

Круглый стол «Принудительное лечение наркозависимых: спасение или тупик?»

Round table «Compulsory treatment of drug addicts: Rescue or deadlock?»

Несколько десятков ведущих отечественных ученых и практиков в области психиатрии и наркологии обратились с открытым письмом в Российское общество психиатров. В нем они высказываются категорически против попыток ввести в российскую систему оказания помощи лицам с наркотической зависимостью так называемое принудительное лечение и недобровольную госпитализацию больных наркоманией и алкоголизмом.

В статьях, опубликованных в последние годы сотрудниками Национального научного центра наркологии и Московского научно-практического центра наркологии, отстаивается точка зрения о том, что патологическое влечение является психотическим синдромом (бредом, сверхценной идеей). И это утверждение, по мнению подписавших обращение в РОП, противоречит клинической реальности и базовым психопатологическим представлениям отечественной и мировой психиатрии. Мировая психиатрия рассматривает аддиктивное влечение исключительно как поведенческое (а не психотическое) расстройство (ICD-10, DSM-IV).

В ответ на это обращение, опубликованное на сайте РОП (www.psychiatr.ru), первым отреагировал профессор Е.А. Брюн, главный специалист-нарколог Минздравсоцразвития России и председатель Российской наркологической лиги; он в полемическом стиле вновь старался обосновать необходимость введения «недобровольной госпитализации» для больных наркоманией. Но если в кругу неспециалистов Е.А. Брюн объяснял важность подобного нововведения «социальным прессингом», без которого не снизить огромное количество наркоманов в стране, то в данном случае речь шла о принципиально новой трактовке диагноза «наркомания» — как разновидности психиатрического заболевания (сродни шизофрении). Именно этот постулат главного нарколога страны и вызвал, прежде всего, протесты профессионалов.

В дискуссии за «круглым столом» журнала «Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева» приняли участие: профессор **А.Г. Софронов**, главный специалист-психиатр и нарколог Санкт-Петербурга, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; профессор **А.Ю. Егоров**, профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета и профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова; профессор **Е.М. Крупицкий**, руководитель отдела наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный специалист-психиатр и нарколог Ленинградской области; **Д.П. Константинов**, главный врач городской наркологической больницы Санкт-Петербурга; **Л.И. Спизарская**, руководитель благотворительной общественной организации «Азария» («Матери против наркотиков»).

— Из собравшихся сегодня за нашим «круглым столом» трое подписали обращение в РОП (профессора Софронов, Егоров и Крупицкий).

Д.П. Константинов: И мы бы с Любовью Ивановной, несомненно, его подписали — если бы нам предложили.

А.Г. Софронов: Видимо, надо начать с кратко изложения сути проблемы, по поводу которой мы здесь собрались. Дело в том, что на протяжении последних лет главный нарколог страны Е.А. Брюн в своих интервью в СМИ и в прочих публичных выступлениях неоднократно обозначал позицию в пользу введения недобровольного лечения наркологических больных. Большая часть выступлений звучала в непрофессиональных изданиях, но в октябре прошлого года уже на совещании специалистов он обосновал концепцию так называемого «социального прессинга». «Прессинг», по представлениям главного нарколога, состоит в постоянной активной работе по пресечению потребления наркотиков (идея-то хорошая, да и не новая!). Начинать работать мы должны со здоровыми (тестирование в школах), далее человеку, которого заподозрили в употреблении наркотиков, дается шанс прийти к специалистам на анонимной основе, затем — на конфиденциальной основе. Если человек заболел, он становится членом учетной группы, и если медпомощь, оказанная ему, будет неэффективной, или человек от нее откажется, ему — как неисправимому потребителю — «светит» уголовное наказание.

Идея уголовного наказания за потребление наркотиков (отмененное, напомним, в 1991 году) высказывается постоянно — и представителями ФСКН, и представителями всевозможных общественных организаций, но мы, психиатры, воспринимали эти дискуссии спокойно: мы свободные люди в свободной стране — каждый может говорить, что хочет, если это не противоречит принципам демократии.

Однако вскоре в медицинском сообществе стали звучать предложения (в основном со стороны специалистов из Москвы и профессионалов далеко не «первой линии»), пытающиеся изменить наши представления о сущности наркотической и алкогольной зависимости. Строятся они на том, что патологическое влечение суть бред (аналогично такому расстройству при шизофрении), а сама зависимость суть психоз, сопровождающийся грубыми расстройствами психики. И из этого постулата делаются следующие построения: наркозависимые не осознают свои деяния, они не управляют своей жизнью и потому, говоря юридическим языком, невменяемы, а к невменяемым людям нужно принимать меры уже медицинского характера — недобровольную госпитализацию.

А.Ю. Егоров: Но, извините, даже если у человека бред — это еще не значит, что его можно лечить недобровольно!

А.Г. Софронов: Фактически — вместо использования принципов доказательной медицины, когда каждое положение подкрепляется научной литера-

турой или исследованием, — идет очень поверхностное и умозрительное обоснование «бреда наркозависимых», что подрывает основы нашей, устоявшейся годами, деятельности в области психиатрии. Замечу, что наркологические заболевания и классифицируются как психические расстройства — этого никто не отменял. И в психиатрии действует закон, которого тоже никто не отменял, согласно 29-й статье этого закона мы можем больного госпитализировать в недобровольном порядке — если он представляет реальную опасность для себя и окружающих. И становится совершенно непонятно, чего же хотят данные специалисты: расширения действия статьи 29-й на всех наркозависимых? Или принятия неких новых юридических документов?

Усиление «психиатрической» составляющей в концепции «социального прессинга» очень напрямую специалистов, далеких от наркологии: мы все еще помним, что советская школа психиатров была исклучена из мирового сообщества именно за подобные злоупотребления психиатрическими диагнозами.

— **Один из вступивших в дискуссию на сайте РОП психиатр-нарколог, директор Украинского института исследований политики общественного здоровья С.В. Дворяк, тоже напоминает об этом: «Кто следующий в списке на исключение из гражданской жизни?.. Может, пора разобраться с МСМ (мужчинами, имеющими секс с мужчинами)? Думаю, многие, как и я, помнят времена, когда таких субъектов уволить из рядов Советской Армии можно было только по статье «шизофрения»...**

А.Г. Софронов: Словом, мы подошли к опасной черте, когда надо принимать решения с позиций медицинских и правовых норм. Сегодня уже не все так безобидно, как нам кажется. Многие из нас участвовали в прокатившейся волной по стране дискуссии, связанной с делом Егора Бычкова из Нижнего Тагила, и большая часть людей заняла позицию, оправдывающую тактику насилия в отношении наркозависимых. Критикующая такие подходы сторона подверглась жесточайшей обструкции и осталась в меньшинстве.

Е.М. Крупицкий: Мне представляется, что проблема, ставшая поводом для дискуссии, — это частный случай. Так сложилось, что она получила большое звучание, но на самом деле это частный случай общей ситуации. А общая ситуация заключается в том, что отечественная наркология очень странная и своеобразная. Она отличается от наркологии развитых стран Европы и Америки. Это то, что я называю условно «галапагосским вариантом». Помните, Чарльз Дарвин описал своеобразный животный мир Галапагосских островов, кардинально отличающийся от того, что был на континенте. Наркология России, отделившаяся от мировой в 50-е годы прошлого века, стала именно «галапагосским вариантом».

Чем же отличается этот «свой» путь российской наркологии? Он характеризуется четырьмя обстоятельствами. Первое — у нас применяются ненаучные стандарты наркологической помощи, то есть стандарты, не основанные на строгих научных (доказательных) исследованиях. У нас есть устаревший 140-й приказ Минздравсоцразвития, но то, что

в нем рекомендуется, противоречит формулярам лекарственных средств, также утвержденных Минздравсоцразвития. Скажем, в показаниях к применению галоперидола вы нигде не найдете лечения наркомании и алкоголизма, а в приказе это есть.

Второе — у нас нет ряда методов лечения, эффективность которых доказана в строгих научных исследованиях за рубежом. И как следствие, возникают уродливые попытки решить проблему тем самым «галапагосским» путем. Так возникает тема принудительного лечения.

У нас, к сожалению, выходит значительное количество ненаучных по сути публикаций в научных наркологических журналах и звучит много непрофессиональных, не отвечающих критериям научности докладов на наркологических конференциях. Таких докладов, которые в студенческие научные общества нельзя представлять, так как они совершенно не соответствуют принципам научной (доказательной) медицины, принятым международным медицинским сообществом. У ряда российских ученых-наркологов нет правильного понимания того, как делаются научные (доказательные) исследования, и публикация научнообразно оформленных, но ненаучных по сути результатов совершенно сбивает с толку практических врачей-наркологов. Это третье.

И последнее — как известно, свято место пусто не бывает, и поскольку у нас в наркологии нет научно обоснованных стандартов лечения, то это место заполняется всякими шаманскими методиками (так называемое «кодирование», «химзащиты» и т. п.), идеями принудительного лечения и активностью религиозных организаций.

Такова общая панорама, в контексте которой встает этот частный вопрос о принудительном лечении. Нашим больным, получается, путь лежит либо в тюрьму, либо в церковь.

Л.И. Спижарская: У меня, как у представителя страдающей стороны, есть только один вопрос к авторам концепции: о каком лечении идет речь? Ну, схватили вы несчастного и принудительно привезли на лечение — куда? Как и кто лечить-то его «принудительно» будет? Мой сын 4 раза сидел в тюрьме — вот, казалось, возможности для принудительного лечения! Но ведь его не было...

Когда мы знакомимся с опытом работы с наркозависимыми в Швеции, то нас поразило, как там скрупулезно трудятся специалисты с больными. Если суд назначает человеку принудительное лечение, то специальный психолог-мотиватор будет работать с ним до тех пор, пока он не скажет «хочу лечиться!»

Е.М. Крупицкий: Надо заметить, что у нас постоянно путают альтернативное и принудительное лечение. Никто не возражает против существующего во всем мире лечения как альтернативы тюремному наказанию. Если человек совершил незначительное правонарушение в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения или преступление было так или иначе связано с наркотиками (тут четко оговорен спектр правонарушений), в этом случае ему или ей предлагается вместо уголовного наказания пойти лечиться. Это АЛЬТЕРНАТИВНОЕ, а не принудительное лечение. ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ лечение — это когда

человека изолируют от общества за то, что он болен, то есть в данном случае — за наличие у него диагноза «алкоголизм» или «наркомания». То есть предлагается, что человека «принудят» лечиться только потому, что он... зависим от наркотика.

А.Г. Сафонов: В США очень активно используется опыт вынесения условного приговора, обязательного посещения нарколога. Но это — альтернативное лечение!

Д.П. Константинов: На мой взгляд, мы имеем полную путаницу в трактовке понятия принудительного лечения. Что вообще имеется в виду? Лечение наркозависимых в неких изолированных учреждениях типа ЛТП, существовавших в советские времена? Или в условиях психиатрических больниц, что я считаю полным маразмом.

Кстати, Указ президента от 10 июня 2010 года, где сформулирована концепция государственной наркополитики, прописывает альтернативное лечение. Но — опять-таки — кто будет заниматься организацией такого вида помощи? Мы на днях получили из комитета по здравоохранению «бумажку», где нам рекомендовано разработать некие клинико-диагностические действия, направленные на раннее выявление детей и подростков, склонных к употреблению наркотических веществ. Простите, это мы, больница, оказывающая помощь зависимым людям, должны и профилактикой заниматься?

Е.М. Крупицкий: Мы же и говорим об отсутствии научно обоснованных подходов к профилактике и лечению в российской наркологии. Есть масса вариантов того, как удержать подростков от наркомании, как сделать клиники привлекательными для пациентов, но у нас эти подходы, к сожалению, не используются.

Л.И. Спижарская: А в это время матери с проблемным ребенком просто некуда пойти. В наркодиспансер она не пойдет — все знают, что, кроме постановки на учет, никакой помощи там не получишь.

А.Г. Софонов: При этом созданные в городе несколько лет назад реабилитационные центры пустуют — нет спроса на эту медуслугу. Пока мы не поняли, в чем дело: либо мало выявляют ребят из групп риска, либо плохо выявляют. Ну и очевидно налицо некий социальный процесс: наркозависимых подростков становится меньше, а бездомных детей практически в Петербурге нет.

А.Ю. Егоров: Полагаю, свою роль сыграла эпидемия наркомании в конце 90-х и смертей наркозависимых от передозировок. Когда гибнет не кто-то где-то, а близкий тебе человек или живущий по соседству, это вызывает страх. А страх удерживает от желания попробовать наркотик. Тут сработала, на мой взгляд, не чья-то работа по профилактике, а инстинкт самосохранения. Даже если он не так развит в подростковой среде. Иначе как объяснить трехкратное падение заболеваемости наркоманией с 2000 к 2002 году. Не нашими же усилиями!

П.Д. Константинов: Дорогая Любовь Ивановна, у наших людей совсем другой менталитет. Мы каждый день отписываем по 10–20 предписаний в учреждения исполнения наказаний, где находятся лица, которым суд предписал пройти лечение — они не приходят лечиться и никто их заставить не может... Но все равно это не значит, что нам нужна

некая дубина в виде некоего принудительного лечения. В конце концов, на какие миллиарды строить будем новые лечебные учреждения? Где возьмем профессионалов, которые будут там работать?

А.Г. Софонов: Давайте все же подчеркнем, что принудительное лечение есть в любой стране — оно применяется к человеку, совершившему тяжкое преступление в невменяемом состоянии, когда он не отдает отчета в своих действиях и их последствиях. Если судмедэкспертиза признает его больным и недееспособным, он направляется на принудительное психиатрическое лечение, необходимость и продолжительность которого определяет врачебная комиссия.

Для того чтобы человеку поставить диагноз, проводятся определенные манипуляции. Например, дается срок либо для стационарного, либо для амбулаторного наблюдения, и по совокупности данных применяется решение о дееспособности человека.

Е.М. Крупицкий: И 29-я статья закона о психиатрической помощи никогда не применялась по причине алкогольной или наркотической зависимости человека. Главный же нарколог страны предлагает, повторю, именно это: рассматривать диагноз зависимости как основание для принудительной госпитализации.

А.Ю. Егоров: В этом-то и хитрость! Признав влечение к алкоголю или наркотикам бредом, человека предлагают по сути признать больным шизофренией или другим ПСИХОТИЧЕСКИМ больным. В этом случае на него можно распространить 29-ю статью! Да, с оговорками, но можно. Казалось бы, мы вроде возражаем всего лишь против теоретических положений о сути патологического влечения, но в реальности этот спор ведет к принятию целого ряда юридических и правовых последствий на практике. Например, наркозависимого или алкоголика решат насильно госпитализировать в психиатрическую больницу, что, на мой взгляд, абсолютно бессмысленно, если не сказать противозаконно!

Е.М. Крупицкий: Нигде в мире влечение не рассматривается как бредовое расстройство. Это опять наш «галапагосский вариант».

Л.И. Спижарская: Это страшно еще вот чем: малообразованные и измученные своим больным ребенком родители, не знающие, у кого и какой помощи просить, могут с радостью откликнуться на предложение забрать их ребенка на лечение силой. Я и сама в самом начале была готова поймать сына и запереть дома. И было такое представление, что если он посидит дома, то у него все это пройдет — он поймет и перестанет принимать наркотики. Теперь-то я понимаю, как глупа я была, но для этого понимания мне понадобились годы, и специалисты-наркологи мне в этом помогли слабо...

Население очень мало знает о наркомании, об алкоголизме, о возможностях лечения, о выздоровлении, а мифов — масса. Я недавно слушала дискуссию о принудительном лечении на радио «Эхо Москвы». И что вы думаете? 98 процентов продвинутых слушателей этой радиостанции проголосовали... за принудительное лечение!

А.Ю. Егоров: Когда я выступал на радио «Эхо Москвы» против методов Егора Бычкова, мне никто из звонивших не сказал ничего хорошего...

Л.И. Спижарская: Мы и стараемся заниматься просвещением родителей. Мы ведь все — родом из детства. И если говорить о принудительном лечении, то только для родителей. Конечно, условно принудительном. Мы же знаем, что если дома все хорошо, дети не будут употреблять наркотики. А зависимому человеку можно помочь только если он сам этого страстно хочет.

А.Г. Софронов: В том-то и дело. И если в медицине появились деньги, давайте их направим

на строительство нормальной наркологической службы, отменив при этом наркологический учет.

— Под общие аплодисменты процитирую слова еще одного участника дискуссии на сайте РОП, профессора А.Г. Гофмана: «Надежда — не на какие-то изменения в отношении к больным, а на государственные мероприятия, которые реально могут изменить ситуацию в стране. И, конечно, никого не надо устрашать и стигматизировать».

Заседание «круглого стола» вела Ольга Островская