

Клинико-психопатологические особенности проявлений опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных с точки зрения принципа доказательности

БЛАГОВ Л.Н.

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

В современной клинической наркологии к настоящему времени доминируют две основные платформы рассмотрения патологии: соматопсихологическая и психопатологическая. Каждая из этих платформ ориентируется на свою собственную понятийную базу и предлагает собственную оценочную шкалу, формируя определенные конкурентные взаимоотношения с оппонентом. Это является серьезным методологическим противоречием, поскольку затрудняет расстановку клинико-диагностических и клинико-терапевтических акцентов, что реально ведет к развитию и углублению кризисных проявлений и не способствует организации высокотехнологичного лечения тяжелых форм химической зависимости. Приоритет рассмотрения химической зависимости как выраженного психического расстройства, имеющего в своей структуре достаточно серьезные психопатологические характеристики, может быть подтвержден на примере анализа ее осложненных форм. В качестве такой модели может служить опиоидная зависимость в сочетании с ВИЧ-инфекцией, где клинические взаимоотношения психопатологии разных уровней представлены наиболее ярко.

Вопросам изучения клиники опиоидной зависимости в настоящее время придается по-прежнему первостепенное значение. Это происходит не только вследствие доминирования опиатов как предмета зависимости среди других наркотических агентов. Модель опиатной зависимости, в первую очередь, служит объектом психопатологического изучения, и, как показывают наблюдения, многие психопатологические описания и дефиниции в дальнейшем могут быть с успехом перенесены на другие виды химической зависимости. Изучение психопатологического аспекта зависимого поведения также позволяет применить медицинскую методологию к изучению так называемых нехимических зависимостей (терминология психологическая), определить место данной патологии с точки зрения ее самостоятельности или проявлений коморбизма. Кроме того, известно, что инъекционное применение наркотиков способствует заражению ВИЧ-инфекцией. Среди ВИЧ-инфицированных более 80% составляют потребители наркотиков [5].

Дискуссионным до последнего времени остается вопрос о том, как вести ВИЧ-инфицированных наркоманов в наркологических лечебно-реабилитационных программах. С одной стороны, существует распространенное мнение о необходимости развития самостоятельной наркологической инфраструктуры для сепарации этой категории больных и работы с ними по самостоятельным программам с тем, чтобы ВИЧ-инфицированные меньше контактировали с остальными наркоманами и уменьшался риск зараже-

ния последних ВИЧ (внутрибольничная наркотизация в настоящее время в современных стационарах не редкость). С другой стороны, для смягчения психологической травматизации лиц, страдающих ВИЧ и проходящих лечение и реабилитацию по поводу наркомании, предлагается их совместное ведение в одном учреждении и отделении с больными, у которых ВИЧ-инфекция не выявлена. Не последнюю роль здесь играет и организационный аспект, уточнение которого весьма актуально, поскольку создание серьезного лечебно-реабилитационного комплекса весьма дорого.

Исходя из этих, по своей сути психологических мотивов сегодня и строится организация помощи данным контингентам больных. Следует, между тем, отметить, что подобная аргументация в пользу того или иного варианта организации активного и восстановительного лечения наркозависимых является, в целом, второстепенной и малоопределяющей. Серьезная дискуссия на эту тему при сегодняшнем уровне постановки вопроса, практически беспредметна. Единственным и определяющим критерием в данном случае может быть только клиническая детерминанта. В любом случае не должно быть лечения ради лечения, реабилитации — ради реабилитации.

Мы, однако, вместо широко распространенного термина *реабилитация*, в системе **медицинских** мероприятий предпочитаем термин *восстановительное лечение*. Термин *реабилитация* (в современном концептуальном его предьявлении в специальной литературе), имея важнейшее понятийное значение, с кли-

нических позиций выглядит все же довольно расплывчатым и не до конца конкретизирует именно технологический аспект *медицинского участия* в перечне восстановительных мероприятий у больного химической зависимостью, пребывающего в комплексной лечебно-восстановительной программе. Индексы предполагаемого успеха («реабилитационный потенциал», «решающее правило» [3, 4]), предлагаемые в подобном образом ориентированных исследованиях в качестве научно-практической конкретики, имеют выраженную диагностическую направленность и безусловное научное обоснование, но не несут в себе, тем не менее, в необходимой степени цельности функции клинического детерминизма. Они, все же, нуждаются в уточнении с определением качества и количества *активного терапевтического* компонента для получения результативного «выхода», поскольку по большей части подразумевают акцент роли средового корригирующего начала и психотерапии. Этот «выход» просто обязан быть представлен как *четко очерченное, осмысленное и понятное терапевтическое усилие*, а значит — иметь абсолютную креативную (не регистрирующую) направленность, предполагая и предлагая перечень адекватных дифференцированных терапевтических мероприятий (и не только лишь формализованные стандарты и протоколы), клинически *соответствующий уровню поражения*. Именно вследствие изначальной нивелировки такого созидающего начала указанные индексы лишь фиксируют некую гипотетическую «пригодность» или «непригодность» случая для получения удовлетворительного терапевтического исхода и фактически «оправдывают» априори заложенное в самом клинико-терапевтическом подходе не слишком высокодифференцированное качество последнего. Это вполне естественно, поскольку специалисты, стоящие на таких позициях, предпочитают оперировать в данном случае именно недостаточно конкретным (и не совсем медицинским) термином *реабилитация*, но не термином *лечение*, под которым (и по умолчанию) здесь чаще всего понимается только детоксикация и купирование синдрома отмены, фактически полагая, что после устранения этого синдрома у больного уже устранены основные патологические проявления и он нуждается лишь в комплексе социально и психологически ориентированных мероприятий. Это — серьезный методологический дефект, апеллирующий к недостаточной проработке основного субстрата наркомании — ее психопатологического комплекса. Отсюда, на наш взгляд, до сих пор в практике отсутствуют серьезные организационные прецеденты реализации валидных реабилитационных программ, присутствующих, в лучшем случае, в форме некой самостоятельности и «частной инициативы».

Наше понимание терапевтического алгоритма, апеллирующего именно к *системе активных медицинских* (но не абстрактно делегированных «консультантам» и всевозможным волонтерам-энтузиастам неких «реабилитационных» функций) *мероприятий*, несущих функцию именно *технологии*, позволяет определить конкретную терапевтическую технологическую цепочку по четко ориентированной линии. Эта линия выстраивается по схеме: «детоксикация» — «активное лечение главных психопатологических проявлений химической зависимости» — «поддерживающее лечение» (ориентированное на устранение резидуальных психопатологических проявлений зависимости и соматоневрологических последствий хронической интоксикации) — «противорецидивное лечение» (закрепление терапевтического результата и предотвращение рецидива) — «восстановительное лечение». Последнее имеет своей целью проработку параметров регрессивно-дефектной модальности у измененной личности больного, перенесшего манифестные проявления *патологического процесса* под названием «химическая зависимость», при помощи большой палитры средств, способных осуществить *компенсирующую лечебную и коррекционную* функцию. Также это — структурирование микросоциума с преодолением проблем созависимости. Такая **лечебно-восстановительная система** может (и должна) применяться адекватно, вне зависимости от *формы* заболевания, которая определяет *степень злокачественности патологического процесса*, но с учетом клинических реалий. Ее разработка является клиническим приоритетом и зависит от качества клинико-психопатологического описания и оценки уровня психического поражения с точки зрения его структуры и динамики.

Поэтому, когда формируется индивидуальная лечебно-реабилитационная программа, врачу необходимо ответить на вопрос, насколько клиника, регистрируемая у данного больного, соответствует общим наблюдениям и насколько «традиционными» будут данные конкретные терапевтические мероприятия. Также требуется понимание того, насколько группа больных с опиоидной зависимостью, страдающих ВИЧ-инфекцией, демонстрирует отличные от традиционных клинические проявления.

Наши наблюдения клинических параметров опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных пациентов, находившихся на стационарном лечении в специализированном отделении городской клинической наркологической больницы №17 г.Москвы, показывают, что такая постановка исследовательской проблемы представляет значительный клинический интерес.

Изучение болезненных проявлений при химической зависимости как комплексной проблемы сводит-

ся, с одной стороны, к исследованию соматических ее проявлений, с другой, — к оценке особенностей неправильного поведения зависимого, воспроизводящего интоксикационный континуум, несмотря на эти соматические проблемы. Более того, такое поведение зависимые демонстрируют вопреки даже весьма тяжелым соматическим осложнениям хронической наркотической интоксикации: гепатитам, передозировкам, присоединившейся ВИЧ-инфекции. **Психологические объяснения** этого, равно как и во многом апеллирующие к таковым **соматические причины** продолжения интоксикации, несмотря на очевидный и **психологически понятный** вред для физического здоровья злоупотребляющего наркотиками, несостоятельны, поскольку никак не несут в себе функции валидного квалифицирующего (а значит — доказательного) объяснения данного феномена. Следовательно, подобная форма поведения зависимого является проявлением **психического расстройства**, *глубину и тяжесть которого отражает качество регистрируемой психопатологической симптоматики*. Подтверждением или, наоборот, отрицанием тяжести эссенциального (обусловленного наркоманией) психического расстройства наркозависимого, «приобретающего» в ходе наркотизации дополнительные (и весьма тяжелые) соматические проблемы, может быть оценка степени «переработки» большим количеством информации о таком присоединившемся заболевании. Эта переработка «в норме», как правило, сопровождается образованием различных невротических комплексов, имеющих различную глубину. Так, австралийские исследователи В. Kelly, В. Raphael с соавторами показывают наличие картины посттравматического стрессового расстройства у трети из 61 обследованного ими ВИЧ-инфицированного [6]. Поэтому здесь важно определение уровня психического поражения первичного заболевания (стержневого синдрома комплекса наркомании) и вторично присоединившейся психопатологии (психогенного порядка) с точки зрения их приоритетности и особенностей взаимодействия. В клинической психиатрии как отражение общемедицинской закономерности более тяжелый уровень поражения психики всегда доминирует над менее тяжелым, что давно показано клинко-нозологической психиатрической школой. В данном контексте более патогенное начало, представленное на психотическом уровне, способно полностью нивелировать и клинически «поглотить» менее патогенную реактивно обусловленную невротическую формацию. Напомним, что такой характер оценки психического статуса *возможен на основе знания принципов психопатологической диагностики*. Тем более, осмысленно и доказательно лечить психопатологически детерминированное неправильное поведение можно, только изучив в

полной мере его комплексную психопатологическую структуру.

Предметом наших клинических интересов является изучение **психопатологии наркотизма**.

Существует довольно распространенная иллюзия о достаточно подробной изученности и практически полном клиническом описании психопатологии зависимого поведения. Интересно, что подобную точку зрения высказывают не просто близкие к клинике специалисты, а иногда и непосредственные участники лечебно-восстановительного процесса.

Данное утверждение не соответствует реальной действительности. Имеющиеся психопатологические трактовки как в клинической наркологии в целом, так и в клинике наркомании в частности, к большому сожалению, отличаются своей фрагментарностью, противоречивостью, бессистемностью, методологической непоследовательностью и невысоким качеством психопатологического описания. Это — предмет серьезного анализа, поскольку здесь в полной мере отражаются проявления глубокого методологического кризиса. Об этом свидетельствует, с одной стороны, известное многообразие методов и подходов к работе с наркозависимыми, где зачастую наблюдаются взаимоисключающие решения, а медицинские приоритеты (не говоря уже о достаточной степени их дифференцировки) часто вообще не звучат. С другой стороны, до сих пор *внятно не сформулирована* и, тем более, *не отработана* (как мы отметили выше) **технология** медицинского вмешательства (т.е. строгая последовательность и методологическая определенность терапевтических акций) в комплексном решении проблемы здоровья наркозависимого.

Поэтому, имеющиеся клинко-психопатологические описания нуждаются в *значительной доработке, а в ряде случаев — в существенном качественном переосмыслении*, позволяющем оценить **психопатологию наркотизма** с точки зрения **системного расстройства** и дать на этой основе системное (и не только токсикологическое) представление о *критериях диагностики, структурно-динамических особенностях наркологического заболевания*. Такой подход [1] дает возможность получить прямой выход на *психопатологически детерминированную доказательную систему лечебно-восстановительных мероприятий*. Это подразумевает методологическую конкретику и понятную оценку их эффективности.

Перечисленное обуславливает необходимость изучения **психопатологической структуры и динамики** наркологического заболевания, чтобы понимать его клиническую суть на основе познания его психопатологического субстрата. Это — *точная психопатологическая диагностика с функцией диагностической дифференцировки* (как в рамках наркологии, так и

психиатрии в целом) и функцией *прогноза*. В данном контексте необходим поиск психопатологических критериев такой дифференцировки. Особенно важным здесь видится разграничение **приоритета психопатологии и соматики**.

Поэтому модель одновременного присутствия опиоидной наркомании и ВИЧ интересна для клинициста с точки зрения оценки параметра *коморбизма* и всего, что с этим связано (в первую очередь — клинического характера **взаимного влияния** двух самостоятельных патогенных начал); определения клинического приоритета, подтверждающего или опровергающего **примат психопатологии** в клинике зависимости с определением «качества» этой психопатологии, следовательно, примат психопатологического или соматически-ориентированного лечения.

Ни у кого при этом в любом случае не вызывает сомнения какая-либо принципиальная необходимость лечения у больного любых соматоневрологических осложнений, в том числе так или иначе связанных с инфицированием ВИЧ.

Рассмотрение психопатологической структуры наркологического заболевания в его динамике требует четкого прояснения того, является ли эта психопатология исключительно патологической динамикой личности в условиях неблагоприятного *средового фактора* или это — вполне самостоятельный, аутохтонный патологический процесс, где токсический (экзогенно-оганический) фактор хронической интоксикации сопровождается развитием особых болезненных проявлений, имеющих *эндоформный* характер.

Несмотря на очевидность постановки проблемы и некую предопределенность ее понимания, с точки зрения психопатологически выверенной (а, следовательно, доказательной) аргументации (и, в первую очередь — четкой квалификации качества наблюдаемого психопатологического субстрата с оценкой *уровня* психического поражения), она до сих пор в удовлетворительном для наркологической клиники виде не представлена. Решить эту задачу можно только на основе *доказательности*. Мы полагаем, однако, что проблема клинических взаимоотношений патогенного начала, личности и *средового фактора* зависит от самой возможности вызвать устойчивое психическое расстройство посредством этого патогенного фактора, а также формы и степени реакции организма (личности) на означенный патогенный фактор. Если мы имеем возможность наблюдать хронизацию патологии с формированием самостоятельной и закономерно развивающейся психопатологической картиной (симптоматика патологического влечения в рамках стержневого комплекса — нарко-доминанты), то это, по определению, — **патоло-**

гический процесс. Можно полагать, что чем выше тяжесть психопатологии и более злокачественным является течение процесса, тем в меньшей степени влиятельна роль *средового фактора* и в большей степени вероятны стойкие и закономерные динамические изменения преморбидной личности в результате такого патологического процесса (дефект). Здесь, все же, уместно обозначить ряд положений, отражающих наш подход к изучению наркологической проблематики в целом и опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных в частности.

Что касается **доказательной наркологии**, здесь в самом понятии также нет ничего нового и необычного. Более того, чтобы быть доказательным, клинический материал совершенно не обязательно быть представлен в шаблоне Cochrane Review. Доказательность (убедительность аргументации) — *необходимое условие* любого качественного и добросовестно выполненного исследования. Это было всегда и остается полностью незыблемым условием любой **науки**. Другими словами: *бездоказательность исследования* — это **понятийный нонсенс**. В связи с этим требуется следующее:

1. *Соответствие методологии поставленным задачам*. Иными словами, способность метода исследования вскрыть истинную сущность патологии на качественном уровне, чтобы стала понятной клиническая суть заболевания. Если в его основе лежит психическое нарушение, то, следовательно, задачи, поставленные в рамках данного изучения, могут быть решены только путем психопатологического исследования. Все остальные способы могут его лишь в том или ином качестве дополнять. При этом психопатологически-ориентированные *диагностические шкалы* и *опросники* выполняют функцию *вспомогательной лабораторной диагностики* и ни при каких обстоятельствах не заменяют полноценный динамический *клинико-психопатологический анализ* психического статуса больного и *оценку объективных анамнестических данных*. Такие шкалы находят применение в основном в непсихопатологических изучениях, оперирующих большими контингентами (эпидемиология), а также при динамическом «отслеживании» качества фармакотерапии в двойных слепых рандомизированных исследованиях.

2. *Каждый последующий вывод может быть только следствием корректной постановки проблемы и корректного ее решения*. В данном смысле психопатологическое исследование, опираясь на отмеченное требование соответствия метода и решаемой задачи, является этапным, поскольку каждое предыдущее решение, как правило, требует своего уточнения и дальнейшего диалектического развития.

3. Следование методологическому канону требует принцип воспроизводимости результата и является методической основой любого изучения.

Исходя из изложенного, формулируются особенности исследований в клинической наркологии как области **психиатрии**, где находит отражение процесс познания **неправильного зависимого поведения** и всего, что с ним связано. Это, в первую очередь:

- 1) язык терминов и понятий;
- 2) полноценность определений и квалификаций, где важными элементами являются:

- логика рассуждения, которая подразумевает именно логику и приоритет **качества клинического психопатологического описания**;

- четкое клиническое разграничение понятий *болезнь* и *здоровье*, которое здесь не просто возможно, но есть лапидарное квалификационное требование при оценке врачом психического статуса;

- четкое разграничение приоритета параметров: *соматика, психология, психопатология*. Для психиатра разница здесь вполне очевидна, поскольку каждое направление исследования из перечисленных обладает своей собственной оценочной шкалой и понятийной базой в обозначении одного и того же изучаемого явления. Очень важно их при этом не смешивать. Взаимоотношения параметров соматики, психологии, психопатологии в **клинической наркологии** на сегодняшний день можно выстраивать только с приоритетом последней;

- четкое следование клинической понятийной базе с определением понятий *симптом, синдром, нозология*, которая включает этио-патогенетическую и клинико-терапевтическую уникальность болезненного субстрата;

- идентификация уровня психического поражения;
- разграничение клинических понятий *реакция, процесс, состояние*. Их психопатологические характеристики (через симптомы и синдромы);

- клинические формы, варианты течения;
- терапия с точки зрения ее адекватности, с подтверждением *ex juvantibus*. Соотношение терапевтических методов, их четкий клинический (психопатологический) детерминизм.

На основании отмеченных параметров доказательного исследования могут быть сформулированы базовые принципы, которыми следует руководствоваться:

1. Четкое и аргументированное понимание химической зависимости как **болезни**, где ведущим болезненным началом является стойкое расстройство психики;

2. Это, в свою очередь, требует точной **психопатологической идентификации** на уровне *симптом*

— *синдром* — *форма* — *вариант течения* — *дебют* — *исход*. Все, что не обладает качеством представленной медицинской терминологии, с клинических позиций не рассматривается, будучи предметом не более чем академического интереса. Это значительно облегчает обсуждение проблемы, строго его ориентирует и позволяет уйти от ненужного обобщения, что позволяет, в конечном счете, оценить качество исследовательских достижений, ориентированных на клинику.

Несмотря на те или иные методологические приоритеты, **любые клинические описания** у больных наркоманией, выполненные **непредвзято и объективно**, ценны для клиники. Примером тому служат работы некоторых западных специалистов, стоящих, в том числе, на позициях психодинамической психиатрии и исповедующих в клинике зависимого поведения упрощенные терапевтические концепции «поддержки» и «снижения вреда». Так, итальянские психиатры М. Рацини и I. Мареммани [7] указывают, что высокий риск заражения ВИЧ обусловлен неконтролируемым влечением к наркотизации при опиатной наркомании с внутривенным способом введения наркотика. Кроме того, авторы указывают на беспорядочное половое поведение, проституцию «за дозу» и незащищенный секс, а также «рискованное» поведение, имеющие место у больных наркоманией. По мнению авторов, причиной этого являются аффективные нарушения, которые сопровождают влечение к наркотизации, становящееся в результате «неуправляемым», и тем самым способствуют заражению ВИЧ.

Такое объяснение феномена не совсем точно и слишком расширительно. Оно демонстрирует абсолютно симптоматический уровень понимания проблемы и психологизацию. Тем не менее, несмотря на полиморфизм причинно-следственных взаимосвязей, здесь существует более клинически выверенное представление описываемой феноменологии, которая обусловлена комплексом закономерно присутствующих в структуре наркомании как психопатологического процесса *позитивных* и *негативных* психопатологических расстройств, отражающих, с одной стороны, психотический уровень поражения психики (*синдром абсолютной анозогнозии* и *синдром легитимации аддиктивного поведения*), когда обсессивный компонент влечения становится неактуальным, а механизм патологического влечения демонстрирует функцию *специфического наркоманического автоматизма*, с другой, — нарастание признаков *дефекта* и *регресса* [1]. Последние помимо прочего проявляются психопатоподобным синдромом, истероформностью и *рентно-манипулятивным комплексом*. В данном случае клинические характеристики и ссылки, приво-

димые в процитированной нами статье итальянских коллег, очень точно иллюстрируют нашу собственную клинико-психопатологическую интерпретацию рассматриваемой феноменологии наркотизма.

Представленное в данном материале психопатологическое изучение осложненной ВИЧ-инфекцией опиоидной зависимости можно считать лишь начальным этапом, имеющим характер общего клинического описания, однако позволяющим делать вполне определенные выводы. Здесь, скорее, формируется большой пул новых вопросов, нежели присутствует возможность получить исчерпывающее освещение темы. Это, вероятно, общая тенденция, подчеркивающая перспективные возможности дальнейшего изучения клиники химической зависимости в рамках относительно молодой научно-практической дисциплины — клинической наркологии.

Цель изучения

Целью исследования является выявление особенностей психопатологических клинических проявлений опиоидной зависимости, протекающей на фоне ВИЧ-инфекции.

Задачи исследования

При решении исследовательских задач:

- проанализированы главные психопатологические параметры опиатной зависимости, сочетающейся с ВИЧ-инфекцией;
- проведена клиническая оценка влияния реактивного характера факта заражения ВИЧ на психопатологическую картину опиоидной зависимости.

Материалы и методы

Обследовано по методу случайной выборки 28 ВИЧ-инфицированных больных с опиоидной зависимостью, проходивших стационарное лечение на базе специализированного наркологического отделения. Все больные мужского пола, в возрасте от 19 до 32 лет. Средний возраст обследованных составил $25,5 \pm 6,5$ года. Давность наркомании от 1 года до 12 лет. Давность ВИЧ-инфекции от 3 мес. до 4 лет. У всех больных ВИЧ-инфекция выявлена после начала внутривенной наркотизации. Контрольную группу составили 30 больных опиоидной зависимостью без дополнительной ВИЧ-инфекции. Образовавшиеся 2 когорты имели сходные характеристики по возрасту, давности и токсикологическим параметрам наркомании. Метод обследования — клинико-психопатологический анализ психического статуса в процессе динамического наблюдения, с ретроспективной клинико-психопатологической оценкой анамнеза. Методология исследования включала клиническую иденти-

фикацию психопатологической феноменологии основных функций психической деятельности: сознания, мышления, волевой сферы, аффективной сферы, интеллектуально-мнестической сферы и поведения с их подробным клиническим описанием.

Результаты

Оценка результатов изучения проводилась путем сопоставления клинически диагностированных симптомов и синдромов, характеризующих опиоидную наркоманию в рамках приведенных выше принципов в обеих исследуемых когортах. В первую очередь, это касалось качества наблюдавшейся психопатологической симптоматики, отражающей все основные сферы психической деятельности. В связи с этим было отмечено следующее:

1. Все больные наркоманией после определения у них ВИЧ-инфекции продолжали систематическую интоксикацию опиатами;

2. В процессе клинического обследования у всех обследованных больных в обеих когортах были зафиксированы характерные для опиоидной наркомании качественные расстройства психической деятельности наркозависимых, неоднократно описанные нами ранее [1, 2], отражающие стержневую психопатологическую структуру химической зависимости, которую мы обозначаем как *нарко-доминантный комплекс*. Это, наряду с традиционными токсикологическими критериями (интоксикационный паттерн, толерантность, синдром отмены), позволило унифицировать диагностику опиоидной зависимости и ее особенности;

3. В соответствии с клинико-психопатологическими параметрами злокачественности в каждой когорте было выделено по две основные группы больных, демонстрировавших, соответственно, наиболее и наименее злокачественные формы опиоидной зависимости.

Клиническими критериями злокачественности опиоидной зависимости были определены следующие параметры:

1) непрерывный (безремиссионный) характер течения;

2) преморбидная отягощенность (факторы наследственности, дизонтогенез с проявлениями акцентуации и психопатии);

3) ранний дебют (до 17 лет) и быстрая динамика поисковой наркотизации с быстрым (до 3 мес.) формированием основного наркоманического интоксикационного континуума;

4) короткие сроки «созревания» нарко-доминанты и ее быстрая психопатологическая динамика с быстрым (в течение 1 года) возникновением психотичес-

кого регистра поражения на фоне драматического аддиктивного поведения;

5) быстрая (в течение 1 года) эволюция продуктивной психопатологической симптоматики, с формированием психопатологических комплексов анозогнозии, легитимации аддиктивного поведения;

6) преобладание механизма нарко-автоматизма в реализации психопатологической активности патологической доминанты;

7) быстрое (в течение 3 лет) нарастание дефекта как проявления изменений личности по наркоманическому типу и формирование комплекса рентно-манипулятивного поведения наркомана;

4. Группа с относительно низкой злокачественностью наркомании среди ВИЧ-инфицированных составила 8 больных (28,6%), с относительно высокой злокачественностью — 20 больных, или 71,4%. В группе контроля наблюдалось следующее соотношение: 11 больных (37,7%) с низкой злокачественностью и 19 больных (63,3%) с высокой злокачественностью.

Можно отметить преобладание среди стационарного контингента больных с относительно более высокой злокачественностью наркомании и более заметное доминирование их в группе ВИЧ-инфицированных.

Наличие невротической реакции или признаков невротической фиксации и переработки факта ВИЧ-инфицирования среди больных группы ВИЧ-инфицированных (в соответствии с общепринятыми психопатологическими критериями психогении: совпадение дебюта по времени с психотравмой, фабула, отражающая психогению и регрессионное течение реактивно обусловленного психопатологического комплекса) отмечено у 3 больных (10,7%). У двух больных (7,1%) этот феномен отмечался как непродолжительная (не более 1 месяца) невротическая реакция. Эти признаки были выявлены в группе ВИЧ-инфицированных больных с признаками опиоидной зависимости с малопрогрессирующим (менее злокачественным) течением. У одного пациента диагностирован клинически более очерченный невротический комплекс с обсессивно-фобическим радикалом в течение 1 года (и актуальный на момент обследования) в сочетании с психопатологическими признаками опиоидной зависимости также на уровне ее относительно менее злокачественного течения.

Реактивный характер невротического уровня отмечен только в когорте ВИЧ-инфицированных (10,7%) в подгруппе обследованных с относительно малопрогрессирующим течением, что составило 37,5% случаев больных этой подгруппы.

У всех остальных обследованных пациентов данный параметр в качестве четко фиксируемого **невротического симптомокомплекса** (на уровне реакции или невроза) отсутствовал.

Следует также остановиться на некоторых особенностях реактивно-невротического комплекса, который у больных со сформированной опиоидной зависимостью имеет свою клиническую специфику. Невротическая реакция в одном наблюдавшемся случае протекала с преимущественным истерическим компонентом в рамках истерической преморбидной личности (психопатия), когда опиатная наркомания не обнаруживала признаков злокачественности и имела небольшую длительность (3 года). Этот компонент реализовался демонстративностью, «позой скорби», стремлением «отомстить всем», заразив их ВИЧ. На фоне более длительного течения наркомании (8 лет) — второй клинический случай — отмечались признаки формирования наркоманического дефекта [1], имевшего выраженную и характерную истероформную окраску. Здесь как проявление реакции на факт заражения ВИЧ преобладал компонент дистимии и пассивного негативизма.

Таким образом, в рамках непродолжительной по времени реакции на психогению мы наблюдали, с одной стороны, личностно обусловленный истерический, с другой, — клинически доминирующий истероформный компоненты в рамках специфического дефекта, имевшего, помимо данного структурного элемента, другие свои клинические проявления (рентно-манипулятивный статус, психопатоподобный синдром, аффективную нивелировку).

В случае с более очерченным невротическим комплексом на фоне заметного астенического радикала отмечались обсессивно-фобические нарушения. Мы готовы считать это своеобразием исследуемой клиники, поскольку данный астенический радикал, по нашему представлению, здесь отражает наркоманический посттоксический комплекс и психоорганический компонент наркомании. Фабула переживаний укладывалась в рамки очерченной ВИЧ-фобии, которая сформировалась на фоне имевшейся ранее (по крайней мере в течение 4—5 лет) опиоидной зависимости (с невысокой прогрессирующей). Обсессивно-фобический комплекс здесь, тем не менее, — характеристика психогении. При этом взаимное влияние психопатологии двух различных нозологических образований (наркомании и невроза) можно было отметить в своеобразии клинического «оформления» наблюдаемого невротического комплекса.

Можно также констатировать, что здесь, все же, доминирует клиника наркомании с ее характерным

идеаторным компонентом (когнитивным и аффективным). Симптоматика невротического уровня, отражающая фабулу факта ВИЧ-инфицирования, демонстрирует смазанность, блеклость, неяркость, формальность, статичность, пассивность. Нет и речи о том, чтобы остановить наркотизацию и заняться своим физическим здоровьем, обратиться к инфекционисту для консультации, обследования и (по необходимости) специфической терапии. То есть, больной «не бежит» лечиться, как это наблюдается при классическом «неотягощенном» неврозе. В высказываниях здесь звучит некая обида, досада на случайную нелепость сложившейся ситуации (но не разочарование в наркотике), без должной глубины критической переработки и без глубины фиксации. Последняя полностью опосредована психопатологическими компонентами наркодоминанты (на уровне всех функций измененной в ее рамках психической деятельности). Больной, что называется, не спешит «обнажаться» перед врачом и окружающими, как это часто можно наблюдать при неврозе. На этом фоне отмечаются специфическая наркоманическая аутизация, негативизм, группирование с другими ВИЧ-инфицированными, но, скорее, по наркоманическому механизму, нежели в рамках некой корпоративной «невротической солидарности».

Сенсорный компонент невроза также не выражен: нет ожидаемых характерных для невроза навязчивости очерченных психосенсорных расстройств.

Моторный компонент невротической obsессии здесь также не сопровождается своим усложнением и появлением ритуалов. Эта obsессия, в соответствии с приведенными клиническими критериями, такая же некомплектная. Наркотик в сознании больного — не причина болезни, а скорее некое (весьма эффективное!) «лекарство от плохих мыслей». Следующая особенность — отсутствие панических реакций. Аффективный компонент obsессивно-фобического невроза (тревога) нивелирован активной наркотизацией, а в фазу прекращения наркотизации — апатией (которую в психологических представлениях у опийных наркоманов часто именуют *ангедонией*). В нашем понимании — это один из симптомов этапного синдрома опиатной депрессии в фазе формирования ремиссии, а также отражение проявлений дефекта наркомана.

В когнитивной сфере при анализе рассматриваемого клинического случая наблюдаемое нарушение *осознавания и критического осмысления* невротической навязчивости (каковые в структуре невроза сохраняются в неизменном виде) у больного с опиоидной зависимостью происходит, по нашему мнению,

не из-за снижения интеллекта, а из-за характерного смещения доминант. То есть наблюдаемое расстройство имеет признаки не истинного и коморбидного невротического расстройства, а скорее должно квалифицироваться как *неврозоподобное* расстройство, интегрированное в наркоманию, без достаточных признаков коморбидности [2]. По сути, изначальное качество коморбидности быстро утрачивается и начинают превалировать одностороннее влияние эссенциальной психопатологии наркотизма и радикальное подчинение несозревшего obsессивно-фобического комплекса наркодоминанте.

Следует отметить, что подобные качественные психопатологические характеристики и тенденции были зафиксированы также и у больных, у которых невротизм «ограничился» всего лишь *реакцией*. Более того, мы склонны предполагать, что именно **такой** механизм реагирования на психогению у данной категории больных, несмотря на недостаточное число клинических наблюдений, является основным, а образование устойчивого невротического комплекса — скорее исключение. Здесь требуются дополнительные исследования, которые позволят проследить характерные корреляции и уточнить клинику «нарко-ВИЧ-невроза».

Резюмируя изложенное, полагаем, что в связи с отмеченными характеристиками данный комплекс может рассматриваться не как *невротический компонент коморбидного уровня*, а как *добавочный синдром, имеющий характер неврозоподобного*. Регрессивный характер психогенно обусловленной картины психического расстройства здесь скорее носит некий рефлекторный характер и определяется «победой» психопатологии наркотизма, делающей переживание факта ВИЧ-инфицирования неактуальным и быстропроходящим. В первую очередь, вследствие своей большей патогенности. Об этом свидетельствует также полное отсутствие реактивно-невротического компонента в подгруппе больных с более злокачественным течением наркомании в когорте ВИЧ-инфицированных. У этих больных клиника полностью определяется психопатологией наркодоминанты. Все, что так или иначе **не соответствует** ее психопатологической конструкции (а это — синдромология абсолютной анозогнозии, легитимация аддиктивного поведения со сверхценным и паранойальным уровнем идеаторики, *рентно-манипулятивный комплекс*, где позитивная и негативная психопатологическая симптоматика представлена одновременно и пропорционально), не выходит на первый план в клинической картине и никак не модифицирует течение наркомании. Степень осознаваемости и переживания со-

бственной болезни ВИЧ зависит от степени выраженности психопатологии зависимости, т.е. «уровневого» психопатологического представительства наркоманической доминанты. Чем сильнее и злокачественнее комплексная выраженность этой психопатологии (по всем заинтересованным сферам психики), тем менее присутствует целостное понимание болезни и ее критическое осмысление. Последнее, безусловно, может определяться степенью невротизма и фабулой, отражающей реактивный характер переживаний, если стержневая психопатология основного заболевания не «перекрывает» данный клинико-психопатологический уровень. Это одновременно и фактически один из критериев тяжести наркомании. Самооценка больным присоединившегося инфицирования ВИЧ, а точнее ее характер, поэтому может считаться одним из маркеров тяжести зависимости, которая, как мы отметили, в свою очередь, определяется тяжестью психического поражения, а также — преимущественным психопатологическим механизмом воспроизводства наркоманической доминанты (обсессивно-компульсивный автоматизм).

Таким образом, в процессе исследования клиники опиоидной зависимости отмечена практически полная **идентичность** клинико-психопатологических параметров как в основной, так и в контрольной группах. Отличительной особенностью является нерезко выраженная невротическая реакция на факт заражения ВИЧ у больных с умеренно прогрессивным течением в дебюте наркомании. По мере развития наркомании и усиления психопатологической симптоматики, характеризующей опиатную зависимость, данная невротическая симптоматика полностью нивелируется, ее самостоятельные проявления теряют свою значимость в клинической картине, становясь суррогатом в рамках специфических нарушений мышления, характерных для опиатной зависимости, и становятся полностью подчиненными основной фабуле наркоманической доминанты. При высокопрогрессивном течении наркомании данная реакция отсутствует изначально. Признаки описываемых в литературе энцефалопатии и слабоумия, характерных для больных с синдромом приобретенного иммунодефицита в его исходных формах, у обследованного контингента больных не выявлены.

Выводы

1. ВИЧ-инфекция, присоединившись к опиатной зависимости, существенно не видоизменяет *клинико-психопатологическую картину* последней, что позволяет рассматривать ВИЧ-инфекцию как самостоятельное (коморбидное) *соматическое отягощение* при опиатной зависимости.

2. Сочетание опиатной зависимости и ВИЧ-инфекции не является самостоятельной формой опиатной зависимости.

3. Сопоставление клинико-психопатологических параметров при опиоидной зависимости без сопутствующей ВИЧ-инфекции и сочетающейся с таковой свидетельствует о глубине психического расстройства и безусловном доминировании специфической наркоманической психопатологической симптоматики при злокачественном течении наркомании. Это также является подтверждением ее психотического уровня.

4. Слабая выраженность реактивного фактора при заражении ВИЧ-инфекцией и его быстрая нивелировка при опиатной наркомании, демонстрируя редуцированный характер и протекая как добавочный неврозоподобный симптомокомплекс, не требуют обязательной самостоятельной и специально ориентированной терапии данного невротического компонента на этапе активного лечения наркомании.

Как видно из изложенного, проблема терапевтической активности у больных опиатной наркоманией с сопутствующей ВИЧ-инфекцией является проблемой этой наркомании. Речь идет именно о приоритете активной терапии химической зависимости. Мы сознательно остановили свое внимание на клиническом материале больных с начальными проявлениями инфицирования ВИЧ, которые не отягощены выраженными соматическими проблемами, ожидая при этом закономерного развития реактивно обусловленной симптоматики. При этом получена модель более «чистого» (без влияния упомянутой соматики) взаимодействия двух психопатологических начал — симптоматики невротического уровня как психогении и ее взаимодействия с психопатологией наркотизма. Как видно из приведенных результатов, только десятая часть ВИЧ-инфицированных наркоманов, у которых наркомания дебютировала до заражения ВИЧ, демонстрирует реактивный компонент, выступающий, к тому же, в своеобразной модификации. Более того, этот компонент выступает в клинике опиоидной зависимости как атрибут малой злокачественности ее клинических проявлений. Возможно, что это также является особенностью характеристики стационарного контингента специализированного наркологического отделения, где больные с малой злокачественностью (а, следовательно, не демонстрирующие выраженный токсический составной элемент зависимости) представлены в малой пропорции. Фактически, лишний раз подтверждается тезис о вынужденном (токсикологически детерминированном) мотивационном аспекте так называемого добровольного обращения больных наркоманией за специализированной нарко-

логической помощью. Более того, даже относительно менее тяжело протекающая зависимость не обладает функцией своего достаточного критического осмысления страдающим этой зависимостью. В противном случае таких больных в клинике, где декларируется приоритет добровольности, было бы значительно больше.

Все это так или иначе подтверждает принципиально высокий уровень злокачественности опиатной наркомании как первичной патологии. Следовательно, подтверждается первичность психического расстройства, на которое соматика в период его клинической манифестации почти не оказывает никакого влияния.

Учитывая большой клинический интерес к рассматриваемой тематике, мы продолжаем исследование и надеемся получить новые корреляции при его завершении.

Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинко-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Благов Л.Н., Демина М.В. Опиоидная зависимость и феномен созависимости. Вопросы патогенеза и клиники // Наркология. — 2005. — №1. — С. 42—49.
3. Врублевский А.Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1989. — С. 49.
4. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — С. 38.
5. Киржанова В.В., Кошкина Е.А., Муганцева Л.А., Покровский В.В., Ладная Н.Н. Наркомания и ВИЧ-инфекция в России: анализ данных и поиск зависимостей // Наркология. — 2006. — №12. — С. 21—28.
6. Kelly B., Raphael B., Judd F. et al. Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection // General Hospital Psychiatry. — 1998. — Nov. — Vol. 20. — Issue 6. — P. 345—352.
7. Paccini M., Maremmani I. Methadone maintenance and HIV infection // Heroin Addiction and Related Clinical Problems. — 2002. — Vol. 4(3). — P. 33—44.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES BASED ON VALIDITY PRINCIPLE IN HIV-INFECTED WITH OPIOID DEPENDENCE

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

In modern clinical narcology up to the moment are dominated two main platforms of pathology consideration: somato-psychological and psychopathological. Every of them is oriented on it's own conceptual base and proposes own rating scale forming certain competitive relations between each other. This is serious methodological contradiction because of making difficulties in clinical diagnosing and therapeutic accents. Those in complex lead to crisis and complicate creation of valid high tech in treating of malignant forms of drug dependence. The priority of psychopathology in narcology practice can be emphasized by analysis of complicated forms of dependence. HIV-infected opioid addicts can be considered as a good model of combination of different levels psychopathology presented in a pointed manner.