

АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ ТЯЖЕСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ НАРКОМАНИИ С ПОЗИЦИИ ОБОСНОВАННОСТИ
ПРОЦЕДУРЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В.Д.Менделевич

Казанский государственный медицинский университет

Проблема экстраполяции правовых норм и положений Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [8] (далее - *Закон*) на наркологическую патологию обсуждается в российской психиатрии уже на протяжении более чем десятка лет [20, 23]. Это связано с широким распространением наркологических расстройств и увеличением их представленности в структуре общественно-опасных действий (ООД), совершаемых лицами с психическими и поведенческими расстройствами. Если в 2007 году доля преступлений, совершенных наркологически больными в структуре преступности при всех психических и поведенческих расстройствах составляла 18,5%, то в 2009 - уже 20,2% (NB: на ООД больных наркоманиями приходилось 0,9%) [11].

Вопрос о расширении сферы действия ст.29 *Закона*, посвященной одной из наиболее острых тем - процедуре недобровольной госпитализации - поднимался как юристами, так и медиками [20, 23]. Предлагалось даже создание отдельного закона, посвященного наркологическим расстройствам [6]. Однако большинство ученых и практиков склонялись к необходимости совершенствования действующего *Закона* с более тщательной разработкой вопросов, связанных с правовыми аспектами оказания наркологической помощи. Особенно это касалось статей *Закона*, посвященных процедурам недобровольной госпитализации (ст.29), согласия и отказа от лечения (ст.11, ст.12), обеспечения безопасности при оказании помощи (ст.30), освидетельствования (ст. 23, ст.24), диспансерного наблюдения (ст.27), сохранения врачебной тайны (ст.9), соблюдение прав пациентов (ст.5, ст.37). В настоящее время статьи *Закона* распространяются на все психические и

поведенческие расстройства, и априори на приравненные к ним наркологические.

Наркологические расстройства традиционно относят к психическим расстройствам, и поэтому в *Законе* нет специального их выделения. Однако, отечественные наркологи признают нозологическую специфичность наркологических расстройств и выделяют такие клинические симптомокомплексы как синдром зависимости (патологического влечения к наркотикам), абстинентный синдром, синдром психической деградации, синдромы нарушения самосознания и сознания болезни, изменения толерантности [1], однозначно признавая их психопатологическими [2, 4, 5, 22].

В последнее время дискуссия в отечественной наркологии обострилась в связи с законодательными инициативами руководства отрасли [3, 4]. Новые предложения по расширению спектра действия статей *Закона*, в частности статьи 29 о недобровольной госпитализации, основываются на оригинальных теоретических воззрениях авторов, в частности, о том, что «наркологическое заболевание - это третье эндогенное заболевание» и о том, что «влечение [к наркотикам] - это бредовый синдром» [3, 4, 12]. Несомненно, авторы инициатив понимают, что и сегодня *Закон* позволяет использование недобровольной госпитализации в отношении больных наркоманией, но, видимо, их не устраивает, что ни клинические, ни юридические основания ст.29 не позволяют в массовом порядке проводить госпитализацию, реализуя стратегию обозначенную термином «социальный прессинг» [3, 4]. В настоящее время применение ст.29 *Закона* в РФ в отношении наркологических больных является крайне редким, казуистическим явлением. Именно этот факт не удовлетворяет разработчиков новых инициатив, сутью которых является упрощение процедуры недобровольной госпитализации и расширение числа наркозависимых, которых с помощью медико-правовой меры предлагается изолировать от общества.

В связи с вышеперечисленными фактами появилась необходимость заново проанализировать основополагающие *клинические и юридические критерии*

применения в условиях наркологической патологии положений ст.29 *Закона* о недобровольной госпитализации. В настоящее время как по вопросам клинической квалификации психопатологических расстройств в структуре наркологических заболеваний, так и по вопросам оценки критериев социальной опасности пациентов обнаруживаются принципиально различные позиции [4, 6, 7, 13].

Если обратиться к оценке **клинических оснований** для применения ст. 29 *Закона*, то известно, что в качестве психопатологического состояния, подпадающего под ее действие, указаны только «тяжелые психические расстройства». В комментариях к Закону С.В.Бородин и В.П.Котов [8] отмечают, что «тяжесть психического расстройства определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденной умственной отсталости, приобретенного слабоумия, выраженных изменений личности)». Несомненно, при наркоманиях возможны психотические расстройства, приобретенное слабоумие и выраженные изменения личности. Однако, необходимо учесть, что острые психозы, например при опиоидной зависимости, рассматриваются в качестве редкого осложнения [19]. Даже при алкоголизме их частота не превышает 5% [14]. По данным официальной статистики за 2010 год [14], распространенность психотических расстройств среди госпитализированных больных наркоманией составила 1,23 на 100 тыс. населения (в то время как при алкоголизме - 86,6).

Следовательно, можно утверждать, что при выдвижении новых законодательных инициатив [3, 4, 5] упор делался не на традиционном избирательном и дифференцированном подходе к оценке тяжести психических расстройств, а на иных основаниях, в частности, на обобщенном признании наркомании «тяжелым психическим заболеванием» вне зависимости от психопатологической оценки состояния конкретного пациента в конкретный период времени.

Судя по мнению Е.А.Брюна и его коллег [3, 4, 12], *причисление наркомании к тяжелым психическим расстройствам строится на позиции о том, что*

облигатный признак, клинический синдром наркомании - влечение к наркотику - признается бредовым синдромом. Т.е. вне зависимости от наличия иных расстройств в структуре наркологических заболеваний оно фактически причисляется к психотическим. Именно поэтому авторы считают допустимым применение недобровольной госпитализации по отношению к больным наркоманией даже вне обнаружения у них иных психотических расстройств или слабоумия.

Некоторые авторы [7], оппонировавшие Е.А.Брюну по вопросу признания влечения бредом, убеждены, что ст.29 *Закона* «дает основания для применения процедуры недобровольной госпитализации в отношении наркозависимых с помещением их в психиатрический или наркологический стационар... [в случаях]... обнаружения выраженных изменений личности».

Отметим, что авторы, ведя речь о недобровольной госпитализации больных наркоманией указывают на наличие данных расстройств как на широко представленные в клинической картине (т.е. типичные признаки болезни), а не являющиеся как, например, психозы, исключением. Справедливости ради, следует отметить, что, например, В.Я.Евтушенко [7] указывает, что недобровольная госпитализация уместна и законна лишь у тех больных наркоманией у которых «обнаруживаются выраженные изменения личности». Данный пункт дискуссии требует, с нашей точки зрения, уточнений психопатологических понятий для исключения ошибок и злоупотреблений при применении статей *Закона*.

Под словосочетанием «изменения личности» традиционно в психиатрии понимается либо личностное расстройство (в старом понимании — психопатические или психопатоподобные симптомокомплексы), либо интеллектуально-мнестические нарушения. Исходя из логики ст.29 *Закона*, в котором последовательно перечислены такие расстройства как психозы, деменция и изменения личности, можно предполагать, что речь идет о трактовке изменений личности как личностных расстройств.

Личностные расстройства в психиатрии расцениваются однозначно как

нарушения непсихотического уровня [24]. Следовательно, пациенты с личностными расстройствами не подпадают под действие ст.29 Закона, в котором идет речь о «выраженных изменениях личности», которые должны в таком случае носить психотический характер. Необходимо иметь ввиду, что понятие «глубокая психопатия» понятие относительное и не содержится ни в одной классификации [25], и в данном разделе психиатрии отсутствуют четкие клиничко-диагностические критерии, позволяющие дифференцировать и однозначно определять уровень (выраженность, тяжесть) личностных изменений. Следовательно, *дух Закона предполагает, что применение ст.29 возможно в исключительных случаях, когда личностные расстройства сопровождаются психотическими симптомами.* Именно в таком случае личностные расстройства допустимо обозначать выраженными, глубокими или тяжелыми.

В рамках последствий наркотизации и формирующихся изменений личности М.Л.Рохлина и А.А.Козлов [17] выделяют такие феномены как «интеллектуально-мнестическое снижение транзиторного характера», «органическое снижение уровня личности с десоциализацией», «психопатоподобные нарушения», «морально-этическое снижение». Авторы описали характерный тип изменений личности, обозначенный «наркоманической личностью». Типичными чертами поведения и реагирования таких больных они назвали «эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, непоследовательность, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций, показную уверенность в себе и наряду с этим стремление избежать ответственности, желание обвинять в своих неудачах окружающих, склонность к тунеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость по отношению к близким, непристойные, грубые выходки, развязность, отсутствие чувства дистанции, притупление родительского долга, в том числе утрату материнского инстинкта, притупление профессионального долга». Ни один из перечисленных феноменов не может быть отнесен к психотическим или дементным. Кроме того, проблематичным

представляется оценка выраженности каждого из перечисленных феноменов, а «нравственно-этическая деградация наркомана - понятие очень неясное и относительное» и что, возможно, «имеет место субъективная оценка наркомана как человека, страсть которого предосудительна» [16].

По мнению В.В.Чирко и В.В.Кузнецовой [21], наркомания, как правило, определяет трансформацию «личностных сдвигов» от «эндоформного (шизоформного) апатико-абулического личностного регресса» до нарастания «наркоманического дефекта» вплоть до «органического слабоумия».

Таким образом, основополагающим вопросом в плане поиска научных обоснований применения к больным наркоманией недобровольной госпитализации становится вопрос о том, каковы клинико-диагностические критерии выраженных (глубоких) изменений личности, определяющих психотический уровень психических расстройств?

Считается, что подобное может возникать в случаях декомпенсации личностных расстройств в условиях действия субъективно значимой для личности психотравмы, т.н. «динамических сдвигов психопатии», [24]. При этом, диагностически значимым признаком называется появление *«кратковременных болезненных расстройств психической деятельности»*, реактивных психотических состояний. По данным исследований, чаще это наблюдается при доминировании паранойяльного личностного радикала [25], тогда как при обнаружении других радикалов подобное является редкостью.

Таким образом, психотический уровень психических нарушений при личностных расстройствах должен характеризоваться новым качественным сдвигом с появлением уже не стойких поведенческих, а кратковременных психотических (реактивных) расстройств. Принципиально важным диагностическим подходом при этом является «соотнесение индивидуально-личностных особенностей пациента с конкретной ситуацией деяния [или угрозы деяния]» [15]. В условиях наркологического заболевания, к примеру, наркомании это может выглядеть следующим образом. У пациента в период абстиненции возникает влечение к наркотикам и формируется осознание

потребности принять наркотическое вещество. Ситуация же может создавать преграды на пути удовлетворения данной потребности. В случае витального характера влечения поведение пациента может приобрести общественно-опасный характер. Пациент, к примеру, может угрожать суицидом или убийством. Вопрос заключается в том, позволительно ли квалифицировать состояние такого наркологического больного как психотическое на базе выраженных изменений личности и применить по отношению к нему ст.29 *Закона*? Или же его (состояние) следует признать дезадаптивной реакцией пациента с личностными расстройствами, не достигающей уровня психоза, на которое не распространяется действие ст.29?

Описанный пример потенциальной опасности наркологически больного не является частым для клиники наркомании феноменом, и возможно в описанном случае можно рассматривать недобровольную госпитализацию как допустимую, но необязательную меру (в случае, если доказано наличие клинического критерия - «тяжелого психического расстройства» в виде психоза). В связи с этим, можно согласиться с мнением А.Г.Гофмана [6] о том, что «опасность для жизни больного – серьезное основание для недобровольной госпитализации», хотя только в случае обнаружения клинических признаки психоза или слабоумия. Однако следует признать противоречащим *Закону* позицию того же автора о том, что «человек, не страдающий психозом, но пытающийся покончить с собой, может быть госпитализирован [в психиатрический стационар] без его согласия». Это явно ошибочное мнение.

Обратим внимание на то, что инициаторы широкого недифференцированного внедрения недобровольной госпитализации для больных наркоманией больше склоняются не к использованию критерия активной или пассивной опасности пациента, а к использованию других **юридических критериев**, изложенных в ст.29 *Закона*. Е.А.Брюн, в частности, ориентируясь на пункт «в» ст.29 *Закона*, утверждает, что недобровольная госпитализация возможна в случаях обнаружения у пациента «существенного вреда... здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо

будет оставлено без психиатрической помощи» [3]. Некоторые другие авторы считают, что для применения недобровольной госпитализации наркологически больных подходит основание, прописанное в статье 29, пункт «б». В этом пункте речь идет о критерии беспомощности.

Хочется напомнить, что беспомощность описывается как «неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности... [что обуславливает] отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр.». В ст. 29 Закона недвусмысленно указано, что данный пункт применим лишь к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами.

Наркологическое расстройство вне психоза, слабоумия или выраженного изменения личности не может рассматриваться как психическое состояние, удовлетворяющее критериям «беспомощности» или «существенного вреда... при оставлении без психиатрической помощи». Пациенты не утрачивают способности удовлетворять основные жизненные потребности даже в состоянии опьянения, поскольку критерий беспомощности не рассматривается в случае кратковременности проявлений. Кроме того, парадоксально, что в условиях действия отечественных стандартов лечения наркологических расстройств существенный вред может быть нанесен как раз терапией с использованием нейролептиков для купирования аддиктивного влечения, а не оставлением больного без психиатрической помощи [18].

Таким образом, анализ научной обоснованности предложений по расширению показаний для недобровольной госпитализации наркологических больных позволяет признать необоснованными предложенные некоторыми авторами [3-7] клинические критерии и трактовку юридических положений ст.29 Закона. Несомненно, у наркологических больных могут возникать т.н. тяжелые психические расстройства (психозы, слабоумие, выраженные изменения личности), и их позволительно применять в индивидуальном порядке для аргументации недобровольной госпитализации в случае наличия

юридического критерия («а», «б», «в»). Однако попытки расширить клинические показания за счет признания влечения к наркотикам бредом или субъективным преувеличением выраженности изменений личности у наркологических больных следует признать ошибочными.

Отталкиваясь от научной позиции о том, что аддиктивное влечение является не психопатологическим, а вторичным поведенческим расстройством [9, 10], позволительно провести параллель между оценкой психического состояния наркологических больных и состоянием лиц с сексуальными расстройствами (парафилиями). Это сравнение, с нашей точки зрения, корректно, поскольку аддиктивное и сексуальное влечение сходны по механизмам их формирования - и то, и другое основано не на психопатологическом этиопатогенезе, а на метаболическом и нейробиологическом. Известно, что недобровольная госпитализация не может быть применена к больным с парафилиями даже в случаях общественной опасности пациентов. По аналогии можно говорить о неправомерности применять недобровольную госпитализацию по отношению к лицам с наркотической зависимостью вне психоза и слабоумия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альтшулер В.Б. Симптомы и синдромы наркологических заболеваний. /В Национальном руководстве по наркологии. М., 2008. - 720 с.
2. Благоев Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологические аспекты. – М.: Гениус, 2005. – 316 с.
3. Брюн Е.А. «Без «недобровольной госпитализации не обойтись», Медицинская газета, №93, 02.12.2011.
4. Брюн Е.А. Краткий комментарий к письму Менделевича В.Д. В РОП. http://r-n-l.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=77:2011-12-25-17-29-53&catid=3:news&Itemid=9
5. Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д.Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред». //Вопросы наркологии. - 2011. - №3. - с.123-126.
6. Гофман А.Г. Комментарии к положениям В.Д.Менделевича, Е.А.Брюна, Ю.П.Сиволапа, М.Л.Зобина. <http://www.psychiatr.ru/home>
7. Евтушенко В.Я. Обращение в РОП по письму Е.А.Брюна. <http://www.psychiatr.ru/home>
8. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии.

Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ГК РФ и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами). /Издание второе, исправленное и дополненное под общей редакцией академика РАМН, доктора медицинских наук, профессора Т.Б.Дмитриевой. М.: «Спарк», 2002. www.lawmix.ru

9. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред. //Вопросы наркологии. - 2010. - №5. - с.95-102.

10. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка. //Наркология. - 2010. - №5. - с.94-100.

11. Менделевич В.Д., Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В. Психиатрия, общество и безопасность граждан: общероссийские и татарстанские тенденции. //Неврологический вестник им.В.М.Бехтерева. - 2011. - №1. - с.3-8.

12. Михайлов М.А. Влечение как бред. //Вопросы наркологии. - 2010. - №4. - с.15-26.

13. Обращение в Российское общество психиатров. www.narcom.ru

14. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2010 году. /Составители: Киржанова В.В., Сидорюк О.В., Григорова Н.И., Ванисова Н.Г., Константинова Н.Я., М., 2011. - 30 с.

15. Пережогин Л.О. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ. Автореф. дисс. канд. <http://www.otrok.ru/special/drlev/dis6.htm>

16. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. М., 2008. - 640 с.

17. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Изменения личности у больных опиоидной наркоманией. //Независимый психиатрический журнал. - 2004. - №2. <http://www.npar.ru/journal/2004/2/change.htm>

18. Сиволап Ю.П. О применении психотропных средств в наркологии. //Наркология. - 2012. - №2. - с.81-83.

19. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.; «Медицина», 2005. – 304 с.

20. Цымбал Е.И. Правовые аспекты аддиктологии. /Руководство по аддиктологии. - 2007, СПб, «Речь», с.91-119.

21. Чирко В.В., Кузнецова В.В. Типология изменений личности при длительном течении наркомании. //Наркология. - 2003. - №7. -с.36-39.

22. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. //Наркология. – 2009. - №5. – с.67-72.

23. Шишков С.Н. Российский закон о психиатрической помощи и проблемы наркологии. /Психиатрия и общество. - М., 2001. - с.214-224.

24. Шостакович Б.В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий. Автореф. ... докт. мед. наук. М. - 1971.

25. Шостакович Б.В. Психопатии. /В Руководстве для врачей «Судебная психиатрия». - М., 1988, с.271-307.