифры как официальной статистики, так и другие – в несколько раз большие неофициальные показатели).

Конечно, если говорить о законодательстве, обеспечивающем реализацию принципа недобровольной госпитализации на основании требований «закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в отношении наркологических больных, несомненно, требуются доработки и недвусмысленность трактовок, которые должны быть четко прописаны либо в виде дополнений, либо в новых законодательных актах. И если отвечать г-ну В.Д.Менделевичу на вопрос «на основании каких клинических критериев главный нарколог причисляет наркоманию как таковую к психическим расстройствам психотического регистра, а не к поведенческим расстройствам, как это принято в клинической психиатрии», можно напомнить (видимо, подзабытые в суете сверхценной увлеченности идеями возможного внедрения метадоновой программы в России) следующее. Не следует подменять понятий, ссылаясь на принцип современной классификации болезней (повторюсь, не самый совершенный), где практически все упирается в сидромальную диагностику и, по существу, игнорируется нозологический подход. Так можно договориться и до того, что симптоматику обычного гриппа можно уложить в рамки синдрома опийной отмены. Еще никто не отменял классических принципов понимания патогенеза болезней зависимости, которые приводят к формированию болезненной личности (в том числе и вследствие токсической энцефалопатии), с иными ценностями, установками, когнитивными нарушениями, в том числе, с возникновением токсических психозов (сюда следует отнести и манию – «состояние весьма своеобразной структуры», протекающую, порой, с изменением восприятия времени, пространства,

собственного тела, разнообразными телесными ощущениями), идеаторными расстройствами, а также тяжелые депрессии, нередко с суицидами во время абстинентного синдрома во II стадии заболевания (они также рассматриваются как психотический уровень психических расстройств), с отсутствием критики к своему состоянию.