

# Феномен наркоманического (наркологического) автоматизма: клинико-диагностическая роль и особенности психопатологии при опиоидной зависимости\*

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ,  
Российский государственный медицинский университет, Москва

*Синдромология наркотизма, представленная в стандартизованных клинико-психопатологических конструкциях, опирающихся на традиционную понятийную психопатологическую базу, демонстрирует свою клиническую уникальность и возможность своего дифференцированного рассмотрения. Таким образом, выполняется основное требование клинического диагноза — точность и полнота отображения сути болезненного расстройства и его главных качественных параметров. Комплексное присутствие в наркологической клинике расстройств не только ментальных, но и соматоневрологических так или иначе, заставляет искать диагностические и терапевтические приоритеты. В связи с этим, требуется подчеркнуть приоритет психопатологии в клинической наркологии, не только отражающей движущие силы неправильного зависимого поведения наркологического больного, но и проясняющей клинико-патогенетическую суть наркологического заболевания. Такое понимание проблемы достигается путем психопатологического исследования структурно-динамических характеристик феноменологии в рамках основных его синдромов. Одним из них является феномен наркоманического (наркологического) автоматизма, имеющий свои клинико-психопатологические особенности и клиническую значимость.*

**Н**еобходимо оценить феномен, квалифицируемый нами как *наркологический* (наркоманический) *автоматизм*, в представленных критериях. Они преломляются в психопатологических характеристиках основных функций психики: сознания, мышления, волевой, аффективной, интеллектуальной и поведенческой сфер. Понятно, что данные характеристики, в силу своей большой клинической важности, требуют своего подробного всестороннего изучения и изложения, естественно, с предоставлением необходимых корреляций и определением принципов взаимной зависимости. При этом описание и квалификация указанных функций, чем более подробно они представлены, могут нести достаточно большие объемы информации. С учетом такого рассмотрения проблемы мы полагаем, что здесь могут потребоваться отдельные и тщательно структурированные изложения. Такое изучение может быть выполнено и представлено уже в ближайшей перспективе, поскольку на сегодняшний день становятся более понятными главные структурно-динамические характеристики наркологического заболевания, рассматриваемые через призму психопатологии. В данном материале мы приводим лишь основные психопатологические описания и характеристики феномена наркоавтоматизма. Ключевым элементом в осмыслении его психопатологической сути является фактор *клинической эволюции*, позволяющий увидеть кардинальную разницу между

обсессивно-компульсивным механизмом клинического «выхода» наркоманической, отражающим неврозоподобный этап наркомании, и психотическим ее этапом. Последний характеризуется симптоматикой наркоманического (наркологического) автоматизма. Таким образом, «старые» клинические признаки зависимого поведения и патологического влечения приобретают качественно новое «звучание» и «оформление». Это означает развитие нового этапа прогрессивного наркологического заболевания как фактора эволюции психопатологии в процессе его естественной динамики, когда обсессивный комплекс трансформируется в автоматизм. Особо отметим, что изучаемое клиническое явление выступает в качестве универсальной психопатологической категории и характеризует функцию *измененного сознания*. Это означает, что оно может быть представлено и рассмотрено вне зависимости от состояния интоксикации (нарушенное сознание) или состояния трезвости наркологического больного.

Мы неоднократно ранее говорили о приоритете нарушения функции мышления при тяжелом наркологическом заболевании, каковым является опиоидная зависимость [1]. С переходом на психотический этап болезни содержательная сторона мышления (фабула) остается неизменной. Здесь имеет место фактически прежний комплекс идеаторных конструкций, отражающий приоритетный характер идеи и идеологии наркотизма с многогранным их воспроизводством и отображением. Этот комплекс *при злокачественном*

\* Окончание. Начало см. Наркология. — 2008. — №8.

развитии патологического процесса с переходом обсессивного уровня психопатологии на психотический претерпевает усложнение и демонстрирует свою серьезную переработку в рамках патологического творчества больного наркоманией. Следует четко понимать, что здесь имеет место не простое «сужение круга интересов» и «мотивационного пространства» по «слабоумному» психоорганическому сценарию, где превалируют в качестве оценочной категории некие примитивно выстроенные «мысли о наркотике». Это — в прямом смысле процесс, сопровождающийся развитием мощной психопродуктивной конструкции, характерной для клиники наркотизма в целом и специфичной для каждого вида зависимости. Таким образом, идет образование и окончательное формирование синдрома «легитимации аддиктивного поведения» — сверхценной и бредовой структуры, отражающей на когнитивном уровне специфическую доминантность наркоидеи. Это — в полной мере проявление процессуального характера развития болезни, имеющей в своей динамике патологическую этапность, которая отражает уровневый характер патологии: неврозоподобный (обсессивный), психотический, психоорганический (энцефалопатический) уровни поражения психики. Вместе с тем, клиническое формирование и развитие синдрома легитимации аддиктивного поведения неотделимо от параллельно развивающегося наркоавтоматизма. Последний оказывает значительное влияние на первый, поскольку фактически определяет целостный механизм психопатологического функционирования больного наркоманией на психотическом этапе болезни. Это происходит вследствие включения механизмов прямого патологического («автоматизированного») влияния на все без исключения компоненты мышления: чувственный, образный, интерпретативный. Подобную феноменологию мы можем легко увидеть, если, опираясь на тщательный клинико-динамический анализ психического статуса больного наркоманией, рассматривать ее в соответствии с приведенными выше клиническим определением и клиническими критериями автоматизма. В конечном счете, он полностью принимает на себя функцию главного «двигателя» патологического процесса, каковым является тяжело протекающее наркологическое заболевание. Здесь мы можем отметить, что автоматизм несет мощный «формообразующий» потенциал в отношении всего идеаторного компонента психики наркозависимого. Он, по сути, обретает функцию своеобразной «матрицы», которая специфическим образом ориентирует апперцепцию (цепочку логически взаимосвязанных элементов идеаторного процесса), определяет специфическую направленность патологического мышления наркомана и фактически «штампует» его основные компоненты.

Это происходит в абсолютно автоматизированном режиме, как безусловная «данность», никак не отслеживается аналитической функцией, которая также полностью подчинена наркодоминанте и является ее составным элементом (компонент рецептивности). Таким образом, мышление наркомана, становясь окончательно деформированным, начинает функционировать односторонне, воспринимая и воспроизводя только лишь такую информацию, которая демонстрирует ту или иную степень резонанса с апологетикой наркоманической доминанты. Все остальное, не совпадающее с болезненно детерминированными предубеждениями мышления или противоречащее им, включая собственный отрицательный опыт и *витальные (гипотетические или уже имеющие место) последствия* (передозировки или тяжелые, угрожающие жизни больного инфекции, тяжелые соматоневрологические последствия наркотизации), проходит мимо, игнорируется и не фиксируется психикой, априори отвергается. Стандартная «проштамповка» процесса мышления в автоматизированном режиме рождает специфическую автоматизированную его структуру, заранее регламентированную и выстроенную в совершенно определенном наркодоминантном ракурсе. При этом какая-либо степень свободы и критическое осмысление с возможностью выбора в отношении альтернативных наркодоминанте мотиваций исчезает. Результатом этого является окончательное «вызревание» одного из главных психопатологических компонентов зависимого поведения — *синдрома абсолютной анозогнозии*, в основе которого, помимо нарушения мышления, лежит мощный фактор *негативизма*. Последний может иметь две свои разновидности (хорошо известные в психопатологии): *активный* и *пассивный*. Первый, будучи интегрированным в автоматизм, является четким клиническим признаком острой психопатологической расстройств и значительной болезненно обусловленной дезинтеграции психической деятельности. Второй в большей степени отражает снижение активности наркодоминанты и является фактором дефекта. В клинике зависимости эти два элемента, как правило, присутствуют совместно, определяя своими пропорциями клинические особенности в каждом конкретном случае.

Таким образом, патологическое (патогенетическое) влияние феномена наркоавтоматизма на *интерпретативный* компонент мышления заключается в жесткой и безусловной механической абсолютизации наркоидеи и наркоидеологии как мировоззренческой психопатологически организованной структуры. Она становится не просто ригидной и труднокорректируемой конструкцией. Здесь происходит мощное включение феномена «порочного круга», когда сенсорный компонент автоматизма и чувственно-образный ком-

понент патологического мышления жестко фиксируются вполне автоматизированной интерпретацией, что, в свою очередь, резко усиливает тенденцию бредообразования как важнейшей атрибутки наркоманической доминанты, демонстрирующей психотический уровень своего клинического присутствия. Феноменологически здесь довольно легко можно зафиксировать специфическое видоизменение структурных элементов мышления — *представлений и понятий*. Их стойкая деформация во многом предопределяет динамику и направленность наркоманического бредообразования. Наличие последней тенденции свидетельствует о глубине поражения (безусловный психотический уровень), что, соответственно, регламентирует клинику и предопределяет уровень терапевтического вмешательства.

Формирующийся наркоавтоматизм, следовательно, не просто оказывает свое влияние на процесс мышления, но и существенно модифицирует его. *Чувственный* компонент мышления наркомана здесь демонстрирует интересную клиническую динамику. Структурные элементы мышления больного (*ощущения и восприятия*) становятся, по сравнению с предшествующим этапом болезни, отражающим неврозоподобный уровень поражения психики, еще более деформированными, вычурно и утрированно «включаются» в патологически организованный мыслительный процесс, поставляя информацию к осмыслению и принятию решения (процесс анализа и синтеза) в значительно более искаженном и «отфильтрованном» виде. Таким образом, фактически предъясняется *сенсорный компонент автоматизма*. Сюда можно, конечно с некоторой оговоркой и поправкой на специфику, отнести феномен алгий в структуре синдрома отмены опиатов (*неврологические иллюзии*). В еще большей степени интересен сенсорный аспект так называемой сухой ломки (псевдоабстиненции), который в ряде наиболее выраженных своих проявлений можно, на наш взгляд, вполне психопатологически оправданно расценивать как своеобразную *сенестопатию*, безусловно, редуцированную, особым образом типизированную в клинике наркомании, с относительно малой амплитудой и неяркой, статично организованной палитрой проявлений. Характерным дополнением здесь можно считать своеобразную сенсорную зависимость, отмечаемую в период активности наркодоминанты: своеобразный и характерный зуд по ходу вен, явственное ощущение гипотетического опьянения (симптоматика влечения к интоксикации), характерное ощущение «нехватки опьянения», чувство явной потребности в интоксикации, сухость или некий особый привкус во рту, необычные ощущения в кишечнике. Можно продолжить перечень характерной сенсорики, которая, становясь на психотическом эта-

пе заболевания атрибутикой наркоавтоматизма, все же демонстрирует наряду с характерной повторяемостью свое определенное разнообразие. Здесь, однако, уже присутствует элемент дифференциальной диагностики, поскольку нозологическая специфика наркологического заболевания, помимо перечисленных особенностей, заключается в периодичном *фазовом усилении* активности всего комплекса наркодоминанты, где влечение к интоксикации является квинтэссенцией и наиболее демонстративным патологическим проявлением на пике болезненной манифестации. Это позволяет отличать ее от подобной симптоматики при других нозологиях (в первую очередь, при тяжело протекающем неврозе и шизофрении), имеющих свою собственную клиническую «сенестопатическую» специфику, проявляющуюся, как правило, в рамках депрессивно-ипохондрического синдрома. Здесь, естественно, исследуется не просто феномен, а весь специфический нозологический комплект, позволяющий, в конечном счете, осуществлять вполне точную дифференциальную диагностику болезненного субстрата. Во всяком случае, подобный характер сенсорики при наркологическом заболевании смело можно относить в разряд психопатологии.

Отмеченный фазовый характер, свойственный в принципе наркологической патологии, тем не менее, в рамках собственно наркологического заболевания имеет некоторые отличия «уровневого» типа. Это, в первую очередь, качество самой психопатологии и механизмов ее воспроизводства. Здесь есть некоторые клинические наблюдения, которые позволяют увидеть эти отличия в разных ракурсах. На неврозоподобном этапе наркологического заболевания «чувство радости и внутреннего энтузиазма» от грядущей интоксикации (идеаторный компонент патологического влечения), будучи проявлением obsessions, сравнительно легко и часто довольно эффективно «убирается» постинтоксикационной астенией. Это ведет к снижению интенсивности интоксикации и временному ее перерыву. Называть такой перерыв ремиссией или нет — вопрос дискуссии. Все, однако, зависит от «внутренних патогенетически детерминированных пружин» (и, соответственно, характера прогрессивности) сформированной болезни. На психотическом этапе, вследствие формирования феномена автоматизма со всеми его клиническими критериями, такое подавляющее действие значительно ослабевает, что, собственно, подтверждается спецификой активности наркодоминанты и интоксикационным паттерном (а именно, его непрерывным длительным (континуальным) характером).

Также, как, собственно, и следует из логики клинического понимания «уровневого» психопатологического представления, манифестация симптоматики

наркоманической доминанты и патологического влечения на неврозоподобном уровне проявляется усилением обсессивных психопатологических проявлений с пиковыми характеристиками, достигающими степени компульсии. При снижении интенсивности своей выраженности болезненные проявления редуцируются и психический статус определяется личностно-средовыми особенностями, т.е. на первом плане находятся характеристики преморбидной личности в ее плотном взаимодействии с параметрами среды. При переходе на психотический уровень, где уже доминируют проявления автоматизма, мы можем наблюдать также определенное фазовое усиление симптоматики в рамках этого наркоавтоматизма, но при снижении ее интенсивности базовые компоненты автоматизма полностью не исчезают, переходя в некое «скрытое», *латентное* состояние, в режим некой «готовности номер один», нивелируясь, по сути, только внешне. Это касается всех без исключения компонентов автоматизма: идеаторного, сенсорного, моторного. И это принципиальное клиническое наблюдение, подтверждающее именно качество автоматизма, где одним из критериев является его непрерывность. Однако понимать это положение следует не догматически и абсолютизированно, а как выраженную психопатологическую тенденцию.

Дело в том, что при фазовом снижении интенсивности проявлений наркоавтоматизма, психика больного все же не возвращается к некой «норме» и не демонстрирует полностью признаки своей «здоровой организации». Влияние факторов личности в этой фазе, безусловно, возрастает, но не столь радикально. И это уже — не эссенциальная преморбидная личность. Она уже несет на себе «отпечаток» болезни, поскольку сохраняются в той или иной степени своей «межприступной» выраженности те или иные психопродуктивные компоненты зависимости, отражающие патологические изменения основных элементов психики, становятся заметнее проявления дефекта и начальные признаки ее регресса.

Все более заметными также становятся специфические проявления, напоминающие в некоторых своих проявлениях переходные синдромы Вика [4, 5] в плане специфической депрессии и астении [1], и это еще раз подтверждает психотический характер рассматриваемой феноменологии. При этом, параметры среднего уровня также не могут полностью взять на себя регламентирующую функцию, как это было на предыдущем (неврозоподобном) этапе болезни. Здесь как проявление психотического уровня болезнь сама «выстраивает под себя» микросредовой фактор (через патогенетические механизмы, в первую очередь, созависимости). Именно в этом проявляется отличие психотического болезненного уровня, когда средовой

фактор перестает напрямую регламентировать психическую и поведенческую функцию больного.

Все это — важнейшие клинические элементы злокачественно протекающей зависимости, требующие своей фиксации как статусных характеристик в каждом обследуемом клиническом случае. Здесь мы имеем возможность наблюдать *максимальную выраженность* наркомании на ее пике как тяжелое психическое заболевание, имеющее все признаки эндоформного патологического процесса. Также это по причинам, приводимым здесь в качестве клинической аргументации, регламентирует стратегический и тактический аспекты лечебно-восстановительной программы с вполне внятыми требованиями, делая их «прозрачными» и прогнозируемыми как по качеству, так и по длительности исполнения, поскольку клинические критерии заболевания здесь становятся также достаточно понятными. Наше толкование феноменологии наркотизма, как целостной и стройной системы вполне закономерно выстроенных патологических конструкций разных уровней — симптоматического, синдромального и нозологического, — также позволяет более осмысленно осуществлять процесс *дифференциальной диагностики*. Как мы отмечали выше, всякая психопатология требует своей квалификации (что, собственно, мы и пытаемся сделать).

Следует заметить, что чувственный компонент мышления при наркомании (в сравнении с образным и интерпретативным компонентами) отображает клинику зависимости наиболее рельефно. Иными словами — эта структурная часть функции мышления представлена в своем патологическом присутствии наиболее заметно, что называется — «бросается в глаза», поскольку здесь наиболее очевиден кататимный характер мышления больного зависимостью как аффективная характеристика компульсии. На это уже давно указывала в своих работах И.Н. Пятницкая. Это в значительной степени верно для начального — неврозоподобного — уровня психического поражения при наркологическом заболевании. Однако аффект, становясь структурным элементом сверхценности, не только предопределяет характеристики мышления наркомана через компонент чувственного мышления, в значительной степени он маскирует эссенциальную «поломку» мышления, выпячивая на первый план аффективную составляющую болезни. Поэтому при недостаточно глубоком анализе особенностей психического статуса больного наркоманией (в особенности — динамическом) фиксируется только лишь аффективная напряженность или лабильность, определяемая как приоритетное расстройство, а характеристики мышления больного остаются «за кадром» данного аналитического рассмотрения. Здесь важно понимать, что эволютивная динамика психопатологии при переходе с неврозоподобного уровня на психотический (т.е. с клинического приоритета обсессивно-ком-

пульсивного механизма реализации доминанты на уровень автоматизма) демонстрирует клинко-психопатологическую *инверсию* рассматриваемой связки «аффект — чувственный компонент мышления». Если высказываться более определенно, патологические характеристики мышления становятся доминирующими, демонстрируя свой переход на уровень автоматизма, реализуются как идеаторный компонент автоматизма, на новом качественном уровне оформляют психопатологию болезни, определяя ее качественно новый — психотический — этап. Аффект при этом становится второстепенным, все более приобретает *манипулятивный* (а значит, подчиненный) характер, утрачивает свое изначальное качество сверхценности, перестает оказывать определяющее влияние не только на характеристики мышления, но и на поведение больного в целом. Клинически мы можем видеть выхожденность, ходульность аффективных реакций больного, их нивелировку. Здесь, конечно, требуется сепарировать известную личностную (преморбидно детерминированную), а также вполне специфическую органическую «примесь» в структуре аффективного реагирования [7], что для наркологического заболевания вполне естественно. Однако, статусный характер в ее значительно большей клинической (диагностической) важности приобретает именно указанная трансформация аффективной составляющей и ее взаимодействие с компонентами (в первую очередь, с чувственным компонентом) мышления наркозависимого. Таким образом, кататимия процесса мышления наркозависимого нивелируется и может исчезнуть вовсе, становясь всего лишь некой психопатологической маской.

Подчиненность аффективного реагирования первичным когнитивным доминантным образованиям является, на наш взгляд, демонстративным клиническим проявлением автоматизма. Этот феномен тем более важен, что, по сути, на психотическом этапе болезни определяет психопатологию наркоманической доминанты в фазе актуализации патологического влечения к новой интоксикации. Болезнь здесь фактически приобретает свою окончательную «власть» над индивидом, выводя его психическое функционирование в разряд автоматизированного и лишая тем самым его любой «свободы выбора». При таком развитии событий становится болезненно детерминированным не только психическое функционирование, но и поведение зависимого.

Тем не менее, характер взаимного влияния аффекта и чувственно-образного компонента мышления при тяжелом наркологическом заболевании все же не столь однонаправлен. На следующем — психоорганическом — этапе болезни в некоторых ее вариантах можно наблюдать вновь усиление механизма кататимности, но уже определяемой именно приоритетом органически обусловленной структуры наркоманической доминанты. Здесь, на наш взгляд, также прису-

ствует значительная наркологическая специфика, которая заключается не в прямолинейном доминировании пароксизмальности и дисфорического характера аффективного реагирования. По своим психопатологическим характеристикам феномен, отмечаемый у наркоманов на этом этапе заболевания, все же «не дотягивает» до классического и комплектного обозначения именно дисфории. Здесь отсутствует не только помрачение сознания сумеречного характера, но, как правило, даже не прослеживается мало-мальски очерченный компонент его сужения, тем более отсутствует какая-либо амнезия, касающаяся данного переживания. Наоборот, больные прекрасно помнят ситуацию, вызвавшую данную аффективную реакцию, вполне последовательно способны управлять ею. Более того, она, как правило, довольно скрупулезно интерпретируется психикой больного, причем в контексте базисной психопатологической структуры — наркоманической доминанты. Здесь часто бросается в глаза именно вторичный характер аффективной реакции. Это очень важно для правильного клинического понимания специфики и аффективного реагирования, и организации мышления больного наркоманией. Как мы отметили выше, эти элементы психической деятельности выступают в тесной связке. Здесь также, несмотря на значительную дисфорическую аффективную окраску, отчетливо можно проследить по-прежнему манипулятивный и выхожденный характер подобной аффективной реакции. Это, в целом, подтверждается наблюдаемой шириной диапазона по сути психопатоподобного варианта реагирования больного, когда дисфорический оттенок легко сменяется гипоманиакальной гневливостью, и наоборот. Клинически — это по-прежнему автоматизм (или его некое резидуальное клиническое воспроизводство), только лишь психоорганическим фактором подобное до конца выверенно и точно объяснить нельзя. По этой причине данный феномен, вероятно, не следует считать «чистой» дисфорией, но есть прямой смысл говорить о некоем дисфориоподобном (псевдодисфорическом) варианте аффективного реагирования больного наркоманией. Еще более психопатологически правильно говорить о *психопатоподобном синдроме*, демонстрирующем качество нажитого. Такое понимание придает специфику наблюдаемому явлению и предоставляет возможность осуществления дифференциальной диагностики, поскольку описываемый критерий весьма специфичен для клиники химической зависимости, сопровождающейся в той или иной степени нарастанием психоорганического радикала. Тем самым подтверждается уникальный процессуальный (эндоформный) характер наркологического заболевания, которое, безусловно, отличается от простой динамики психопатической личности на фоне экзогенной (психоорганической) вредности, «чистого» психоорганического синдрома и эндогенного заболевания. Само же явление, упоминаемое здесь в

качестве клинического феномена при опиоидной зависимости, мы позиционируем в разряд *истероформного и психопатоподобного компонентов специфического дефекта наркомана*, свидетельствующего о давности и прогрессивном характере болезни [1]. Более отчетливую эпилептиформность психического реагирования при опийной наркомании, которая формируется вследствие брутальной сочетанной палинаркотоксикоманической интоксикации, можно зафиксировать лишь в исходных состояниях. В любом случае при сохранении активности болезни здесь все равно доминируют структурные компоненты наркоманической доминанты, даже значительно модифицированные упомянутым эпилептиформным аффектом, торпидностью, брутальностью, признаками органического слабоумия и регресса. Несмотря на это, коммуникативная специфика наркомана на этом этапе болезни все равно не может соответствовать поведению и коммуникации эпилептика. Здесь в гораздо большей степени присутствует манипулятивность как признак изменений личности и дефекта наркомана. И это в совокупности также является доказательством процессуальности наркомании как психического заболевания.

Ряд наших клинических наблюдений показывает изначальное и непреходящее доминирование аффективного компонента психического реагирования у больных с опиоидной зависимостью, без фатального и «неперекаемого» главенствования нарушений мышления, несмотря на то, что таковые отмечаются практически во всех случаях манифестировавшей наркомании. По нашему мнению, принципиальное доминирование кататимных механизмов и вообще усиление аффективной составляющей наркоманической доминанты свидетельствуют об относительно благоприятно протекающем патологическом процессе (вероятно, общепсихопатологическая тенденция [3], и наркология здесь не исключение). Тем не менее, отмеченный здесь аспект клиники также нуждается в более тщательном психопатологическом препарировании и динамическом анализе качества наблюдаемого явления, что, скорее всего, может привести к идентификации нескольких структурно-динамических вариантов проявления наркологической патологии.

Наиболее трудным с точки зрения фиксации именно *насильственного* характера переживания и феномена отчуждения, являющих собой «визитную карточку» наркоавтоматизма, вероятно, становится клиническое понимание когнитивной составляющей психики больного. Речь, в первую очередь, идет именно о психопатологическом воспроизводстве доминантной структуры (наркоманической доминанты) через призму патологии мышления. Однако сами больные, рассказывая о своих переживаниях, отмечают особый, отчетливый, с выраженным элементом внутреннего принуждения и неперекаемой обязательностью немедленного исполнения, лишенный какой-либо борьбы мотиви-

рующий характер *ощущений, восприятий и представлений*, эссенциально-ориентированных на наркоманическую идеаторику. Эти структурные элементы мышления здесь имеют вполне очерченный насильственный характер. Больные сообщают о какой-то неодолимой силе, которая, накатываясь, как волна, «сладко мутит разум» в предвкушении «счастья» новой интоксикации и заставляет безоговорочно ей повиноваться. Наркотик, идентифицируясь легко (но предельно формально и абсолютно механически) больным как объект и внешняя причина такого насильственного (и определяемого самим больным как отчетливое насильственное) влечения и пристрастия, здесь быстро приобретает функцию реального отчуждения. Больной не в силах как-либо противостоять такой неодолимой экспансии, связанной не только с осознаваемым (или неосознаваемым) влечением к наркотизации (что для понимания феномена само по себе безразлично), но и с готовой внутренней оценкой всего, что так или иначе связано на интуитивном или логически оформленном уровне с доминантной наркоидеей. Она, таким образом, подчиняет себе основные психические функции и полностью регламентирует поведение больного. Наряду с этим больной не в состоянии четко отделить себя от этих «регламентирующих» переживаний, «сживаясь» с ними, полностью «абсорбируя» их, не говоря уже о критическом их осмыслении и формировании какого-либо противостояния им.

Особенностью наркоавтоматизма можно считать не только *спонтанность* (непроизвольность) интенционального структурирования наркоидеи при его манифестации, но также практически *рефлекторную* актуализацию когнитивного компонента наркодоминанты (подчеркнем — не только лишь симптома влечения к новой интоксикации или простых «мыслей о наркотике») при возникновении тех или иных внешних факторов, имеющих даже минимальную аналогию (на уровне любого из основных структурных элементов мышления — *ощущений, восприятий, представлений, понятий*), так или иначе представленную в структурах мышления и памяти. Поэтому мы абсолютно оправданно можем здесь говорить, помимо прочих критериев автоматизма (автоматизм интерпретации, высокая степень чувственной законченности, рецептивность переживания), о довольно специфически представленном феномене *отчуждения и насильственного* характера переживаний больного. И насколько здесь выражен компонент «рефлекторности» или «спонтанности» (или их некая пропорция при совокупном присутствии), от этого, на наш взгляд, зависят важные качественные характеристики злокачественности и прогрессивности.

Попутно хотелось бы отметить следующее. Констатация «спонтанности» возникновения «мыслей о наркотике» (а если формулировать более психопатологически грамотно — актуализации болезненных структур наркодоминанты и ее наиболее рельефно

выраженной симптоматики — патологического влечения к наркотику), наряду с психопатологическим препарированием других важных аспектов наркологической клиники, рассматриваемых нами при описании и анализе психопатологии наркотизма, — это не «новое измерение» старых, давным-давно прописанных наркологических «истин», как некоторые иногда ошибочно полагают, не вдаваясь в более внимательное рассмотрение психопатологической феноменологии в наркологической клинике. Мы стремимся в клинических описаниях, сделанных в данной работе или выполненных ранее, показать, что речь идет о комплексе (т.е. включающем почти все без исключения параметры психики наркологического больного) болезненным расстройстве, обладающем функцией специфического (нозологически детерминированного) патологического процесса. Этот процесс имеет закономерную динамику и этапный характер своего развития с демонстрацией уровневого поражения психики, которое выражается не только качеством психопатологической феноменологии (и уж тем более, не особенностями интоксикации), но определенным механизмом своего клинического воспроизводства.

При этом, возникновение идеаторного компонента наркологического автоматизма, конечно же, коренным образом отличается от феноменологии психического автоматизма, свойственного шизофрении. Там, как известно, присутствуют особые феномены, предьявленные Куртом Шнайдером в качестве диагностических критериев шизофрении «первого ранга». В первую очередь, речь идет о «наплывах мыслей», феномене «открытости» с элементами «мысленного воздействия». «Звучание» и «эхо» мыслей также находятся в этом перечне. Здесь также, помимо возможности выявления псевдогаллюцинаций Кандинского и другой «исконно шизофренической» позитивной и негативной симптоматики, заложены дифференциально-диагностические элементы, позволяющие достаточно четко «развести» эти два, абсолютно самостоятельных патологических образования.

Между прочим, определенный (редуцированный) элемент «открытости» мыслей, о которой, кстати, большие наркоманией упоминают как скорее о некоем «внутреннем опасении», но не отчетливо выраженном переживании, при этом — крайне редко, неохотно и только при очень дотошном расспросе, — можно отметить и квалифицировать ее как особую составную часть автоматизма наркомана. (Напомним, что невроз и невротический психопатологический уровень демонстрируют как раз навязчивую, вплоть до утрированной, обнаженность и открытость переживаний, поиск «выхода», необходимость посторонней «помощи», поскольку obsessions всегда на этом уровне требует своего преодоления). Проявляется это, в конечном счете, не только феноменами *негативизма и диссимуляцией (прямой и инвертированной, по сценарию аггравации)*, фиксируемых в широкой клинико-диагностичес-

кой палитре при злокачественном наркологическом заболевании, но, в первую очередь, в возникновении специфического и целостного психопатологического образования — «конспиративного» *наркоманического поведения*. Психологи, кстати, подобный компонент клинической картины часто именуют *психологической защитой*, не раскрывая, естественно, должной степени глубины и психопатологической подоплеку рассматриваемого явления. Тем не менее, клиническая феноменология разных нозологических конструкций, естественно, имеет вполне принципиальные отличия. Вместе с тем, такая возможность комплексной дифференцированной диагностики позволяет четко определять клинические приоритеты при коморбидном присутствии этих патологий у одного и того же больного.

Мы ранее отмечали важную патогенетическую роль болезненно измененного *образного мышления* в развитии наркомании [1]. Здесь в равной степени можно наблюдать деформированный характер этого компонента мышления, где *восприятия и представления* также демонстрируют свои патологические характеристики. Эти два структурных элемента уже на неврозоподобном этапе болезни выступают синергически и определяют, наряду с искаженным аффектом, элемент кататимии мышления наркомана на пике влечения и в интоксикации (т.е. при измененном и нарушенном сознании). При трансформации obsessions в автоматизм можно зафиксировать не просто отдельные мысли, касающиеся наркотика и наркотизации, вызывающие сомнения и элемент противодействия, но законченные образы, в которые такие мысли мгновенно облакаются, принимаемые легко и безоговорочно. Они напрямую и безоговорочно ведут к действию, т.е. поведенческому «оформлению» подготовки и реализации факта наркотической интоксикации на уровне последовательных и четко структурированных моторных акций (моторный компонент автоматизма).

Вполне характерным примером *автоматизма интерпретации* при активизации образного компонента мышления может быть быстрый и однозначный ответ больного наркоманией, когда при проведении рутинного психологического тестирования ему задается вопрос, что есть в его представлении «пушистое и белое», он быстро, однозначно и не задумываясь, отвечает героин. Это и есть *рефлекс аналогии* (в вульгарных представлениях и описаниях их демонстрируют как «анalogии по Фрейдю». Уважаемый психолог, с его «подсознанием» и «инстинктами», по вполне понятным причинам, конечно же, к нашему изложению абсолютно никакого отношения не имеет). Других аналогий на качественном уровне болезненно расстроенная психика попросту не может предьявить. Конечно, с позиций «здорового смысла» это понять очень трудно, а потому здесь могут быть предьявлены самые разнообразные объяснения. Однако подготовленному психопатологу становятся ясными как содержательная сторона патологической доминанты, так и ее квалификационная

оценка. Последующее (почти неизбежно) за таким «провокативом» психовегетативное оживление больного (известное клиницистам под названием симптом Жислина), также не что иное, как проявление наркоавтоматизма. Как тут не вспомнить дилетантизм и безграмотность использования здесь «терапевтической техники психодрамы», которую иногда абсолютно бездумно пытаются применять в лечении «острых» наркологических состояний, где высока активность наркодоминанты и выражен характер ее психотических механизмов воспроизводства. Кстати, если упоминать терапевтический аспект и дальше, можно с уверенностью полагать, что реализация пресловутой «метадоновой программы» по своему смысловому содержанию есть *прямая эксплуатация* (и, естественно, не лечение) клинко-психопатологического феномена наркоавтоматизма.

По этой причине, конечно же, требуется не формальная токсико-психологическая оценка состояния больного наркоманией, а квалифицированная психопатологическая диагностика, определяющая перечень показаний и противопоказаний для тех или иных терапевтических усилий и техник. В данном случае мы также имеем возможность убедиться в важной патогенетической роли наркоавтоматизма в формировании болезненных доминантных структур мышления и психопатологического их уровня присутствия в клинике.

Приведенные примеры на самом примитивном диагностическом (симптоматическом) уровне показывают важность именно психопатологической оценки выявляемых, в том числе и с помощью дополнительной лабораторной психологической диагностики, элементов психического статуса и характеристик отдельных психических функций. Естественно, что подобных диагностических доказательств можно привести большое количество. Любой клиницист, постоянно работающий с такими больными, без сомнения, способен представить свои собственные клинические примеры описываемого нами здесь психопатологического феномена. Важно понимать, что подобный уровень психического реагирования больной наркоманией, при наличии клинических признаков активности психопатологического процесса, воспроизводит постоянно и вне зависимости от обстановки, в которой проводится обследование. Фиксация этих патогномичных признаков необходима, несмотря на выраженную диссимуляцию, каковую недостаточно грамотные клиницисты, кстати, часто оценивают как «лживость» и «изворотливость». Напомним попутно, что последние две оценочные категории — не клинические, а бытовые, поэтому при изложении психического статуса их использование вульгаризирует этот сложный и важный процесс.

По мере дальнейшего формирования автоматизма и нарастания его интенсивности в наиболее злокачественных вариантах образный компонент может *редуцироваться*, и тогда чувственно-сенсорный компо-

нент мышления *накоротко замыкается сразу на моторный компонент автоматизма*. Это также можно считать особенностью и важным клиническим признаком описываемого психопатологического феномена. В этом, вероятно, заключается патогенетический смысл автоматизма как клинического явления, реализуемого на уровне патологического рефлекса, и свидетельство тяжести психического расстройства.

Возвращаясь к оценке кататимного характера мышления наркозависимого, можно отметить, что оно, «ложась» на обсессивный доминирующий механизм болезненной идеаторики, по своему психопатологическому смыслу и проявлению в клинике прогрессивной злокачественной химической зависимости может считаться одной из характеристик *деперсонализации*. Этот психопатологический феномен, будучи в достаточной степени универсальным психопатологическим проявлением симптоматического уровня [8], при изучении психопатологии наркотизма также фигурирует как значимая клиническая детерминанта [2]. Мы полагаем, что деперсонализацию *при наркомании* можно считать вполне «сквозным» компонентом ее психопатологии. Дебютируя уже на начальном этапе зависимости, она сопровождает ее на последующих этапах, вплетаясь в структуру целостной психопатологической картины наркомании и проявляясь, в первую очередь, в характеристиках автоматизма. Такая оценка для клинической психиатрии не является какой-либо новостью. Тем не менее, мы уверены в необходимости более серьезного и именно психопатологического (лишенной психологизации и субъективизма) тщательного изучения феномена, поскольку психопатологическая модель наркотизма попросту не может игнорировать этот важный психопатологический параметр. Здесь требуется не просто феноменологическое описание специфики деперсонализации при аддиктивной болезни как производную *нарушенного самосознания* и характеристику отчуждения, а тщательное определение ее места и функции с учетом «уровневого» структурно-динамического рассмотрения и тщательного психопатологического препарирования в ракурсе других психопатологических корреляций. Здесь мы можем лишь отметить, что на этапе доминирования неврозоподобной картины зависимости деперсонализация «регламентирована» отмеченной выше кататимией мышления и обсессивно-компульсивным уровнем воспроизводства наркодоминанты. С переходом на психотический уровень она трансформируется в автоматизм и проявляется в соответствии с приведенными его компонентами: идеаторным, сенсорным, моторным.

Клиническая динамика заболевания здесь, как мы отмечали выше, проявляется определенной эволюцией психопатологии. Образный компонент мышления наркозависимого на психотическом этапе начинает отчетливо демонстрировать свою функцию на уровне своеобразного *патологического рефлекса*. Эта пси-



хическая функция, имея понятную зону сопряжения с чувственным компонентом мышления, здесь также во многом определяется характерной сенсорикой, представленной в режиме постоянного мониторинга собственного внутреннего состояния наркозависимого (со сверхценной или бредовой ее оценкой и интерпретацией). Любое отклонение от гомеостатической «зоны комфорта», опосредованное патологически функционирующей сенсорикой, немедленно рождает ощущение неблагополучия, мгновенно получающее образное представительство (яркое, законченное, критически не перерабатываемое представление), воплощающее на рецептивном уровне потребность в своей коррекции, естественно посредством новой наркотической интоксикации. Через механизм моторной функции автоматизма (еще один важный компонент наркоавтоматизма) такая коррекция, как мы имеем возможность постоянно наблюдать в клинике наркологического заболевания, выполняется эффективно, незамедлительно и автоматически. Кроме того, *любая информация*, исходящая извне, будучи в той или иной мере созвучной наркодоминантной конструкции, также воспринимается и реализуется образным содержанием компонентом болезненного мышления рефлекторно (автоматизм интерпретации).

Волевая сфера при наркоавтоматизме выполняет своеобразную сопрягающую функцию между идеаторным и сенсорным его компонентами, с одной стороны, и моторным компонентом, с другой. Также здесь можно зафиксировать фактическое подавление воли индивида (на уровне самой возможности включения волевой функции противодействия, как на предшествующем болезненном этапе) к какому-либо сопротивлению влечению, что ведет к реализации такого *насилъственного* стремления к выполнению новой интоксикации в режиме *pop stop*. Как мы уже отмечали ранее [1], при наркомании отмечается комплекс характерных клинически оформленных расстройств, который мы позиционируем как специфическую наркоманическую парабулию. Ее психопатологическая специфика заключается в утрированном доминировании мотиваций, ориентированных на наркоманическую доминантную основу психического расстройства (гипербулия) с одновременно выраженным резким парадоксальным снижением интенции (ее одновременная бедность и слабость), касающейся всего остального мотивационного спектра. Часто фигурирующие в специальной литературе попытки психологического объяснения особенностей мотивации наркомана с клинической точки зрения можно считать несостоятельными. Необходимость понятной психопатологической квалификации феномена наркоманической парабулии требует четкого представления механизма ее воспроизводства.

Как мы можем полагать, на этапе обсессивно-компульсивного воспроизводства наркодоминанты и симптоматики патологического влечения к интоксикации феномен парабулии не сформирован и находится в ста-

дии своего клинического становления. Особенности данного уровня реагирования и соответствующего этапа заболевания детерминированы, как мы отмечали, не особенностями метаболизма или спецификой органной патологии токсического генеза, а специфическим психопатологическим субстратом, формирующим психопатологию наркотизма в целом (в ее этапном исполнении). Речь также уже не идет о безоговорочном доминировании специфики преморбидной личности, поскольку довольно быстрое психопатологическое «вызревание» сверхценности и начальный обсессивный уровень ее воспроизводства привносят усиление аффективного компонента переживаний вплоть до кататимии и интрапсихической патологии (деперсонализации и отчуждения) на пике актуализации доминанты. Конечно, волевая функция при набирающей обороты наркомании начинает страдать уже на самых первых этапах заболевания. Здесь наступает та или иная форма взаимодействия изначальных волевых параметров, характеризующих преморбид, и набирающим силу болезненным искажением психического функционирования заболевшего индивида, где волевая функция постепенно начинает также страдать. Обсессия, в силу ее патофизиологических характеристик, может на этом этапе болезненного континуума «победить» функцию противодействия, которую во многом комплекует волевая сфера как характеристика преморбиды, ориентированная на «правильную» функцию мышления. Все здесь зависит, с одной стороны, от силы обсессивного переживания, а с другой, от того, насколько долго психика больного способна «удерживать» этот уровень психического ответа. Безусловными компонентами, отражающими патогенность заболевания, являются также средовые параметры (макро- и микросоциального порядка, клинико-психопатологический фактор созависимости). Все в совокупности является характеристикой прогрессивности и злокачественности, которая показывает, насколько быстро заболевание переходит на свой следующий уровень — психотический. Следовательно, здесь мы можем говорить о функции прогноза клинического диагноза, отражающего комплекс взаимодействия параметров психики (волевой функции, в частности) и патогенных факторов заболевания [1].

На психотическом этапе наступает полное подчинение всех или большинства параметров психической деятельности индивида патогенным характеристикам злокачественного наркологического заболевания (наркомании). Фактически, формируется новая психическая деятельность, организованная в болезненном ракурсе (завершается клиническое становление наркоманической доминанты) и направляемая ее патологически обусловленными параметрами. Здесь парабулия, будучи сформированным элементом патологии волевой сферы, комплекует клинику химической зависимости на уровне реализации наркодоминантных установок, т.е., фактически несет на себе *прямую функцию наркоавтоматизма*. Иными словами, на-

ркоманическая парабулия являет собой практическую реализацию передачи автоматизированного импульса от когнитивной сферы на моторную, тем самым психопатологически оформляя и комплектуя клинику психотического этапа тяжелого наркологического заболевания через феномен наркоманического (наркологического) автоматизма. Безусловная тесная связь с другими психическими структурными элементами, обеспечивающими патологическую деятельность психики больного наркоманией, проявляется определенным образом выстроенной аффектацией, «обеспечивающей» некий начальный импульс патологического влечения и его соответствующий «эмоциональный прогрев» (дистимия, псевдодисфория). С другой стороны, можно наблюдать моментальное опустошение эмоциональной реакции, почти мгновенный переход к апатии (но не к астении!) при дезактуализации влечения. Здесь мы имеем возможность наблюдать клишированный, механический, т.е. вполне автоматизированный характер болезненно измененной активности волевой функции, являющейся, с одной стороны, порождением болезни, а с другой, — ее ярким выразителем и инструментом.

Основной клинической симптоматикой наркоманической парабулии являются *негативизм, импульсивность, ее клиническое своеобразие (а точнее говоря — вычурный, специфическим образом оформленный, характер)*. С точки зрения автоматизма первые два психопатологических компонента наиболее ярко отвечают всем перечисленным выше его критериям и демонстрируют абсолютно понятную и характерную болезненную структуру. На психотическом этапе мы имеем все основания говорить о приоритетности активного негативизма. Он отличается наличием своего собственного патологического импульса и энергетики, являясь в полной мере психопродуктивным расстройством, и обладает качеством важной клинической характеристики. Как мы отмечали выше, этот психопатологический феномен, оказывая влияние на функцию мышления (в том числе и по механизму автоматизма), составляет имеющую большое патогенетическое значение психопатологическую феноменологическую основу синдрома абсолютной анозогнозии. При нарастании наркоманического дефекта наблюдается усиление пассивного негативизма, который, облекаясь в формы специфического рендно-манипулятивного поведения, во многом «впитывает» в себя психоорганический компонент и начинает «звучать» в регистре токсического наркологического органического психосиндрома.

Указанные здесь специфические клинические характеристики психического статуса больного наркоманией преломляются в его поведении. Моторный компонент химической зависимости включает в себя все двигательные и поведенческие акты, которые организуют и обеспечивают саму *кинетику процесса* подготовки и исполнения интоксикации. То есть об-

еспечивается практическое выполнение структурированных в рамках наркоманической доминанты психопатологических идеаторных и сенсорных ее компонентов, опосредованных болезненно деформированной волевой функцией (о чем было сказано чуть выше). Уровень поражения психики, безусловно, накладывает свой отпечаток на характер и конкретику воспроизводства рассматриваемой патологической функции.

В данном контексте моторный компонент наркоманической доминанты отображает в полной мере все ее психопатологические характеристики, нашедшие в настоящей работе свое освещение. На обсессивном уровне ее присутствия моторика и поведение отражают драматизм и противоречия обсессии, которая определяет основной механизм воспроизведения наркоманической доминанты. Здесь наблюдается достаточный уровень логики поведения и моторных актов, которые отличаются своей известной вариабельностью и принципиальной возможностью выбора в рамках доминирующей в данный момент мотивации. Как мы могли убедиться выше, такая мотивация определяется параметрами обсессии (идеаторика наркотизма и влечения), уровнем личностного реагирования, средовыми факторами, активно влияющими на болезнь на данном ее этапе. Элемент компульсии делает моторику вполне оформленной, а поведение больного прогнозируемым. Однако, как мы отметили выше, компульсия, будучи давно известным и вполне понятным психопатологическим феноменом, не является континуальной характеристикой, она дискретна и обладает качеством пиковой характеристики. По этой причине этот феномен не в состоянии объяснить длительные и сверхдлительные (постоянные) формы интоксикации и соответствующие клинические характеристики аддиктивного поведения в целом. Это подтверждается многолетней клинической практикой и объясняет, в общем, довольно старый тезис о том, что «запоев на первой стадии наркологического заболевания не бывает». Конечно, это несколько вульгарный клинический ракурс в оценке значимых клинических параметров, но необходимость объяснения *этапности эволюции психопатологии наркотизма* (а не токсикологически детерминированной стадийности, ригидной и малоинформативной методологической конструкции) является важным и необходимым элементом изучения и рассмотрения наркологической патологии как имеющей уровневую специфику своего клинического исполнения и воспроизводства. Все перечисленное здесь, таким образом, — принципиальные клинические отличия неврозоподобного этапа наркоманической доминанты.

На психотическом этапе, при сформированном психопатологическом субстрате автоматизма, больные сообщают об отчетливом восприятии насильственного характера собственной моторики, которая начинает функционировать в запрограммированном автоматизированном режиме, попросту лишая

больного свободы и самостоятельности собственных действий. Болезнь (наркотик), в буквальном смысле управляя всеми движениями больного, заставляет вновь и вновь воспроизводить сложный алгоритм действий, обеспечивающий все этапы приобретения наркотика и выполнения новой инъекции. Больные способны зафиксировать у себя такой насильственный характер моторики: «ноги сами несут за наркотиком, руки сами его готовят и делают новую инъекцию...». Фактически больной становится марионеткой, рабом, запрограммированным «роботом», воспроизводящим на уровне элементарной моторики не только саму процедуру интоксикации, но целостно и в законченном виде осуществляя сложный поведенческий паттерн, который мы называем *аддиктивным наркоманическим поведением*. Его комплектуют не только полное подчинение бредовой наркоманической логике с формированием специфического средового окружения и автоматизированная моторика интоксикации. Полноценные компоненты здесь — абсолютно автоматизированное группирование по принципу «свой/чужой» и наркоманическая конспирология. Это также жаргон наркомана, характерная наркоманическая атрибутика, специфический характер коммуникации. Асоциальность (воровство) наркомана — это также функция автоматизма в той его части, где обеспечивается возможность реализации наркоманического интоксикационного континуума. Вместе с тем, перечисленные компоненты также отражают патологию волевой сферы (являющуюся «мостиком» между когнитивной функцией и поведением), что абсолютно естественно, поскольку автоматизм напрямую «ломает» этот параметр психической деятельности. Все это в совокупности определяет психотический регистр, который клинически оформляет обладающее мощным фактором индуктивности существование «наркоманической личности».

Таким образом, можно отметить, что наркологический (наркоманический) автоматизм является специфическим *психопатологическим механизмом реализации наркодоминанты* и важной психопатологической характеристикой воспроизводства ее симпто-

матики, традиционно квалифицируемой как патологическое влечение к интоксикации. Обладая своей ярко выраженной клинической спецификой, он имеет собственные дифференциально-диагностические отличия в ряду других видов автоматизма.

Дальнейшее изучение этого аспекта психопатологии наркотизма позволяет описывать его различные клинические варианты, которые характеризуются преобладанием того или иного его компонента: идеаторного (бредового), сенсорно-моторного. Наряду с этим, требуется описание динамики его развития и особенностей очередности комплектования его главных структурных элементов. Эти исследования, будучи дифференцированными и ориентированными на поиск достоверных корреляций, являются важным продолжением изложенных здесь базовых феноменологических параметров. Вместе с тем, все более важным и понятным становится мультидисциплинарный комплексный подход в организации этой исследовательской работы, где приоритет сохраняется за психопатологическим детерминизмом исследуемого аспекта клинической наркологии.

### Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М., 2006. — 191 с.
3. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — 832 с.
4. Ракитин М.М. Клиническая синдромология: церебрально-органический регистр // Наркология. — 2006. — №6. — С. 57—72.
5. Ракитин М.М. Психопатология наркоманий в свете учения о симптоматических психозах // Наркология. — 2005. — №4. — С. 66—72.
6. Рохлин Л.Л. Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского. — Издание Российского психиатрического общества, 2004. — 288 с.
7. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
8. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. — М.: Медицина, 2007. — 336 с.

### PHENOMENON OF NARCOLOGICAL AUTOMATISM: CLINICAL AND DIAGNOSTIC ROLE AND PECULIAR PROPERTIES OF PSYCHOPATHOLOGY IN OPIOID DEPENDENCE

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

*Psychopathological syndromes in narcology are unique due they traditional psychiatric understanding. There is also an opportunity of different estimation of clinical features. This is a main claim of clinical diagnosis realized in completeness and accuracy described signs of illness. Complex of mental and somatic-neurological features in drug dependence demands of diagnostic and treatment priority searching. So, psychopathology priority in drug dependence clinic is emphasized. This claims of careful detailed description and structure and dynamics assessment of main clinical syndromes of dependence. One of them is phenomenon of narcological automatism having its own psychopathological features and clinical importance.*