

Психопатологический феномен рентности и манипулятивности поведения наркологического больного

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ РГМУ, Москва

Клиническая феноменология наркотизма, представленная в ее психопатологических конструкциях, не только вызывает академический интерес, но и демонстрирует свою большую практическую значимость. Она позволяет значительно нивелировать перекосы и диспропорции, порожденные мультидисциплинарной спецификой исследований в аддиктологии. Также здесь имеется возможность интегрированной оценки аддиктивной болезни, включая эту мультидисциплинарность в качестве существенного симптоматического дополнения к эссенциальной психопатологической картине зависимости, собственно определяющей эту зависимость в ее патологических моделях реализации. Синдромология наркоманической доминанты, отражающая психопатологическую картину аддиктивной болезни, помимо феноменов абсолютной анозогнозии и легитимации аддиктивного поведения включает компонент рентно-манипулятивного поведения наркологического больного, также имеющий психопатологическую синдромальную структуру и характерную клиническую динамику.

Формулирование основных синдромологических конструкций, наблюдаемых в рамках наркологического заболевания в психопатологически-ориентированном клиническом ракурсе, неминуемо рождает, с одной стороны, дискуссию о целесообразности и правомочности такого дифференцированного представления клиники, с другой стороны, вновь стимулирует извечный вопрос: что составляет первооснову данных феноменов? Это показывает, что наркология — все же относительно молодая и развивающаяся наука, где, с одной стороны, налицо попытки быстро и радикально разобраться во всех проблемах "одним махом", объяснив все и сразу, а с другой, реальная практика ставит вопросов больше, чем имеется ответов.

Такое положение дел в особой степени справедливо именно для психиатрических толкований медицинских проблем наркотизма. Естественно, что речь здесь идет о дискуссии внутри клинического сообщества и, в первую очередь, среди подготовленных психиатров-психопатологов, специализирующихся в области зависимого поведения. Мы (по вполне, надемся, понятным причинам) здесь вообще не рассматриваем общетеоретический и социально-психологический аспекты дискуссии в наркологии, поскольку они далеко не всегда соответствуют медицинскому характеру освещения проблемы, а ее участники, к сожалению, далеко не всегда имеют необходимую подготовку по клинической психиатрии и ее частному аспекту — клинической наркологии. К тому же, такие дискуссии, демонстрируя чрезмерную обобщенность, не отражают с необходимой степенью детализации и квалификации именно медицинский аспект проблемы.

Следует признать, что любая полемика на междисциплинарном уровне зачастую непродуктивна, да

и, в общем, нецелесообразна, поскольку специалисты разных исследовательских направлений, плохо понимая друг друга, часто низводят креативность спора на примитивный уровень взаимных претензий. Понятно, что если обсуждаются специальные вопросы, то и участвовать в таком обсуждении (для пользы дела, а не для самолюбования) должны специалисты одного направления. Это при условии, что во главу предмета спора ставится вопрос приоритета того или иного рассмотрения клиники. Если научно-исследовательская структура изначально выстроена с правильным балансом приоритетности исследовательских направлений, то подобная организация, будучи уникальной, вполне способна решать масштабные научно-практические задачи. На сегодняшний день (в силу разных обстоятельств) такая "идиллия" все же вряд ли возможна, поскольку научное познание проблематики аддиктологии, находясь на этапе своего становления и структурирования, демонстрирует в полной мере известные реакции "подросткового уровня".

Таким образом, не включаясь в похвальное и всеобщее обсуждение столь глобального характера (во многом, между тем, отвлеченное и, с точки зрения врача, работающего непосредственно с больными, — вполне хаотическое), мы можем (и должны) сосредоточиться на обсуждении и решении именно медицинских проблем, связанных с аддиктивным поведением [1]. Необходимость этого обусловлена насущной потребностью в квалифицированном подходе к работе с зависимостью и в демонстрации реальных, показывающих свою достаточную эффективность возможностей медицины. Именно в такой постановке проблемы и подобном ее рассмотрении общество (частенько недопонимая и недооценивая это) сильно нуждается.

В свою очередь, здесь появляется возможность фокусировать усилия на решении важных практических проблем диагностики и адекватной интерпретации клинической феноменологии, помогающих понять ее суть и логику развития. Такой подход позволяет формулировать вполне конкретные и технологически выдержанные терапевтические приемы по медицинскому решению проблем аддиктивной болезни. Естественно, речь идет о доказательном предъявлении каждого такого клинического решения. Логическим продолжением здесь является соответствующим образом реализованная модель инфраструктуры, способной эффективно осуществлять технологически выстроенную помощь наркологическим больным и членам их семей. При этом декларативное противопоставление психиатрии и психологии (психотерапии) здесь становится попросту неактуальным, поскольку все специалисты получают возможность плодотворно работать, однако под жестким регламентом и контролем качества исполнения работы со стороны врача-психиатра — руководителя индивидуальных лечебно-восстановительных программ.

Абстрагируясь от необходимости сразу дать исчерпывающие ответы на все вопросы бытия, мы можем поэтому спокойно и взвешенно подойти к рассмотрению медицинской конкретики, где вопросы клинического детерминизма всегда ставятся достаточно остро. В первую очередь, для психиатра всегда важным было не просто стремление к семиотической идентификации феноменологии, но и познание истоков наблюдаемого явления, и понимание его клинической сути. Здесь всегда требуется тщательное отслеживание динамических особенностей феномена со всеми его взаимосвязями и взаимозависимостями.

В клинической наркологии как отражение ее особенности и своеобразия любой психопатологический феномен, конечно, может (и имеет полное право) рассматриваться с позиций некоего, вполне понятного, соматического (токсикологического) детерминизма. Иными словами, такой подход к пониманию проблем зависимого поведения предполагает, что все элементы заболевания так или иначе зависят от токсико-соматического поражения и тем самым определяют аддиктивное поведение и собственно динамику аддиктивной болезни. При этом, психопатологический компонент зависимости, в основном, реализуется через непрерывное нарастание проявлений психоорганического синдрома. Речь здесь идет, однако, только о химической зависимости, где компонент интоксикации очевиден. А как быть с зависимостью нехимического ряда? Известно, также, что некоторые виды химической зависимости (например, табачная) не сопровождаются клинически выраженными параметрами интоксикации, при этом в ряде случаев сохраняя

довольно высокую степень своей злокачественности. Здесь, как можно заметить, приоритет первичных психопатологических механизмов очевиден.

В равной степени объяснение того или иного варианта неправильного поведения повышением или, наоборот, понижением уровня того или иного "гормона" (или нейrogормона — здесь безразлично) с объяснением всех движущих сил и мотиваций этого неправильного поведения (кстати, в наркологии стабильно набирающее силу и комплектацию профильным исследовательским материалом) также формирует упрощенное представление о проблеме. Любая динамика ситуации здесь также всегда "понятна", поскольку, помимо материального субстрата, здесь всегда найдутся те или иные психологические объяснения. При этом, однако, многообразие модификаций и вариантов аддиктивного (неправильного) поведения никак не получается упаковать в стройную, доказательную и прогнозируемую систему, что сопровождается рассмотрением проблематики в клинике фактически исключительно на уровне универсального синдрома, где доминирует феномен "патологического влечения", а в психологии, где аддиктивное поведение в силу известных обстоятельств часто вообще не рассматривается в качестве болезни, — как цепь случайностей, влиять на которую могут только такие же случайные средовые факторы, которые здесь почему-то всегда зависят от некоего "желания", а "заблудший" индивид, чтобы исправить ситуацию, должен всего лишь "захотеть" это сделать. А как здесь быть "с гормонами"? Сегодня, однако, это уже берутся решать политики...

Следовательно, прямое, что называется в лоб, восприятие токсикологического компонента зависимого поведения как главной детерминанты зависимости является чрезмерно упрощенным. Следует, однако, отметить, что подобные интерпретации наркологической клиники — не редкость. Они, на наш взгляд, обусловлены не только определенным "снобизмом" со стороны "большой психиатрии" и ее традиционными психопатологическими трактовками. Скорее, это происходит при несколько поверхностном рассмотрении психопатологических феноменов наркологического заболевания и поверхностном использовании той самой клинко-психопатологической методологии классической психиатрии, которую мы считаем очень точной и правильной методологией, вполне применимой для рассмотрения проблем аддикции, более того, единственно правильной и возможной для получения адекватного результата!

Прямо противоположный ракурс демонстрирует приоритетное толкование неправильного поведения наркозависимого как патологической динамики его личности при определяющем патогенном влиянии сре-

дового фактора. Клиническая практика дает и здесь очень богатый материал для анализа. Внешне однородный контингент наркологических больных с его "понятными мотивациями" на практике серьезно "притупляет" и реально ограничивает поисковые мотивации врача, стремящегося иногда значительно упростить свое понимание наблюдаемой клинической картины. Тем не менее, он и здесь не избавлен от необходимости четко и доказательно отвечать на вопрос, является ли это неправильное поведение наркологического больного простой динамикой параметров его (донозологической!) личности, или оно обусловлено эссенциальной "поломкой" здоровой психической функции.

Таким образом, формулируется ряд вопросов:

- является ли химическая зависимость единым (однородным) психопатологическим заболеванием (как утверждают сторонники ее синдромального рассмотрения, формулирующие клинический тезис "синдром зависимости");
- правомочна ли вообще постановка вопроса о наркологическом рассмотрении аддиктивных заболеваний, имеющих, несмотря на схожую симптоматическую и синдромальную основу, дифференцированно представленное клиническое содержание? Какова при этом приоритетность соматического поражения и психопатологии, если таковые присутствуют в структуре заболевания совместно? Является ли аддиктивное поведение демонстрацией первичности некоей изначальной психической дисфункции, даже детерминированной первичным интоксикационным патогенным воздействием;
- какова роль преморбидной структуры личности в возникновении болезней зависимости;
- едина ли эта роль для всех видов зависимости, или она различна (имеет свой собственный патогенный "вес") для каждого ее вида;
- от чего зависит динамическая характеристика наркологического заболевания;
- какова роль перечисленных факторов в определении динамических различий и уровня злокачественности аддиктивной болезни;
- чем определяются исходные состояния и какова их психопатологическая структура.

Понятно, что все поставленные вопросы могут быть более или менее эффективно разрешены только в рамках некоего унифицированного характера рассмотрения с четкими и понятными для специалиста оценками. Критерием истины здесь, как всегда, является клиническая практика в ее повседневном исполнении и постоянно накапливаемом опыте. Важность правильной оценки можно увидеть, рассматривая вполне конкретные клинические ситуации. В качестве характерного примера можно привести некий давний

спор клиницистов о том, с какого дня начинается отсчет ремиссии у наркологического больного. Некоторые полагают, что его можно начинать на следующий день после прекращения приема больным ПАВ, другие считают, что надо подождать примерно с месяц (пока не уменьшится накал патологического влечения к интоксикации). Это — образец того, когда интоксикация как клинический факт ставится во главу угла. Мы, все же, полагаем такое рассмотрение крайне примитивным и малоинформативным.

Ответ на вопрос, когда начинается становление ремиссии и когда она приобретает устойчивое состояние, можно дать лишь на основании анализа активной психопатологии, характеризующей зависимость. При этом сам по себе факт интоксикации ПАВ утрачивает главное диагностическое значение, приобретая характер, в целом, случайного средового компонента (когда психопатология неактивна и ремиссия имеет место), либо становится подтверждением активности наркологического заболевания. Именно поэтому необходимо знать и понимать психопатологическое содержание аддиктивной болезни, чтобы не блуждать вслепую в поисках неких эффективных способов и методов работы с наркологическим больным.

Наша точка зрения основана на представлении о комплексном присутствии в генезисе и развитии болезненной аддикции нескольких главных патогенных факторов, что, собственно, обуславливает структуру и динамику болезни, ее форму (степень злокачественности), вариант течения (непрерывный или дискретный) и качество исхода. Эти факторы включают патогенность ПАВ, характер психопатологического "ответа" на него со стороны данной конкретной личности, опосредованный параметрами "психопатологической резистентности" с неким предопределенным и вполне "запрограммированным" "срывом в болезнь" или без такового, характер воздействия микро- и макросредового параметров. Как можно заметить, все эти факторы, требующие, конечно же, своего углубленного (не формального) изучения и адекватной (демонстрирующей интегративный оценочный уровень) трактовки, апеллируют не к состоянию внутренних органов и систем, а именно к психическому статусу индивида. Таким образом, мы рассматриваем аддиктивное заболевание как психопатологический процесс, имеющий свои дебютные характеристики, свою динамику, те или иные особенности своего формирования и "психопатологического насыщения", тот или иной уровень активности. Для оценки такой активности требуется демонстрация клинической эволюции "позитивной" и "негативной" психопатологической симптоматики, органично присутствующей в структуре данного патологического процесса.

В этом же ключе лежит рассмотрение разницы между понятиями *стадия* и *уровень психического поражения* при аддиктивной болезни. Эти понятия, будучи давно обозначенными и принятыми в наркологии и психиатрии, выражают далеко не одно и то же и не всегда совпадают в определении наблюдаемой клинической феноменологии. Как известно, существующая парадигма стадийности наркологического заболевания является на сегодняшний день в отечественной наркологии основной. Западная аддиктология подобное обозначение клинических проявлений химической зависимости не использует. Упорная "привязка" всех проблем аддикции к рассмотрению сквозь призму стадийности в квалификациях отечественных специалистов происходит по причине доминирования соматопсихологической платформы рассмотрений этих проблем вообще, в ущерб более методологически правильной психопатологической. Стадии как методологическое понятийное звено характеризуют, в первую очередь, особенности метаболизма и толерантность, что отражает, в конечном счете, некоторые особенности паттерна интоксикации на фоне прогрессирования психоорганического поражения ЦНС.

Попытки привнесения определенного психопатологического начала в стадийное подразделение наркологического заболевания путем декларирования различия в психопатологических механизмах клинического воспроизводства этих стадий (имеется в виду предъявление феноменологической разницы между обсессией и компульсией) можно считать неубедительными как раз в силу именно клинико-феноменологического единства данного механизма. Поэтому стадийность применима только для химической зависимости, да и то более или менее "складно" — для алкогольной. Клиника же патологической аддикции, как известно, не исчерпывается только лишь алкогольной болезнью.

А что делать с другими видами химической зависимости, рассматриваемыми в качестве самостоятельного заболевания (даже на синдромальном уровне), где стадийность не столь явно прослеживается и потому демонстрирует множество нестыковок? Это можно наблюдать и при опиоидной зависимости, и при ряде видов злоупотребления психостимуляторами, каннабисом, галлюциногенами, и при некоторых токсикоманиях (например, при ингалировании паров орграстворителей). Здесь, конечно, можно как-то притянуть симптоматику что называется за уши, но так ли уж надо этим заниматься? Так ли помогает это врачу в его усилиях по преодолению болезни? Является ли здесь в полной мере востребованным прогностический аспект клинического диагноза? Демонстрирует ли этот подход вообще какие-либо возможности

высокодифференцированной диагностики и, как следствие, предопределенность терапии? Думаем, что не является и не демонстрирует.

В противовес стадийности уровень поражения психики больного индивида, будучи базовой клинической характеристикой, детерминирует механизм клинического воспроизводства психопатологии, первично обуславливающей характер аддиктивного (болезненного, неправильного) поведения, предопределяет качество этой психопатологии в форме основных синдромов, определяя, в конечном счете, структурный вариант их клинического предъявления. Здесь, кроме того, есть возможность оценить динамику болезни, ее дифференциально-диагностические и прогностические характеристики. Он также позволяет рассмотреть характер и особенности дефекта и регресса. Как все это можно оценить с позиций состояния гомеостаза? Надо ли это оценивать вообще? Если человек "со второй стадией алкоголизма" (т.е., с его слов, "может" выпить литр водки) вообще не пьет пять лет — какая у него стадия? А если десять? Он болен или здоров? Возобновит ли он свое пьянство вновь? (Понимаем, что "если захочет пить", то возобновит, конечно же! Этот традиционный ответ нарколога родственникам больного здесь выглядит просто анекдотически. А ведь речь идет о вполне серьезных вещах). А если больной в этот период времени "потихоньку покуривает" каннабис? У него ремиссия или нет? А если он "с драматическими последствиями" (как говорится, на уровне срыва адаптивных механизмов) курит табак или просто играет в рулетку? Это примеры, с которыми ежедневно любой практикующий специалист в области аддиктологии сталкивается в своей клинической практике. Позволяет ли ему токсикологическая понятийная база разобратся в существе проблемы или, все же, не слишком позволяет? А, может, даже мешает, поскольку все время требует ввода в оборот каких-то новых клинических (точнее, психологических) квалификаций и определений, выглядящих при этом инородными образованиями и не вписывающихся в "токсикологическую гармонию" болезни с единством ее патогенеза и логики взаимной связи? Если диагностика наркологического заболевания осуществляется ретроспективно (у алкоголика — по "красному носу", у курильщика — по желтым ногтям и зубам, у опийного наркомана — по склерозированным пигментированным венам), является ли это атрибутом точности и качества технологического начала? Как здесь требовать от медицины того высокого уровня, который постоянно декларируется, — что называется, вопрос...

Очевидно, что "стадийный" характер рассмотрения клиники аддиктивного заболевания, будучи чрез-

мерно схематичным, не подкрепляется многообразием ее проявлений и динамических вариантов, также мало помогает понять клиническую сущность основной синдромологии наркодоминанты. В равной мере это относится к феноменологии, которую мы обозначаем как *рентно-манипулятивный психопатологический комплекс аддиктивного больного*. Безусловно, какие-то компоненты синдрома на уровне отдельной симптоматики в том или ином виде фиксировались в наркологических клинических описаниях и ранее. Эти симптомы чаще всего толкуются как изменения личности наркологического больного, обусловленные психоорганическим синдромом и отражающие именно варианты ее "заострения". Все это в совокупности обозначается как деградация личности наркологического больного. Как уже отмечалось ранее, подобный способ истолкования феноменологии в наркологии является типичным. Со стороны больного здесь фиксируется нарастание эгоцентризма, черствости, пренебрежения интересами близких людей.

Все эти компоненты получают психологические характеристики, и их объяснение, как правило, не может выйти за рамки этих упрощенных оценок. Тем самым утрачивается важное клиническое значение феноменологии, поскольку она в любом случае не анализируется и фактически преподносится "в сыром виде", в форме некой досадной данности и расплаты за "удовольствие, ставшее жизненной нормой". Также это в полной мере касается выявления причинно-следственных взаимосвязей в рамках созависимости. Все это, в конечном счете, не просто обедняет клинику, но не дает врачу дополнительных знаний, которые могут значительно прояснить стратегию работы с наркозависимым. Мы, однако, склонны рассматривать изучаемый психопатологический феномен как важный структурный элемент клинической картины зависимости, отображаемый у наркологического больного именно статусной фактурой рентности и манипулятивности.

Данный клинический феномен, наряду с синдромом абсолютной анозогнозии и синдромом легитимации аддиктивного поведения отражает главные составные компоненты наркоманической доминанты [1]. Речь идет именно о психопатологической синдромологии аддиктивной болезни. Эти феномены в совокупности реализуют здесь специфическую патологию всех сфер психической деятельности, присутствуя в той или иной степени своей выраженности. Они, в конечном счете, определяют особенности неправильного (аддиктивного, наркоманического) поведения и составляют уникальный психопатологический "портрет" этой аддиктивной болезни в каждой ее нозологической формации.

Психопатологический комплекс рентности и манипулятивности наркологического больного, как становится понятно из данного изложения, отражает на синдромальном уровне особенности психического функционирования аддикта и его поведение. Понятно, что данная характеристика привносит элемент стандартизации всей поведенческой модели больного и ориентирует это поведение в соответствующем ракурсе. Синдром рентности и манипулятивности можно определить как специфическую организацию болезненной адаптации индивида с требованием выгод и предпочтений, в первую очередь, в реализации психопатологических мотиваций наркодоминанты (психопродуктивная психопатология) в сочетании с регрессивным механизмом манипулирования микросредовым фактором для достижения этих предпочтений.

Когда мы говорим о регрессивном механизме манипулятивности, то имеем в виду, все же, сочетание функции дефекта (регрессивная синтонность аддикта как отражение нажитого психопатоподобного дефектного статуса и характерная "постнаркотическая истероидизация") с проявлениями очерченного органически детерминированного регресса. Этот регресс проявляется снижением уровня психического реагирования, дополняющего истероидизацию аффективным недержанием, торпидностью, медленным дрейфом в сторону эпилептизации психики (вязкость, забывчивость, лживая угодливость с эмоциональной выхоленностью и отсутствием эмпатии, грубость, ригидность), снижением интеллектуальных возможностей и общей астенизацией. Таким образом, характеристики рентности формируют своеобразный "паразитический" статус больного, теряющего способность креативной дифференцированной творческой деятельности и демонстрирующего специфические коммуникативные "провалы". Рентность как статусный феномен здесь характеризуется важными психопатологическими чертами: она в идентификации больного безвозмездна и обязательна.

Следовательно, выявление этих клинических особенностей позволяет трактовать их как атрибутику психического заболевания, поскольку здесь начинают "звучать" функции измененного сознания [1]. Это также является важной клинической характеристикой, так как демонстрирует уникальный и "сквозной" характер синдрома, т.е. своеобразный критерий "первого ранга" наркологического заболевания, позволяющий диагностировать его у всех больных и независимо от фазы болезни. Совокупное присутствие психопродуктивной и негативной симптоматики в клиническом эволюционном развитии делает данный синдром довольно ярким и мозаичным, отражающим в полной мере совместную клиническую реализацию эндоформных характеристик болезненного процесса. Здесь

органический психосиндром представлен также выпукло и полноценно, как и те самые особые "внутренние" патогенетические механизмы, реализующиеся по особым "внутренним" сценариям тотальной психической дисфункции и формирующие вместе оригинальную клинику патологической аддикции, психопатологическое познание которой является для психиатра приоритетом.

Рассматривая подобным образом психопатологическую картину аддиктивной болезни, можно проанализировать отдельные компоненты синдрома рентности и манипулятивности на примере опиоидной зависимости. Этот вид химической зависимости является практически идеальной моделью для изучения психопатологии наркотизма, поскольку дает возможность наблюдать процессуальный характер заболевания в его эволюции, очень четко отображающей динамику психопродуктивных и негативных расстройств. Здесь присутствие токсически обусловленного психоорганического компонента не столь драматично выражено, как при видах зависимости от соединений, демонстрирующих значительные липофильные свойства (алкоголь, барбитураты и седативно-снотворная группа в целом, летучие органические соединения), что, в силу понятных обстоятельств, заметно снижает его влияние на эндотормонный фактор болезни. Данное обстоятельство способствует тому, что эндотормонные механизмы болезненной зависимости здесь проявляют свою наивысшую активность именно как патогенное начало, где, в свою очередь, наркогенность опиоидных соединений является высокой. Особенно это важно для понимания дебютных характеристик аддиктивной болезни и особенностей клиники ее манифестного этапа.

В описываемой синдромологической картине компонент рентности неотделим от компонента манипулятивности. Особенностью их совместного клинического присутствия является то, что в период активной манифестации болезни один компонент синдрома без другого попросту "не работает". В данном смысле, рентность, будучи, с одной стороны, характерной моделью поведения, а с другой, способом существования аддикта, проявляется как статусная характеристика, отображающая суть аддиктивной психики. В первую очередь, функции сознания и мышления.

При этом следует понимать, что эти функции нарушенной психики проявляются именно как психопродуктивный компонент наркодоминанты. Также здесь очень близко находится дисфункция волевой сферы аддиктивного больного, которая характеризуется как специфическая наркоманическая парабулия. Манипулятивность в ее "созревшем" виде в большей мере демонстрирует картину дефекта и регресса, при этом вовлекая в свою орбиту все функции психики.

По этой причине разделение данного синдрома на два самостоятельных не требуется, как это, на наш взгляд, является правомерным при разделении феномена "отчуждения аддиктивной болезни" на два самостоятельных синдрома: абсолютной анозогнозии и легитимации аддиктивного поведения.

Такое разделение предопределяется, в первую очередь, психопатологически аргументированной целесообразностью, когда на уровне препарирования разных компонентов мышления (чувственного, образного и интерпретативного) удастся клинически проследить качественное усиление патогенного начала болезни и усугубление параметров ее злокачественности именно вследствие манифестации феноменологии легитимации аддиктивного поведения, фактически дополняющей картину абсолютной анозогнозии [1]. В этом контексте клиника рентно-манипулятивного поведения, несмотря на свою определенную психопатологическую гетерогенность, тем не менее, все же более однородна и "выполнена" в некоем едином психопатологическом дизайне. Поэтому здесь психопродуктивная симптоматика и негативная симптоматика формируют, в целом, достаточно однородное клинко-понятийное пространство, где рентность гармонично дополняется необходимым клиническим механизмом своего воспроизводства — манипулятивностью поведения зависимого.

Безусловно, важным является динамическое изучение синдрома, где на исходных этапах болезненного процесса дефектная модальность, в противовес активной психопатологии, звучит более отчетливо. Мы (в образной форме, конечно же, с целью донести до читателя именно своеобразие качества психопатологического определения) называем данный феномен демонстрацией характерного и оригинального статуса "юродивого".

Исходя из клинко-психопатологического понимания феноменологии рентности и манипулятивности наркологического больного, необходимо акцентировать внимание именно на клиническом феноменологическом статусе указанной симптоматики. По этой причине имеется стремление всячески предостеречь клинициста от какой бы то ни было психологизации указанной феноменологии. В противном случае она утрачивает свое исходное и очень важное клинко-диагностическое значение, получает образ некой, пусть даже и отличающейся какой-то спецификой, но все же довольно распространенной и психологически понятной поведенческой модели, где создается иллюзия доминирования установочных мотиваций, апеллирующих к полноценной свободе выбора и большому его диапазону.

В этом же ряду находятся и упрощенные клинические квалификации особенностей рентно-манипуля-

тивного поведения как проявления "актуализации патологического влечения". Это, в свою очередь, неминуемо толкает психологизирующего нарколога на поиск неких довольно примитивных техник быстрой коррекции этой "понятной" девиации, скатыванию на симптоматический уровень рассмотрения патологии, тем самым притупляя его "психопатологическую бдительность", нивелирует диагностические (прогностические) и результативные возможности клинической психопатологии. Не оценивая должным образом психопатологию, врач, по сути, утрачивает возможность эффективного и прогнозируемого воздействия на болезнь, что, в общем, не в интересах больного и его микроокружения. Эта тема уже многократно обсуждалась [1], поэтому не будем больше на ней останавливаться.

Клинический характер рассматриваемой феноменологии предопределяется ее специфичностью, что позволяет диагностировать ее в каждом клиническом случае и напрямую эффективно дифференцировать в ряду других психопатологических формаций (о чем уже упомянуто выше).

Если рассматривать патогенетические истоки феномена рентности, то здесь становится понятной именно изначальная психопатологическая интенция воспроизводства психикой больного первичных установок на получение выгод и предпочтений со стороны микроокружения. Вначале болезни и в период ее разгара, когда психика охвачена "наркотическим безумием" (именно так важно понимать клинический термин *наркомания*), рентность ориентирована только лишь на аддиктивность как первичную мотивацию, почти не проявляясь вне фабулы наркотизма. При условии, конечно, что подобные характеристики не являются компонентом преморбидной личности.

Здесь, однако, именно четко очерченный фабульный характер переживаний больного отличает наркоманию от вполне общих рентных установок психопата. Эта аддиктивная мотивация, как мы знаем, может иметь сверхценный или бредовой характер своей выраженности, что абсолютизирует ее доминантность. Здесь, естественно, легко обнаруживаются и другие "параллельные" психопатологические конструкции наркодоминанты: синдром абсолютной анозогнозии и синдром легитимации аддиктивного поведения. Характерно также, что основным психопатологическим механизмом воспроизводства конструкции здесь служит наркоманический (наркологический) автоматизм, а обсессивно-компульсивный механизм уже утрачивает свою клиническую значимость или отсутствует вовсе. Таким образом, на этапе развернутого наркологического заболевания данный психопатологический конгломерат демонстрирует психотический уровень выраженности психопатологии.

Возвращаясь к анализу патогенетического детерминизма феномена рентности, можно отметить, что некая "первичная рентность" закладывается уже самой философией "кайфа", его изначально драматически переживаемым психосенсорным обустройством, втягивающим в "психопатологический водоворот" чувственный, а затем и образный компоненты мышления, делая это мышление патологическим и закрепляя порочный круг формированием кататимных механизмов деперсонализации. Уточним, что речь здесь идет о тесной интеграции переживания опьянения как психосенсорного феномена в целостное психическое функционирование больного, когда деперсонализация становится не только атрибутикой этого опьянения, но и, через обретающий свои клинические позиции обсессивно-компульсивный механизм, фактически обеспечивает становление интоксикационного континуума. Это, безусловно, уже на ранних этапах манифестирующего заболевания становится четкой клинической характеристикой болезненно измененного сознания, дополняющего собой нарушенное сознание, имеющее место в состоянии интоксикации.

Таким образом, на этапе сформированного наркоманического интоксикационного континуума налицо одновременно два вида болезненно представленной функции сознания, что свидетельствует о тяжести патологии. "Первичная рентность", таким образом, уже с первых шагов болезни начинает определяться некой изначальной патологически извращенной эстетикой переживания опьянения как фазового (периодически повторяющегося) психопатологического состояния, где компонент наслаждения изначальным формирует и стимулирует элемент завышенных потребностей и собственно необходимость нового качества потребления. Это очень быстро приобретает форму сверхценности, интегрируясь в общую психопатологическую картину наркологического заболевания и комплектуя наркодоминанту. Здесь можно зафиксировать не просто гедонистическое переживание, не приводящее к драматическому искажению основных структурных элементов мышления, имеющее в рамках нормы (а, следовательно, безоговорочного доминирования ясного сознания как главного атрибута психической деятельности индивида) некое креативное начало, обеспечивающее адаптивные параметры и никак не выходящее за рамки этой психиатрической нормы [1]. Это также отнюдь не заострение черт первичной дегенеративной личности (вернее, таковая здесь уже "с гарантией" все более утрачивает свое ведущее значение и тем быстрее, чем злокачественнее протекает болезнь). С самого начала этот личностный фактор в данном случае отсутствует "за ненадобностью", поскольку болезнь определяет неоспоримый приоритет патологических формаций, демонстрируя ту самую

психотическую вычурность и извращенность в предъявлении, казалось бы, совершенно обычного и "абсолютно понятного" психологического явления. Тем не менее, формирующаяся сверхценность, будучи самостоятельной и очень активной патологической структурой, сразу отбрасывает все эти правильные и здоровые, эволюционно детерминированные компоненты в режим активного формирования нажитой дегенеративности (психопатизации), клиническим отображением которой выступает в том числе и рентность аддикта.

Таким образом, налицо "чистая" психопатология, которую просто необходимо замечать квалифицированному специалисту. Это — "момент истины" в диагностике и, всем понимании наркозависимости как целостной патологической структуры. Здесь — "точка бифуркации" на понятийном уровне [5], которая "разводит" в диаметрально противоположных направлениях психопатологические и психологические дефиниции и толкования наркотизма. Таким образом, все последующие оценки поведения потребителя ПАВ становятся окончательно детерминированы либо клиническим, либо психологическим модусом рассмотрения.

Мы подчеркиваем здесь именно психопатологический примат, поскольку на сегодняшний день патофизиология интоксикации, предъявленная на нейронном уровне, не может объяснить исчерпывающе патогенетический механизм образования сверхценной идеи и бреда. Это напрямую относится к беспрецедентному драматизму законченности переживания опьянения, которое запускает это направление патологии мышления скорее благодаря своему комплексному феноменологическому присутствию, а не вследствие счет некоего точно локализованного токсико-химического воздействия на нейрональные структуры на молекулярном метаболическом уровне. Повторимся, что эту идеологию требуется еще очень долго изучать, структурировать и тщательнейшим образом доказывать. По всей вероятности, успех здесь вполне возможен.

Тем не менее, сегодня психиатрическое (но не упомянутое выше патофизиологическое) толкование патогенеза наркомании значительно более понятно и, в целом, вполне достаточно для правильного формулирования лечебно-восстановительных стратегий. Его приоритет вряд ли будет утрачен и в будущем. Молекулярная патофизиология здесь, кстати, может быть неплохим подспорьем, помогая понимать и устранять проблемы на симптоматическом уровне, но уж никак не выходить на передний план, хотя бы по причине своей "сырости" и принципиальной недоработанности.

По мере продвижения болезни к ее исходным формациям все более выраженными становятся про-

явления дефекта. Здесь рентность получает свое, несколько более расширенное присутствие, уже не просто становясь качеством болезни, но формируя новое качество измененной личности. Такой переход, надо отметить, довольно плавный. Чем, однако, быстрее он фиксируется и чем динамичнее проявляется, тем большую прогрессивность демонстрирует наркологический болезненный процесс. Рентность как нажитое качество, реализуемое в дефектном спектре в исходе наркологического заболевания, может быть представлена как очень заметная формация. Чем более выражен дефект, тем больше эта формация, которая, однако, в наркологии (даже при психоорганическом регрессе) редко достигает уровня тотальности. Здесь присутствует другое качество, определяющее именно дефект, апатический компонент, эмоциональная нивелировка, одновременная бедность и слабость интенции. Это те психопатологические параметры, с которыми параметр рентности "соседствует" напрямую.

Единственное, что заостряет постпсихотическую рентность, — это другой компонент наркологического дефекта, проявляющийся в виде мощной истероидизации, которая, естественно, начинает усиленно "звучать" при психомоторном возбуждении, в том числе — при актуализации психопатологических параметров наркодоминанты и симптоматики патологического влечения. Это нажитое качество аддикции, именно как психопатологический феномен личностного снижения, клиницисты часто относят к категории органического спектра. Мы склонны рассматривать данное клиническое явление как четкий атрибут дефекта при аддиктивной болезни, который имеет свою значительную выраженность именно при опиоидной зависимости.

Безусловно, "примесь" органики здесь есть, но не она определяет качество феномена. Это тем более очевидно при сравнении этих параметров у опиоманов и алкоголиков. У первых, при большей злокачественности болезни, феномен рентности в его истероформном исполнении представлен значительно рельефнее. Здесь можно отчетливо увидеть тот самый статус "юродивого", который в определенной степени усиливается посттоксической астенией в фазу синдрома отмены и компонентом токсической энцефалопатии, во многом обусловленной уже сформированным полинаркотоксикоманическим паттерном злоупотребления ПАВ.

Клинически эта рентность проявляется всевозможными жалобами на тяготы "нелегкой наркоманической жизни", своеобразным и характерным занудством больного, выпрашивающего себе (или другим больным-наркоманам, соседям по палате) те или иные предпочтения. Эти компоненты статуса выглядят, как правило, клишированными и примитивными.

В первую очередь, это касается "лекарственного обеспечения" с выпрашиванием именно тех препаратов, которые, по мнению больного, для него наиболее эффективны. Это — те или иные "заменители" наркотика, гипно-седативные препараты, в числе которых наиболее предпочтительны бензодиазепины. Все вместе больной называет "обезболивающими" и "лекарствами от депрессии". Как правило, речь идет об очень высоких дозировках. Психопатологически это не только и не столько симптом тревоги, имеющий фазовое представительство в рамках синдрома отмены, поскольку уж слишком тревога здесь дифференцирована. Это противоречит ее симптоматическому психопатологическому смыслу. Именно в силу, в первую очередь, рентности, а также наличия остальных психопатологических структурных элементов доминанты, только дополняемых аффективными компонентами и тревогой, в частности, несмотря на полинаркотоксикоманическую "всеядность", больными демонстративно отвергаются другие препараты, по их твердому убеждению, вызывающие "дискомфорт" и "сильно ухудшающие" их здоровье (нейролептики, некоторые антидепрессанты). Частыми также являются просьбы больного предоставить ему немедленный отпуск "на полдня" или "на день" с весьма убедительно (и настойчиво) формулируемыми обещаниями вернуться в клинику в срок, трезвым и никоим образом не нарушать лечебный режим. Такой отпуск, по мнению больного, ему необходим, чтобы "отдохнуть", "помыться", "привести себя в порядок".

Кстати, подобные клинические ситуации детерминированы не только лишь "патологическим влечением" (что выглядело бы для клиники слишком прямолинейно и примитивно). Оно здесь, скорее, является сопутствующей симптоматикой, нежели каким-то структурообразующим началом. Вообще стремление всячески вызвать к себе естественную жалость — это характерный статусный компонент, являющийся психопатологическим "мостиком", соединяющим рентность и манипулятивность. В этом же контексте присутствуют и другие хорошо знакомые практикующему наркологу подобные ситуации, которые демонстрируют достаточную возможность своей адекватной клинической интерпретации. В любом случае здесь присутствует стремление к некой выгоде, естественное в своей болезненной детерминированности и строгой ориентированности, в том числе и для получения возможности новой наркотизации (что, собственно, свидетельствует лишь об активности болезни и клинической актуальности психопатологии наркодоминанты). А потому клиническое оформление представлено как запрограммированное, стандартное, лишированное, иногда с нелепой дурашливостью, лишенное полутонков и нюансов, бескомпромиссное в

своем характерном для болезни исполнении. Это — отличительные качества рентности наркомана и рентности психопата, где все значительно более привязано к ситуации, работает "на публику", значительно более разнообразно, гибко, более красочно, мозаично и более расчетливо. Здесь совсем другая гармония, отражающая реакцию и реактивность именно как универсальные качества психопата. У наркомана рентность очень тесно завязана на аддитивные мотивации, она с ними абсолютно "переплетена" и насквозь ими пропитана. При этом безразличие ко всем остальным обстоятельствам и ситуациям, не вовлеченным в наркоманический процесс (на уровне фабулы или потребности), может быть полным, т.е. наблюдается характерная для аддитивной болезни диссоциация. Искренней демонстративностью истерика, "покоряющего публику" с помощью "проверенного", вполне естественно выглядящего и творчески применяемого "инструментария", здесь и "не пахнет". Все жестко, схематизированно, ходульно и полностью предопределено бескомпромиссной первичной интенцией болезни подчинить и регламентировать ситуацию "под себя" любой ценой. Психопат живет, играя. Наркомания играет, чтобы выжить. Это, как можно заметить, разные феномены и разные мотивации.

Как мы уже отметили, одним из главных психопатологических проявлений феномена рентности у наркологического больного являются расстройства мышления, где присутствуют, так или иначе, все его компоненты, но с преобладанием чувственного и образного компонентов. Это проявляется, в первую очередь, определенным образом выстроенной системой суждений и умозаключений, детерминированной ощущениями и восприятиями (структурные элементы мышления). Они организуются болезнью в сложную конструкцию наркоманической доминанты, где можно наблюдать тесное переплетение других компонентов активного наркотизма: абсолютной анозогнозии и легитимации аддикции. Больной так воспринимает происходящее вокруг и так существует в этом окружающем его пространстве, что болезненно переориентированная психика неотвратимо нуждается в абсолютизации наркоидеи. Таким образом формируется своеобразное "параллельное мышление" наркомана [1]. (Феномен параллельного мышления, кстати, имеет старое греческое терминологическое обозначение — *паранойя*). Это происходит сразу по всем направлениям и опосредуется в конечном счете включением самого "эффективного" болезненного механизма: наркоавтоматизма. Здесь параллельное мышление начинает все более демонстрировать свою патологическую инерцию и однобокость, а поведение больного уже целиком, без какой-либо оглядки и средовой коррекции, детерминировано психопатологическими

структурными образованиями, формирующими стойкие патологические мотивации. На этом этапе болезни функция рентности уже звучит "в полный голос". Все мышление аддиктивного больного, переориентированное в ракурсе доминантности наркоидеи, включается в ее воспроизводство и обслуживание. Наркоманическая рентность — это, в первую очередь, компонент обслуживания наркодоминанты, интегрированный в точную и технологичную болезненно выстроенную цепь воспроизводства наркоманического интоксикационного континуума. Мышление во многом именно за счет функции рентности переключается на исключительную абсолютизацию наркоидеи, вытесняя, отторгая и отвергая все лишнее, мешающее, препятствующее ее реализации. В этом компоненте рентность играет роль надежнейшей и вернейшей "прислуги". Она концентрирует в своем поле мыслительную активность, направленную исключительно на воспроизводство патологических доминантных конструкций.

Как говорят некоторые психологи — все на службу "принципу удовольствия"! Здесь, однако, это "удовольствие" очень быстро автоматизируется, утрачивает свою первичную свежесть и фактурность (как это, несомненно, присутствует в здоровой психике), приобретая психопатологические качества вычурности, алогичности, выхолощенного автоматизированного действия, поставленного болезнью на конвейерное воспроизводство. Рентность отключает внимание от всего постороннего, мешающего доминанте. Она, запуская функцию своеобразной "экономной психической энергии", отключает концентрацию на всем том, что называется активной психической творческой деятельностью. Она фокусирует мыслительную деятельность, переживания, психосенсорику на подчинение и консолидацию всей психической деятельности индивида, строго ориентированной в русле наркодоминанты, очень эффективно способствует переориентировке всего потока информации и ее переработки структурами мышления в необходимом для нового воспроизводства болезни русле. Рентность как психопатологический феномен фактически организует и обустроивает интоксикационный континуум. Она формирует и организует жизнедеятельность индивида на таком уровне, какой необходим болезни для ее существования и воспроизводства, т.е. абсолютно явно и очень ярко демонстрирует и точно реализует функцию измененного сознания и психического нездоровья, являясь при этом его порождением. Это замкнутый порочный круг психического заболевания, квалифицируемого как аддиктивная болезнь.

Функция рентности, реализуемая, в первую очередь, специфически "преобразованным" болезнью мышлением наркомана, органично интегрирует в себе

другие патологические формации. Все это не может не сопровождаться грубыми волевыми нарушениями. Этот вид психического нарушения не просто характерен для наркомании. Он является одним из ее главных психопатологических компонентов. Волевые расстройства при наркомании представлены в форме специфической наркоманической парабулии [1]. Она реализуется снижением волевой активности в отношении всех сфер психической деятельности, кроме представленных в структуре наркодоминанты патологических конструкций. Здесь эта функция присутствует в статусе гипербулии. Парабулия как психопатологический феномен проявляется негативизмом, вычурностью и импульсивностью. Все указанные структурные элементы парабулии представлены в клинике наркотизма ярко и рельефно.

Рентное поведение аддиктивного больного напрямую отражает патологию волевой функции. Как можно легко убедиться, изучая клинический материал, статусная характеристика наркоманической парабулии в ее "рентном" исполнении лежит на поверхности и проявляется абсолютно во всем. Речь идет об утрированной организации жизнедеятельности наркомана не только в период активной наркотизации, но также в нестабильной фазе становления ремиссии. Мы уже упоминали о вычурности волевой активности аддикта в эти периоды его жизни, когда рентность активно включается в пролонгацию аддиктивного континуума и его прямое обустройство. В фазе воспроизводства интоксикационного континуума все ресурсы психики наркомана сконцентрированы на переживании опьянения и всего, что с ним так или иначе связано. В период прекращения активной наркотизации можно наблюдать на фоне разбалансировки привычной последовательности психических и моторных актов своеобразное соединение рентности и резонерства. На этом фоне звучат весьма характерные высказывания аддикта о том, что он, при условии своей немедленной выписки из наркологического стационара (да, впрочем, и без такового условия), больше никогда не будет принимать наркотик, что он начинает "с завтрашнего дня" вести абсолютно праведный образ жизни, став примером для всех остальных, что он непременно начнет активно работать, чтобы содержать семью. Однако, на вопрос, каким образом он это собирается делать, больной сообщает, что его должен устроить на эту работу кто-либо из родственников или знакомых. Это частенько сопровождается некой религиозной интенцией, всевозможными "правильными" и "любезными для слуха врача" сентенциями и декларированными (но никогда не реализуемыми) побуждениями. Вместе с тем, все эти вещи звучат абсолютно ходульно, выхолощено, безапелляционно и полностью отвлеченно, не сопровождаются абсолютно

никакой конкретикой. Скорее, их рентная направленность здесь уже приобретает и оттенок манипулятивности. Самым главным компонентом для психопатологического мониторинга здесь является резонерство, отражающее наркоманический дефект и приобретающее ближе к исходу болезненного процесса фактуру не просто стиля, но образа мышления, демонстрируя его не критичность и особую структурную организацию, детерминированную болезнью. Наличие характерной депрессии в фазе становления ремиссии несколько стабилизирует (точнее, "морозит") симптоматику, консервирует ее, поскольку нивелируются, в первую очередь, тревожный компонент и аффективная лабильность вообще, характерные для фазы острого периода синдрома отмены. На этом фоне первичные расстройства мышления и волевой сферы, несмотря на их мнимую дезактуализацию, выглядят особо рельефно и всегда заметны при внимательном психопатологическом обследовании больного.

Очень важно понимать отмеченные феномены именно как значимые клинические характеристики. В силу этого они никак не могут быть демонстрацией так называемого установочного поведения, как часто утверждают психологи, рассматривая феноменологию поверхностно и не понимая клинического смысла фиксируемых особенностей поведения. Причина этого кроется не в каких-то личных проблемах исследователя или в его недобросовестности. Это особенности методологии психологического исследования, не позволяющие проникнуть в глубинную суть явления и понять истинный клинический смысл психопатологического феномена. Больной, предъявляя врачу те или иные высказывания, не просто пытается его "обмануть", спрятать истинные побуждения и обвести "вокруг пальца". Его поведение естественно в своем болезненном воспроизводстве, а диссимуляция как клинический феномен отражает лишь остроту и психотический уровень расстройства. Болезнь и вся ее феноменология, которую мы здесь разбираем, просто не позволяет больному осуществлять свободный выбор и самостоятельно структурировать свое поведение, выстраивая его гибко и прагматично.

Здесь как раз отсутствует эта гибкость, а "прагматизм" реализуется лишь в интересах болезни, при этом демонстрируя патологические механизмы рентности, парабулии, наркоавтоматизма. Это — абсолютно объективные клинические характеристики, которые врачу как подготовленному профессионалу необходимо видеть и понимать. Все рассуждения о "доказательности" или "бездоказательности" здесь неуместны, поскольку само качество психопатологического феномена, правильно обозначаемое, является неопровержимым доказательством болезненного уровня

расстройства. Определять это врача учат при его первичной профессиональной подготовке, и мнения профанов по поводу принципиальной "бездоказательности" результатов такого исследования в психиатрии, дабы не быть посмешищем, не должны озвучиваться в принципе. Это — специальный вопрос, а не политика и не бизнес, где, вероятно, есть больше шансов получить таким образом признание. Научная атрибутика, принятая в биологических науках и психологии в форме унифицированного шкалирования и последующей статобработки полученных при этом данных, становясь в прямом смысле наукообразием, для психиатрии не годится. Именно такая методология, без качественного описания и квалификации, в клинической дисциплине является бездоказательной.

Здесь также требует дополнительных психопатологических разъяснений сам факт "добровольного" обращения аддиктивного больного в наркологическое учреждение, когда возникает множество недоумений в связи с досрочной выпиской и быстро возникшим нежеланием этого больного продолжать лечение. Не затрагивая проблему глубоко и не злоупотребляя понятием *патологическое влечение*, можно отметить: пребывание наркологического больного в клинике сокращается не за счет последнего. Патологическое влечение, будучи симптомом, является фазовым состоянием, принципиально легко купирующимся адекватным симптоматическим седативным психофармакологическим воздействием (при условии правильно организованной клинической инфраструктуры и адекватной работы с больным). Быстрый уход больного из терапевтической программы обусловлен наличием стабильных психопатологических комплексов абсолютной анозогнозии (в первую очередь, ее активной психопатологической формации), а также легитимации аддиктивного поведения, т.е. благодаря патологической активности главных структурных компонентов наркодоминанты, "убрать" которые быстро с помощью психофармакотерапии (в силу технологических возможностей последней) попросту невозможно. Такой исход неотвратим, даже если сделать клинику из чистого золота, а больного кормить вкусным шоколадом. Естественно, он опосредован наличием одного из двух основных механизмов воспроизводства наркодоминанты — обсессивно-компульсивного и наркоавтоматизма.

При этом наркоавтоматизм демонстрирует значительно более "жесткие" клинические характеристики по сравнению с навязчивостью, что полностью регламентирует болезненное поведение, не оставляя практически свободы выбора. Только лишь рентность (при условии ее выхода на первые позиции), наряду с

апатическим радикалом, будучи объективным клиническим феноменом, "заставляет" аддикта находиться в больнице, где у врача появляется отличная возможность наблюдать ее "во всей красе" в структуре синдрома рентно-манипулятивного поведения. При этом часто не имеет никакого значения уровень "звездности" такого наркологического "отеля". В данном случае, безусловно, проявления аддиктивной рентности и ее клиническая окраска зависят от психопатологического "качества" доминанты в целом, т.е. активности упомянутых психопатологических формаций, ориентирующих больного в сторону продолжения наркотизации.

По мере преодоления болезнью своего пика и выхода ее в состояние стабильного нарастания дефекта, который постепенно берет "бразды правления", рентность также приобретает свои дефектные "опознавательные" характеристики и все более становится ведущей силой, организующей жизнедеятельность больного. Здесь на фоне пассивности и непротивления в то же время сохраняется довольно очерченная интенция на получение возможных льгот и предпочтений, причем не только (и не обязательно) в ракурсе наркодоминанты. Подобный "дрейф", между тем, по своему качеству принципиально отличается от дефекта шизофреника (а, следовательно, может служить и

дифференциально-диагностическим критерием), поскольку именно аддиктивная рентность с ее эгоцентрическим вектором является здесь важнейшим психопатологическим элементом.

Окончание следует

Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Кастерина Н.В. Социально-психологические особенности женщин с наркотической зависимостью, впервые осужденных к лишению свободы // Наркология. — 2008. — № 3. — С. 73—78.
3. Клименко Т.В., Дворин Д.В., Субханбердина А.С. Динамика противоправной активности у больных с различными психическими расстройствами на фоне злоупотребления опиатами // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. — М., 2004. — С. 66—67.
4. Кургак Д.И., Благов Л.Н., Бохан Н.А. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия). — Томск: Иван Федоров, 2007. — 167 с.
5. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., Артемчук А.Ф. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Харьков: Плеяда, 2007. — 239 с.
6. Messina NP, Wish ED, Hoffman JA, Nemes S. Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes // Am. J. Drug Alcohol Abuse. — 2002. — Vol. 28(2). — P. 197—212.

PSYCHOPATHOLOGIC PHENOMENON OF RENTAL AND MANIPULATIVE BEHAVIOUR OF ADDICT

BLAGOV L.N. Ph.D., Head of Chair of Drug Dependence, Russian State Medical University, Moscow

Clinical phenomenology of narcotism as psychopathologic construction produces not only academic interest but has quite practice importance. It's adequate clinical estimation and understanding gives the possibility of effective correction some distortions appearing with multidisciplinary specificity approach of studies in addictology in general. It also gives the possibility of integrated structuring of drug addiction clinic using syndromal and nosologic approaches. Main syndroms of "addiction dominant" — "absolute anosognosia" (denial of illness), "legitimation of addictive behavior", "rental and manipulative behaviour" — are psychopathologic syndroms describe general model of addiction and have specific character of dynamics.