

## **КРАТКИЙ КОММЕНТАРИЙ К ПИСЬМУ МЕНДЕЛЕВИЧА В.Д. В РОП**

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 Менделевича В.Д., т.к. имею достаточно оснований считать, что это он является автором письма. Остальных, подписавших 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 чем это письмо? И нужно ли его комментировать? Нужно ли напоминать Автору, что в Международной классификации болезней 10 пересмотра наши заболевания называются «психические и поведенческие расстройства...», а не «...исключительно как поведенческие...». Позиция Владимира Давидовича всем давно известна... И все 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 берет мысль Критикуемого, немного ее извращает, немного смещает цель и «с чистой совестью», с высоким пафосом начинает ее критиковать... И, ничего не скажешь – молодец, все 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 псевдолиберально-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, заболевание, связанное с зависимостью, это заболевание, в соответствии с МКБ-10 или нет? Опять приходится возвращаться к основному вопросу. Не специалисты на этот вопрос отвечают по-разному, но научное сообщество не может допускать хаоса и неопределенности в этом вопросе. На нас смотрят больные и их родственники и что они видят и слышат? Неопределенность, непонимание

врачебного сообщества 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 распушенность такая – наркотики потребляют.

У меня есть уверенность, что Автор письма забыл или, из других соображений, намеренно скрывает свои знания, 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 ощущениями 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 еще многих. Невозможно же их игнорировать!

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 проявляющимся 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, социо-культурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды. Таким образом, современная наркология признает 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) остается 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 социо-культурной реабилитации, с другой, и, кроме того, обучение больных самокоррекции факторов риска, а также формирование лечебной субкультуры, как антитезы наркотической, алкогольной и других субкультур.

Как мы все знаем: то или иное понимание наркологического заболевания влечет 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, определенная 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 право кого-то продавать 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.

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

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

Эпидемия наркопотребления на западе началась в середине или конце 50-х годов, в связи с вырождением антибуржуазных протестных молодежных движений, превращением их в маргинальные молодежные субкультуры и 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 91 года, а также в связи с заполнением идеологической пустоты западными маргинальными субкультурами (в принципе чуждыми российскому менталитету).

Смею утверждать, что антропологическая цивилизационная проблема, новый вызов современности, рационального решения которой еще 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 льется 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 уходящем 2011 году выделил 16-ти территориям дополнительное федеральное финансирование на развитие наркологических служб на паритетной основе с субъектами Федерации. В следующем году эта работа будет продолжена.

Как мы знаем, в последнее время вышло много законодательных инициатив некоторых правоохранительных органов: 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) придется посадить, а к ним еще порядка 4-5 миллионов наших соотечественников. ЛТП тоже навсегда канули в лету.

Что же касается принудительного лечения – так это общемировая практика. Я как-то попросил китайских коллег посмотреть их больных... Мне отказали: это не возможно, они все сидят в тюрьме. 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 году 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: 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 имеют 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, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 09.04.2010 г. № 225ан, и посещал ежегодные совещания наркологов, то он знал бы о системе организации социального прессинга, обеспечивающей максимальную социальную защищенность и возможность получения полного объема специализированной медицинской помощи для всех граждан России.

Теперь, что касается недобровольной госпитализации, именно это, как мы видим, было побудительным мотивом к обращению в РОП! Продолжим логические рассуждения в той или иной 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 высоко прогрессивного процесса, по нашим расчетам 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 идет о полном отсутствии критики, не смотря 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» (статья 124, ч. 2) и «наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового»?

Альтернатива такова: либо мы их лечим, либо раздаем 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 свое 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 еще 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 E. Stechelin 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 – выхолащивание (Entkernung) и запустевание (Aushohlung). 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).

Е. Брюн.