

Феномен «легитимации аддиктивного поведения» при опиоидной зависимости — клиническая значимость и структурно-динамические характеристики

БЛАГОВ Л.Н.

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

Психопатология наркотизма представляет большой клинический интерес, поскольку является основным предметом изучения клинической наркологии. Имеющиеся на сегодняшний день описания отдельных психопатологических проявлений химической зависимости во многом не удовлетворяют современным потребностям науки и практики, поскольку в их понятийной основе преобладает токсикологическая и психологическая интерпретация, выполненная на симптоматическом уровне. Декларируемый при этом синдромологический «контент» наркотизма не в состоянии объяснить патогенез и основные особенности клинического течения наркологической патологии, фиксируя лишь последствия пьяного поведения и предъявляя тезис о «патологическом влечении» как универсальную основу наркологической патологии. Это с неизбежностью ведет к фрагментарному восприятию проблемы, разноплановости и кризису понятий, недопустимому для важнейшей научно-практической дисциплины. Доминирующие на сегодняшний момент синдромологические построения как приоритет в ущерб клинко-нозологическому пониманию, формирующие синдромальное представление о наркологической патологии, по вполне понятным причинам недостаточны для целостного оформления клинической наркологии как полноценной и высокотехнологичной медицинской дисциплины, имеющей важнейшее значение для здравоохранения и для общества. Синдромальный уровень рассмотрения патологии с позиций методологии является недостаточно дифференцированным. Отсюда — низкая эффективность предъявляемых лечебно-восстановительных концепций, их декларативность и недостаточный уровень специализированной помощи. Это диктует необходимость активизации исследований психопатологии наркологических заболеваний с акцентированием системного клинко-нозологического уровня познания проблемы.

Введение

Особенности аддиктивного (наркоманического) поведения как психопатологического расстройства составляют основной предмет изучения клинической наркологии — уникальной медицинской науки, развившейся из клинической психиатрии. Когда мы упоминаем термин *аддиктивное поведение*, то речь идет о сформированном болезненном субстрате [1], а не о донозологическом описании особенностей личностного реагирования в рамках поискового наркотизма или клинически не квалифицируемом как болезненное, которое дается в психологической литературе [5, 6]. Здесь заключается принципиальное различие между психологическим и клиническим (т.е. медицинским) пониманием проблематики наркотизма и зависимого поведения в целом. Согласно клиническим представлениям, неправильное, психопатологически реализуемое поведение у человека детерминировано не неким «подсознанием» или инстинктом, а устойчивыми психопатологическими комплексами, с одной стороны, в рамках нарушенного реагирования патологической личности, оказавшейся в неблагоприятных условиях существования (функциональные нарушения), с другой стороны, может явиться результатом активного психопатологического (бо-

лезненного) процесса. Здесь функциональный характер расстройств (а он, как правило, не выходит за рамки картины декомпенсации психопата или клиники невротоподобного уровня, т.е. болезненной реакции — с астенией, obsессиями, аффективной спецификой) дополняется более глубокими регистрами психического поражения (характеризующими психотический и психоорганический уровень расстройств). Важным здесь является фактор патогенетической запрограммированности этого болезненного процесса с понятной дихотомией присущих ему клинических проявлений (злокачественная и малопрогрессирующая формы), вариантами течения (непрерывный и дискретный), что универсально определяет его внутреннюю логику развития. Это делает очевидной необходимость описания и изучения психопатологической картины дебюта заболевания (переход от здоровья к болезни, особенно хронической), с акцентированием прогностической функции клинического диагноза. Также становится понятным закономерный исходный компонент психопатологического процесса, квалифицируемый в психиатрии терминами *дефект* и *регресс*. Последние понятия иногда определяют как изменения личности. В конечном счете, и *реакция*, и *процесс* отличаются своим этиопатогенетическим аспектом, имеют свои клинические отличия структурно-динамичес-

кого характера (при условии клинико-нозологического уровня их изучения и рассмотрения) и позволяют вполне успешно препарировать их, применяя методологию классического психопатологического изучения. Это — клинические возможности описания психического статуса, динамического и терапевтического психопатологического наблюдения.

Методологический аспект клинического исследования

Изучение психопатологии наркотизма методом классического психопатологического анализа позволяет выявить и описать важные феномены, которые, будучи статусными характеристиками, также имеют свой структурно-динамический аспект. Это в полной мере можно отнести к расстройствам мышления при опиоидной наркомании. Как мы уже отмечали ранее [1, 3], эти расстройства занимают значительное место в клинической картине химической (опиоидной) зависимости, не только определяя во многом параметры интоксикации, но имея значительно более важное значение, будучи одним из главных критериев диагностики. При этом нет никакой необходимости фиксировать особые статусные состояния — интоксикацию и синдром отмены наркотика, поскольку расстройства мышления являются стойким и универсальным отражением состояния психики больного индивида вне зависимости от фазы болезни. Здесь на первом месте — клиническая специфика изучаемой патологии, позволяющая говорить о нозологическом уровне ее понимания. Также это — важный дифференциально-диагностический критерий, позволяющий дифференцировать психопатологию наркологического заболевания как внутри патологии зависимого поведения, так и с другими психиатрическими нозологиями.

Изучение особенностей психопатологии мышления при наркотизме позволяет на концептуальном уровне и вполне доказательно сформулировать представление о наркологическом заболевании как о специфическом расстройстве, имеющем процессуальный (не эндогенный) характер, а не просто динамику патологической личности в условиях неблагоприятного среднего континуума. Это важно, поскольку позволяет четко и вполне осмысленно расставить акценты в формулировании терапевтической стратегии и тактики. Только при таком подходе становится очевидным спекулятивный характер вполне общих рассуждений о «патогенетической» терапии синдрома патологического влечения к наркотику через простейшую симптоматическую коррекцию патофизиологических реакций на интоксикацию и разнообразных концепциях «реабилитации» лиц, у которых он диагностируется. Без опоры на четкие психопатологические дефиниции подобные концепции просто не имеют клинического

обоснования, а потому не являются валидными в их успешной практической применимости.

Именно поэтому в последнее время патогенетический аспект лечения наркологического заболевания все более привязывают к фиксируемой в его рамках аффективной патологии, имеющей синдромальный уровень. Это происходит в том числе и потому, что простая констатация патологического влечения к опьянению как некоего синдромологического образования, без тщательного структурно-динамического феноменологического препарирования, для клиники малоинформативна, поскольку не дает исчерпывающих ответов на ряд важных вопросов: в чем собственно заключается болезненный его характер? является ли это проблемой личности или это патологический процесс? в чем его клиническая уникальность? каковы здесь клинико-прогностические параметры?

Что же касается аффективной патологии при наркотизме вообще и опиоидной наркомании в частности, ее описание и квалификация были даны нами ранее [1, 3]. Выделяя характерный синдром опиатной депрессии (по своей клинической структуре это вяло-апатическая субдепрессия), мы подчеркиваем его аффилированный и фактически облигатный характер, т.е. неотъемлемое свойство опиатной зависимости иметь этот клинический феномен в своей структуре. При этом главной особенностью здесь является фазовый его характер (не путать с фазами циркулярного эндогенного психоза). Он заключается в том, что опиатная депрессия, не будучи синдромом «сквозным», тем не менее, является важной *клинической характеристикой фазы становления ремиссии* при наркомании и оказывает серьезное влияние на протекание этой фазы.

Здесь все абсолютно логично, поскольку характеристики экзогенного порядка (а интоксикационный континуум и токсический дистресс наряду с симптоматикой острой отмены наркотика при опиатной наркомании — это патологические факторы экзогенного порядка, провоцирующие психоорганические расстройства) трансформированы эндоформным характером клинических проявлений данного вида химической зависимости. Эти интерпретации, в конечном счете, не противоречат представлениям клинической психиатрии о так называемых переходных синдромах Н.Н. Wieck [6], некоторые из которых, вероятно, можно рассматривать также в качестве постпсихотических (резидуальных) расстройств (астения, депрессия, дисфория). Это актуально для клиники наркомании. Понятно также, что диагностируемая депрессия здесь отражает приступообразный (дискретный) характер течения заболевания.

Если в рамках других наркологических нозологий такие специфические картины не описываются и по-

добным образом не оцениваются, то диагностированная в каждом таком случае депрессия, следовательно, является коморбидным расстройством, имеющим самостоятельный патогенез [2]. Об этом говорить приходится особо, так как в современной клинической литературе данный аспект отражается малодифференцированно и предельно спекулятивно. Даже многократные попытки описания специфической алкогольной депрессии [10, 11, 12, 13], к сожалению, не демонстрируют «алкогольной» (наркологической) психопатологической специфики этого синдрома, констатируя лишь «усталость» и «плохое настроение» на фоне и после запоя (частенько путая выраженную астению, дистимию и депрессию). Идеи самообвинения, характерные для эндогенной депрессии, здесь предъясняются как специфика алкогольного генеза, забывая о том, что эта идеаторика при «чисто» алкогольной патологии транзиторна и обусловлена не депрессивным характером мышления, а тяжелой постинтоксикационной астенией. К тому же, эти проявления здесь во многом могут быть детерминированы специфической структурой преморбидной личности с чертами астении и тревожности. Наличие стойких идей самообвинения, как правило, свидетельствует о коморбидно присутствующей эндогенной депрессии. Чем большую выраженность имеет эндогенная депрессия, тем менее вероятна массивная алкоголизация, не говоря уже о тяжелых запоях. При этом на пике такой депрессии любой даже незначительный алкогольный эксцесс резко усиливает депрессию и чреват суицидальной опасностью, когда суицид реализуется обдуманно и закономерно, скорее, в опьянении, нежели в состоянии похмелья (импульсивно).

Поэтому предъясняемого в этих наркологических исследованиях набора признаков для квалификации синдрома как специфической алкогольной депрессии недостаточно. «Выход», однако, пытаются найти в обозначении такой «депрессии» как эквивалента синдрома патологического влечения к опьянению. Здесь надо отметить, что такое обозначение абсолютно некорректно и не выдерживает критики именно с психопатологических позиций. Дело в том, что феномен обострения любого влечения (в том числе и характерного стремления к опьянению), при рассмотрении термина в соответствии с его смысловым содержанием, давно присутствующим в психопатологии, является проявлением психического и психомоторного возбуждения. А это — вектор, прямо противоположный депрессии, на фоне которой при ее относительно малой выраженности, в принципе, возможны тревога и дистимия — то самое «возбуждение», которое и дает повод говорить об обострении патологического влечения, привнося, конечно же, элемент импульсивности.

Корни этого ошибочного посыла в рассмотрении депрессии как эквивалента патологического влечения к интоксикации находятся, на наш взгляд, в исключительно симптоматическом уровне восприятия и понимания феноменологии, которую спешно стараются «упаковать» в некую синдромальную оболочку. А патологическое влечение даже при таком рассмотрении имеет совершенно другие механизмы. Этими механизмами являются *обсессивно-компульсивный, специфический наркоманический автоматизм и стереотипия интоксикации* [1]. Они, понятно, в «укомплектованном виде» представляют собой значительно более комплексные феноменологические образования даже в сравнении с аффективным компонентом, при этом клинически характеризуя именно механизм реализации влечения. Аффективный компонент при этом, конечно, может присутствовать в психопатологической картине сложных синдромов зависимости (не только в форме добавочного синдрома, но и значительно чаще — на симптоматическом уровне) как характеристика реагирования «постпсихотической» измененной личности, в том числе и картине, оформленной приводимыми нами механизмами реализации патологического влечения.

Простая констатация феномена (как идентичного признака) это и есть симптоматический (начальный) уровень его понимания. Кстати, именно симптоматический уровень более или менее достоверно вскрывается при стандартизованном психологическом обследовании с помощью опросников, тестов и шкал, которые, между тем, используются только лишь для определения характера реагирования «личности», ее эмоциональной составляющей и функции интеллекта (в совокупности именуемом «исследованием профиля личности»). И это не зависит от того, как этот исследовательский инструментарий называется или позиционируется. Такое фрагментарное обследование в наркологии, выполняемое почти всегда как однократное, к тому же часто — в фазе постинтоксикации и в фазе синдрома отмены (надеемся все же — не в состоянии интоксикации опиатами), когда больные получают массивную седативную терапию. При этом состояние сознания больного как важнейшего статусного критерия никак не описывается и не квалифицируется, поскольку психологи не владеют в должной мере клиническим понятием *сознание* в силу специфики своей подготовки. Именно из-за отсутствия в достаточной мере подробной описательной составляющей при психологическом тестировании (равно как и при невалифицированном психопатологическом исследовании, когда вместо подробного описания сразу дается скороспелая, зачастую грубо психологизированная квалификация) не могут быть выполнены принципиальные требования психопатоло-

гической диагностики с точки зрения ее объективности. В том числе и по этим причинам такое исследование не имеет права считаться объективным и самодостаточным в оценке психического статуса больного, и тем более — при его динамической клинической оценке. В этом смысле механистичное (а оно, по определению данной методологии, не может быть иным) объединение признаков с констатацией некой характерной тенденции (заметим — серьезные психологи, к счастью, пока не слишком стремятся оперировать понятием *синдром*, которое, будучи абсолютно клиническим, требует, конечно же, квалифицированного и «бережного» обращения) не являет собой полноценный психопатологический диагностический комплекс. Сама техническая сторона стандартизированной лабораторной методики, требующая, кроме того, и, как правило, серьезной работы по своей *валидации*, не учитывает всех особенностей психопатологии, динамично и комплексно присутствующей у наркологических больных зачастую на высоких (психотических) регистрах. Это в *принципе* требует особого контакта врача и больного, тщательного анализа *объективных* анамнестических сведений, но не отстраненного заполнения формуляра с его отстраненной (при этом почему-то именуемой *объективной*!?) математической оценкой. Мы с пониманием относимся к наивным (или, наоборот, заумным) попыткам психологических толкований клинической психопатологической феноменологии как к вполне понятному (и похвальному) стремлению приложить максимум старания для объяснения и решения всех проблем зависимого (болезненного) поведения «технологично» и без чрезмерных усилий и затрат. Но их клиническая наивность как раз является препятствием на пути к успешному решению, поскольку спекулятивный характер оценки выявленных признаков с помощью мифологем (комплекс «предъявление — ответ») имеет своим конечным результатом инвалидное понимание проблемы наркотизма, именно как *медицинской* проблемы в целом, не говоря уже о возможностях точной и тонкой дифференциальной диагностики. Подобная методология в психиатрической клинике (а наркологическая клиника — это ее разновидность) других возможностей просто не имеет. Однако все новые попытки параклиницистов «автономно» продвигаться в данном направлении обусловлены, по нашему (все более укрепляющемуся) убеждению, слишком малой исследовательской активностью психопатологов-психиатров, являющихся специалистами в области зависимого (болезненного) поведения в целом и химической зависимости в частности. Здесь также отмечается мало попыток в клинической оценке наблюдаемой феноменологии выйти за рамки простого симптоматического комбинирования и преодолеть

понятийную базу «малой» психиатрии, часто являющейся зоной «совместных действий» (и определенного методологического соперничества) психологов и психиатров. Как результат — типологический примитивизм и, самое главное, проблемы с формулированием валидных лечебно-восстановительных технологий, а также общая (однако привлекательная в своей изначальной ортодоксальной правильности) фразеология. Логично, что простая компоновка набора симптомов (симптомокомплекс) в синдром некоего первого уровня (в данном случае фактически именно такой процесс мы имеем возможность наблюдать по отношению к синдрому первичного патологического влечения) не предусматривает в принципе радикальной работы с патологией, ограничиваясь временным успехом симптоматически-ориентированной терапии. Убедиться в этом несложно, просмотрев истории болезни любого профильного медучреждения. Все разговоры о прогнозируемой успешности или безуспешности лечения, излечимости или неизлечимости патологии здесь беспочвенны, поскольку, не имея какого-либо опыта системной нозологически-ориентированной терапии, нет никакого смысла обсуждать ее успешность. Объяснение здесь простое. Симптоматически-ориентированное диагностическое рассмотрение и симптоматически-ориентированная терапия «работают» на уровне патологической реакции, но они недостаточны для понимания основных закономерностей и правильного толкования клиники заболевания, имеющего хронический (процессуальный) характер.

Исходя из подобного посыла, становится очевидной важность тщательного психопатологического описания и изучения в обозримых взаимосвязях основных психопатологических синдромов, формирующих *стержневой психопатологический компонент зависимости — наркоманическую доминанту*. Принципиальным моментом здесь, как мы уже отметили, является методология исследования. Самодостаточность классического клинко-психопатологического анализа, выполняемого в статике и динамике, в том числе на фоне терапии психотропными препаратами, доказывается его индивидуализацией и возможностью глубокого проникновения в суть наблюдаемой психопатологической феноменологии. Вспомогательные инструментальные методы (шкалы и опросники) помогают зафиксировать отдельные компоненты статуса на симптоматическом уровне (например, тревогу). Следует отметить, что этого, в целом, вполне достаточно, поскольку достигается необходимая методологическая гармония познавательного (исследовательского) процесса. Соответственно, очень важно при этом не допускать никаких перекосов в приоритетах методологии, поскольку это в обязатель-

ном порядке повлечет за собой искажения в результатах и их правильных истолкованиях. Попытки оспаривать объективный характер подобного метода исследования выглядят бездоказательными, так как формальное шкалирование признаков, с последующей оценкой на их основе неких характеристик «личности», как мы уже отметили выше, в еще большей степени не может претендовать на объективно исчерпывающий характер оценки состояния больного и его заболевания.

Современные тенденции рассмотрения психопатологической феноменологии наркотизма

Изложенные параметры клинического изучения психического статуса наркологического больного можно, без сомнения, считать основополагающими именно при *клинической* оценке особенностей наркологического заболевания, независимо от *вида* зависимости. Конечно, здесь очень важным становится понимание психопатологии наркотизма как *нажитой* именно в результате ее собственной патологической процессуальной эволюции. Попытка рассмотреть основные структурно-динамические характеристики облигатных синдромов наркотизма на примере опиоидной зависимости, на наш взгляд, оптимальна, поскольку здесь наиболее часто мы имеем возможность наблюдать злокачественное течение патологического процесса независимо от его динамического варианта (непрерывного или дискретного). Безусловно, что исчерпывающий исследовательский материал здесь может дать только глубокое, всестороннее и длительное исследование заболевания на всем его протяжении, требующее, однако, времени, значительных сил и средств. По этой причине мы, не претендуя ни в коей мере на подобный ранг представления материала, тем не менее, считаем необходимым отметить на описательном уровне важнейшие квалификационные характеристики наркоманической доминанты, среди которых параметры измененного сознания и патологически измененного мышления являются важнейшими психопатологическими конструкциями. В этом отношении феномен, обозначаемый нами как *синдром легитимации аддиктивного поведения*, является важнейшей характеристикой болезненно деформированного мышления больного наркоманией. Высокий уровень индуктивности этого психопатологического образования подтверждает его психотический вектор.

Конечно, данный феномен в той или иной его описательной интерпретации так или иначе фиксируется достаточно давно, однако без какого-либо специфического клинического синдромального обозначения. Наоборот, имеющиеся клинические описания подчеркивают его симптоматические характеристики, в основном — в обобщенном, расплывчатом, психопато-

логически не конкретизированном (а потому — клинически неубедительном) ракурсе «идеаторного компонента синдрома патологического влечения», к тому же с большим разнообразием истолкования. Учитывая большую клиническую важность данного расстройства, требуется более предметное его исследование. Феноменологически — это возможность наблюдать *всевозможные попытки и многообразные усилия со стороны наркологического больного «отстоять» свои идеалы наркотизма и остаться в поле идеологии и «фактологии» наркотизма, сохраняя «свое незыблемое право» на грядущую интоксикацию и оправдывая интоксикацию предшествующую*. Клиницистами-наркологами этот феномен преимущественно определяется как одно из проявлений деградации личности наркологического больного с фиксацией когнитивного снижения и вытекающей отсюда дисфункцией критики (которая здесь не в силах консолидировать психику индивида на «отпор» вполне очевидным и всем понятным структурным формированиям патологического влечения). То есть данное клиническое проявление выступает в качестве результата хронической интоксикации и обозначает психоорганический регистр поражения [7, 8, 9]. Интересно, как в этом случае объясняется аналогичный феномен, к примеру, у курильщиков табака?

Психологические истолкования, ориентируя его на структуру личности, подчеркивают, что изучаемый феномен реализуется как заострение преморбидных личностных черт в процессе наркотизации. Здесь мы наблюдаем фактическое единство позиции психологов и клиницистов, несмотря на то, что преобладающей терминологией здесь является психологическая. По этой причине особенности функционирования психики больного здесь квалифицируются как «рационализация», «интеллектуализация», «сопротивление», «система психологических защит», «система мотивационных барьеров», «усиление аддиктивной мотивации», «мифотворчество наркоманов» и т.п. Правда, иногда приходится наблюдать и попросту бытовые определения и трактовки. Здесь — великое множество вариантов, которые уже психологизирующий нарколог «выдает» на уровне собственной рационализации и интеллектуализации, пытаясь обособиться от эссенциальной сути клинического феномена и поставить во главу угла средовые факторы (с учетом особенностей «личности» больного), которые в совокупности, по мнению такого специалиста, определяют поведение этого больного.

По логике всех этих рассуждений, с больным требуется доходчиво поговорить, вновь внедрив в его сознание куда-то подевавшиеся мысли о собственном здоровье и собственной праведности, попытаться изменить его быт, лишить возможного нежелательного

контакта с собутыльниками или «братьями-наркоманами» — и проблема решена. (Кстати, здесь часто спорят о «правильности» той или иной «методологии» такой коррекции, не предъявляя при этом достаточных сведений о клинически детерминированных показаниях или противопоказаниях, регламентирующих подобный уровень терапевтического вмешательства, с необходимыми функциями осмысленности и более-менее точного прогнозирования). А что говорят реальный опыт и реальная медицинская (да и просто повседневная бытовая) практика? Они этот тезис не подтверждают ни сколько. И как в таком случае быть с концепцией, уже прямо противоположной — «фатальной неизлечимостью» наркологического заболевания, которая не менее часто присутствует в рассуждениях специалистов?

Однако это вопросы риторические. Риторизм определяется симптоматическим уровнем рассмотрения проблемы, где доминирует психологизация. Само понятие *болезнь* здесь размывается и становится абсолютно неясным, в чем же она, собственно, заключается? Только лишь констатация «патологического» характера влечения как некоего заклинания выглядит здесь явно недостаточно. Как будто влечение к интоксикации опиатами может быть хоть когда-нибудь физиологическим! (В равной степени это относится и ко всем остальным ПАВ, вызывающим клинику химической зависимости). А попытки объяснения пьяного поведения и бескомпромиссного стремления больного к новой интоксикации, сделанные врачом, здесь становятся столь многоликими и многообразными, что захватывает дух! От брутальной эпилептизации и генетически детерминированной фатальности, обусловленной неким врожденным дефектом нейромедиации, до «тонких проблем с духовностью». Что делать с последним компонентом еще как-то понятно (ибо медицина — квинтэссенция гуманитарной направленности человеческой мысли). Но как сменить генотип давно заболевшего наркоманией индивида и как это в принципе может отразиться на клинике наркомании? Достаточно ли «заблокировать» только один какой-либо «ответственный» ген или требуется некое системное вмешательство? На сегодняшний день пока непонятно. Тем более непонятно, что делать с индивидом, демонстрирующим некую «генетическую предрасположенность» к формированию наркомании. Рассказать ему о его грядущих проблемах? Насильно применить какую-то генно-инженерную интервенцию? Вакцинировать? Или заблаговременно «спрятать» в какую-нибудь закрытую структуру, подальше от соблазнов современной жизни? Возможно, это и будет успешно реализовано в будущем, но клиническая наркология не избавлена от необходимости оказания эффективной помощи в каждом клиническом случае *уже сегодня*, какими бы оптимистич-

ными не выглядели методологические и эпидемиологические прогнозы в отношении наркомании. Кстати, мы совершенно не убеждены, что эти последние прогнозы и тенденции реально опираются на существующую действительность, скорее наоборот. Поэтому, на наш взгляд, не следует увлекаться статистикой, чтобы пытаться продемонстрировать снижение актуальности проблем наркомании. В равной мере нежелательно и чрезмерное утрированно заостренное предъявление этих проблем, граничащее с кликушеством.

Все эти выкладки, однако, отражают лишь бюрократический или общественно-политический ракурс наркологии и никакого отношения к ее медицинской части не имеют. Самое главное, чтобы в клинической наркологии как научно-практической области изучение именно *клиники заболевания* не подменялось изучением *контингентов*. Это абсолютно неинтересно для практикующего врача, ежедневно без всякой посторонней ориентировки имеющего возможность самому убеждаться в важности и актуальности проблемы. Известно, что «средняя температура по деревне» никак не указывает на тяжесть болезни отдельных ее жителей, которых, как это ни парадоксально звучит, необходимо все же лечить, даже если таковых становится и не слишком много. И не только метадоном.

В сухом остатке — полиморфизм взглядов, плюрализм мнений. Налицо фактическое нежелание изучать клинику и психопатологию наркотизма, упорное применение инвалидного токсико-психологического понятийного аппарата и разнопланового эпидемиологического шантажа в качестве оправдания этого. Как результат — неадекватное ведение клинического случая и непредсказуемый его исход (который здесь в полной мере зависит не от врача, а от степени злокачественности наркологического заболевания и варианта его течения). В итоге — нежизнеспособность «программного обеспечения» лечебно-восстановительного процесса и инвалидный статус клинической наркологии в целом, все более становящейся не отражением реальных навыков и умений в преодолении тяжелого психического недуга, а неким полузакрытым клубом интеллектуалов, вновь и вновь продуцирующих сенсации в форме все более новых «высокоэффективных» методов лечения. Все разговоры об «активной терапии» здесь попросту не актуальны. «Устав» от бесплодных споров специалистов, функционеры всерьез обдумывают мысль «прикрыть» такую наркологию и сориентировать государство и общество на программы самопомощи и организацию «коммун» для наркологического контингента (по-скольку так, что называется, дешевле!). Да и зарубежные примеры воодушевляют. Экономия, конечно, вещь хорошая, однако... Хотя, понятно любому, что

такой уровень обсуждения не является клиническим, а отражает всего лишь вопросы организации. Тем не менее, именно *клиника* во всей этой разношерстной и многоуровневой структуре мнений и суждений, несмотря на субъективизм и вкусовщину, является **главной**. По этой причине ее знание обязательно для всех, кто так или иначе задействован в принятии ответственных решений. В отношении коммун для наркоманов требуется сказать следующее. При рассмотрении с клинко-психопатологических позиций проблем наркотизма в целом и опиоидной зависимости в частности [1] становится понятным, что контингент больных, требующих подобной формы социального признания, составляют пациенты с исходными проявлениями зависимости (т.е. на излете болезненного процесса, в его закономерном завершении, с угасанием активности, где доминируют психопатологические параметры «негативного» уровня — дефект и регресс, а значит, тот или иной уровень инвалидизации). Именно поэтому здесь демонстрируется всем любезная «добровольность» и именно как статусный феномен, однако со своей психопатологической спецификой, что совершенно логично. Больные в стадии активного развития патологического наркоманического процесса, имеющего характеристики злокачественности, а, следовательно, активно избегающие любых терапевтических программ, в таких структурах (без строгой охраны) сколько-нибудь продолжительное время *никогда находиться не будут* именно в силу доминирования у них *активной психопатологии наркотизма*. А это — преимущественно люди молодого возраста, у которых болезнь дебютировала совсем недавно и находится на этапе своего прогрессирования. Этим больным нужны не коммуны или приюты, а специализированные клиники. Требуется также подумать о бесполезности риторики «добровольности» такого лечения. С точки зрения психопатологии такая риторика совершенно бессмысленна и среди специалистов вполне может расцениваться как признак дилетантизма. Показаниями (или рекомендациями) для добровольного и недобровольного лечения могут быть только клинические, которые исходят от грамотного и добросовестного врача, практикующего в уже достаточно глубоко исследованной области медицины, т.е. строгое следование разработанной технологии (процесс абсолютно прозрачный и вполне подконтрольный). Конечно, существующие в наркологии на сегодняшний день «стандарты» и «протоколы ведения» больных считать такой технологией, по понятным причинам, пока нельзя. Проблемы же с законодательством и юриспруденцией, будучи вторичными, здесь являются проблемами бюрократии и никак не определяют характеристики психического здоровья или психического заболевания. Если одни не

соответствуют другим, то мы имеем возможность наблюдать кризисные явления и вполне достоверно прогнозировать их наперед.

Это — неизбежная расплата за отказ от приоритета клиники и психопатологического изучения феноменологии наркотизма.

Описание и клиническое определение феномена легитимации аддиктивного поведения наркологического больного

Таким образом, клинко-психопатологическое изучение базовых синдромов, отражающих характерные расстройства основных функций психической деятельности при химической зависимости, является главным предметом наркологического исследования. Характерные расстройства функции сознания и мышления в клинике опиоидной зависимости мы расцениваем как основные психопатологические характеристики, которые отражают процессуальный характер заболевания и представляют в соответствии с этим основные этапы эволюции продуктивной и негативной симптоматики при опиоидной наркомании. Сознание и мышление как статусные характеристики, будучи тесно сопряженными и между собой, и с другими функциями психики — эмоциональной, волевой, интеллектуальной и мнестической сферами, определяют в совокупности особенности неправильного (аддиктивного, наркоманического) поведения. Тем не менее, при оценке психического статуса они «препарируются» отдельно, с акцентированием параметров взаимного сопряжения.

Как было отмечено выше, одним из главных и характерных психопатологических проявлений опиоидной зависимости является своеобразная доминантная структура, имеющая комплексный характер, но в большей степени отражающая специфическую дисфункцию мышления больного наркоманией. Это касается и образно-чувственного, и логического мышления. Речь идет о феномене, который мы обозначаем как *легитимация аддиктивного поведения наркологического больного*. По своей психопатологической конструкции данный феномен имеет синдромальный уровень. Доминантность здесь отражается степенью активности, приоритетности, стойкости идеаторных построений, которые в совокупности формируют новое болезненное качество мышления наркомана. Термин *легитимация* мы употребляем с тем, чтобы подчеркнуть именно *активный, однонаправленный и четко очерченный* вектор наркоманической идеаторики, выступающий в качестве своеобразного психопатологического «двигателя» болезненного процесса. Именно это кардинально отличает его от феномена *абсолютной анозогнозии*, вполне самостоятельного

симптомокомплекса, также определяющего психопатологический «портрет» сформированной наркомании и отражающего патологию мышления наркомана. Вместе с тем, и анозогнозия (не как традиционно фиксируемый симптом, а как синдром), и легитимация аддиктивного поведения — психопатологические конструкции, тесно сопряженные и во многом родственные. Заметим лишь, что в формировании анозогнозии несколько более рельефно проявляются факторы экзогенного порядка — средовые и интоксикационные, опосредованные особенностями личностного реагирования. Отметим также, что структуру синдрома абсолютной анозогнозии, где доминирует нарушение чувственного компонента мышления, «цементирует» важный психопатологический феномен — *негативизм*. Фактически, здесь *негативизм*, являясь фактором активной психопатологии, отражает психопатологическую сущность анозогнозии.

Перечисленные несколько выше психологические интерпретации патологии мышления в целом и описываемого нами феномена легитимации аддиктивного поведения больного наркоманией в частности, для клинической оценки непригодны, поскольку, будучи субъективистскими (несмотря на легкость обнаружения и «понятность» квалификации), они не несут в себе клинко-психопатологически значимую информацию. Они не могут, следовательно, идентифицироваться и оцениваться как достоверно описанные и в должной мере структурированные уровневые патологические конструкции, поскольку не отражают взаимосвязанный и взаимозависимый характер наблюдаемой феноменологии, не фиксируют динамический аспект ее психопатологической эволюции. Следовательно, их диагностическая, дифференциально-диагностическая и прогностическая функция не выполняется. Поэтому они не могут в такой форме претендовать на свое использование как клинко-диагностические критерии наркомании. Это также лишний раз подчеркивает крайнюю необходимость описания и более точного терминологического обозначения психопатологии наркотизма именно с клинических позиций, уходящих с симптоматического на более дифференцированные уровни своего обозначения.

Согласно Карлу Ясперсу, психопатологический синдром определяется как *четко выраженная совокупность признаков (болезненных знаков, симптомов), характерная в своей повторяемости и узнаваемости, присутствующая в определенной последовательности, закономерности и взаимосвязи*. Психопатологическому синдрому свойственны также *аутохтонность* (фактическая самодостаточность в своем клиническом оформлении) и *характерная динамика развития*. Динамическая характеристика синдрома предполагает его модификацию в процессе течения заболевания.

Синдром наркоманической доминанты, включающий в себя феномен легитимации аддиктивного поведения, является *стержневым психопатологическим синдромом* при химической зависимости. В равной степени «сквозной» характер имеют все психопатологические синдромы, комплекующие наркоманту и характеризующие патологию мышления при наркомании: *синдром абсолютной анозогнозии, синдром легитимации аддиктивного поведения и рентно-манипулятивный психопатологический комплекс* [1]. Их психопатологическая значимость заключается в *полной независимости своих качественных проявлений от фазы заболевания* (интоксикация, постинтоксикационный синдром и синдром отмены, фаза формирования ремиссии и собственно ремиссионная фаза). Они, безусловно, не могут квалифицироваться только лишь с позиций динамики психоорганического синдрома (также имеющего функцию «сквозного» при опиоидной наркомании [7]), поскольку не отвечают эссенциальным его характеристикам (имеющим исключительно «негативный» вектор, т.е. стойкое снижение функции). Напомним, что к ним относятся астения, лабильность аффекта вплоть до «неудержания», интеллектуальное снижение по органическому типу (когда ведущее значение приобретает снижение функций «предпосылок» интеллекта — памяти, активного внимания, формальных способностей). Это предполагает доминирование «количественных» параметров функции интеллекта, определяющих степень ее дефицитарности. Наблюдателю клиницисту совершенно очевидно, что при хроническом наркологическом расстройстве эта дефицитарность приобретает определенный «качественный» уровень. Здесь отмечается не просто задержка онтогенетического развития (что, в конечном счете, в совокупности с другими критериями в современной литературе определяется психологизированным понятием *деградация личности*), но целостная деформация интеллектуальной функции. Дело в том, что наркологический болезненный фактор «рекрутирует» интеллект больного, переориентируя его на полномасштабное обслуживание наркоманической доминанты. Патогенетическим механизмом здесь выступает драматическая переориентация функции мышления на активную разработку «концепции наркотизма», что приводит, в конечном счете, к искажению самого процесса накопления опыта и стойкой деструкции интеллектуальной функции, что, собственно, и выражается в специфическом когнитивном снижении наркомана. Кроме того, психоорганический синдром «сам по себе» не продуцирует психопродуктивную симптоматику в форме специфических расстройств мышления — сверхценных и бредовых идей, «облегчая» в определенной мере проявление расстройств интрапси-

хических и психосенсорных (имеющих, однако, свою специфику, опосредованную «экзогенным» типом реагирования).

Именно в силу этих клинических обстоятельств мы считаем патологию мышления при опиоидной зависимости *нажитой* и имеющей свои характеристики *прогрессиентности*. Более того, мы подчеркиваем *психопродуктивный* характер этих нарушений, что, в конечном счете, реализуется характеристиками *эндоформного психопатологического процесса*. Особенность такого процесса как раз и заключается в том, что психопродуктивная симптоматика здесь *всегда* тесно переплетается с психоорганическим синдромом, а клиническое течение во многом определяется характером такого взаимодействия. Здесь имеется возможность наблюдать не просто *синергизм* отмечаемых патологических начал, который, возможно, в большей степени демонстрируется при относительно менее злокачественных клинических проявлениях наркологического заболевания, но и вполне *конкуреннтное* их сосуществование, более заметное при высокопрогрессиентном его течении.

При втором варианте психоорганический фактор вследствие своего астенизирующего начала (поскольку здесь очень часто присутствуют драматические формы интоксикации, быстрее приводящие к токсическому дистрессу) более заметно, нежели при первом варианте, сдерживает патогенетически детерминированный «прорыв» продуктивной психопатологии. Это в совокупности, безусловно, отражается, в первую очередь, в быстроте клинического «созревания» наркодоминанты и в относительно быстрой ее деградации. Такое видение клинической проблематики с точки зрения *уровневого взаимодействия* психопатологических блоков не противоречит концепции, высказывавшейся еще в середине прошлого столетия, в частности, немецким психиатром W. von Baeuer [4].

Уникальным проявлением наркологической патологии можно считать своеобразную дебютную картину заболевания, которая в полной мере представляет сложный комплекс внешних и внутренних факторов. Напомним, что к факторам *внешнего* порядка помимо собственно *токсического* воздействия ПАВ, обладающего *наркогенностью*, здесь можно отнести своеобразный *реактивный* компонент, включающий особенности влияния микро- и макросоциума. Последнее формирует своеобразные предклинические (донозологические) психологические установки и мировоззренческие конструкции, опосредованные донозологической структурой личности, в конечном счете обеспечивающие поисковый наркотизм и «плавное вхождение» в болезненный интоксикационный континуум. Эти параметры активно исследуются также психологами.

Описываемый нами патогенетически значимый в наркологической клинике феномен *психопатологической индукции* [1] в самом начале тоже имеет экзогенный характер, который, однако, быстро трансформируется в *эндоформные* механизмы и становится, по факту, уже параметром *внутреннего* порядка наряду с *психопатологической резистентностью*, «защитающей» психику от средовой агрессии и определяющей ее сбалансированный (компенсированный) характер. Данные эндоформные характеристики психопатологической индукции, будучи протопатическими, здесь не совпадают с характеристиками реактивного порядка. Реактивный компонент как определенный компромисс в нашем случае заключается в том, что можно проследить некую хронологическую связь (обязательный элемент реактивного регистра, по К. Ясперсу) между *манифестацией* (но не *дебютом!*) заболевания (наркомании) и началом *интоксикационного континуума*. Более того, содержание функции мышления заболевшего индивида все более отражает *фабулу наркотизма* (второй психопатологический элемент реактивного уровня). Однако в значительном большинстве клинических случаев *отсутствует* необходимый для реактивной психопатологии *регрессиентный* ее характер, а болезнь все же приобретает хроническую форму, не ограничиваясь при этом только лишь неврозоподобным уровнем расстройства психической функции.

Кроме того (и, вероятно, самое главное), при наркомании наблюдается патогенетически детерминированное включение в патологическую «круговерть» всех без исключения функций психики, которые, как мы уже отметили, проявляются устойчивой динамикой комплексного развития специфических продуктивных и негативных расстройств. Наблюдается как следствие стойкая трансформация поведения, становящегося *неправильным* (не только «пьяным», но и приобретающим специфический «конспиративный» характер, демонстрирующим негативизм и иные психопатологически детерминированные стереотипы). Следовательно, психопатологическая индукция, воспроизводимая наркоманией как эндоформным психозом, выступает в роли *пускового механизма*, запускающего новый патологический процесс. В этом — ее патогенетически детерминированная психопатологическая «разность».

Именно поэтому вновь возникшая наркомания — это не патологическая реакция, отражающая совокупность параметров личности и патологических характеристик среды, а специфический эндоформный процесс. Более того, а также в силу качественных и количественных характеристик психопатологии — процесс, имеющий *психотический* вектор своего развития. Это, безусловно, тенденция, зависящая от

множества факторов и «комплектации» психопатологии. Однако тенденция как проекция болезненно детерминированной направленности формирующейся психопатологии имеет для клинической психиатрии важнейшее значение, поскольку позволяет понять логику исследуемого патологического процесса. О чем, собственно, говорил еще E. Bleuler.

Наконец, что принципиально важно, выделяемая здесь патология мышления является вполне *специфической* для наркомании. Это отражается не только фабулой, но, в первую очередь, характером специфического психопатологического творчества в ее разработке. Синдромы наркодоминанты определяются в *каждом* клиническом случае опиоидной зависимости (в том числе во всех случаях с традиционной токсикологической диагностикой наркомании), что свидетельствует об их *патогномоничности*.

В клинике опиоидной зависимости нет никакой необходимости дополнительно определять диагностическую значимость и *диагностическую эффективность* феномена легитимации аддиктивного поведения, который демонстрирует больной наркоманией посредством скрупулезного подсчета коэффициентов диагностической *чувствительности* и *специфичности*. В данном случае мы имеем дело с уникальным диагностическим критерием некоего *первого ранга* (по аналогии с такими при эндогенном психозе). Это говорит о том, что *выявление данного признака и его адекватная клиническая идентификация автоматически фиксирует диагноз «наркомания»*. Здесь также понятно его дифференциально-диагностическое значение по отношению к другим клинико-психиатрическим нозологиям, в том числе определение приоритетности психопатологического расстройства в ракурсе коморбидности. Между тем, при описании клинической картины и осуществлении дифференциальной диагностики в ряду других видов химической зависимости, кроме опиоидной, в силу недостаточной изученности этих элементов психического статуса, по всей вероятности, требуется уточнение специфического качества диагностического

критерия легитимации аддиктивного поведения по каждому виду зависимости. Это не только принципиально возможно, но является *насуточно необходимым* уже сегодня.

Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Благов Л.Н., Кургак Д.И. О понятии коморбидности в клинической наркологии // Наркология. — 2006. — №5. — С. 58—63.
3. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости // Наркология. — 2003. — №10. — С. 28—33.
4. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — 832 с.
5. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обзор психиатрии и медицинской психологии. — 1991. — №1. — С. 8—15.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
7. Ракидин М.М. Клиническая синдромология: церебрально-органический регистр // Наркология. — 2006. — №6. — С. 57—72.
8. Ракидин М.М. Психопатология наркоманий в свете учения о симптоматических психозах // Наркология. — 2005. — №4. — С. 66—72.
8. Роханина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
9. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. — Харьков: Коллегиум, 2004. — 336 с.
10. Janiri L., Martinotti G. et al. Anhedonia and substance-related symptoms in detoxified substance-dependent subjects: a correlation study // Neuropsychobiology. — 2005. — Vol. 52, №1. — P. 37—44. Epub. 2005 Jun. 3.
11. Karno M.P., Longabaugh R. Patient depressive symptoms and therapist bonus on emotional material: A new look at project MATCH // J. Stud. Alcohol. — 2003. — Vol. 64, №5. — P. 607—615.
12. Kornreich C., Foisy M.L., Philippot P., Dan B., Tecco J., Noel X., Hess U., Pelc I., Verbanck P. Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls // Psychiatry Res. — 2003. — Aug. 1. — Vol. 119, №3. — P. 251—260.

PHENOMENON OF LEGITIMACY OF ADICTIVE BEHAVIOR IN OPIOID DEPENDENCE — CLINICAL IMPORTANCE AND STRUCTURAL-DYNAMIC CHARACTERISTICS

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

Psychopathology of narcomania until now presented not enough in special investigations despite on actual clinical interest. All descriptions have made are based on toxicological and psychological attempts of estimations. Such kind of understanding of psychopathology gives fragmentary perception of the problem and crisis of concepts because of syndromal approach to the prejudice of nosologic one. It is the main reason of low effectiveness of treatment-regenerative strategies and programs in this patients. So it dictates enforcement for new creative activity in psychopathological studying in the field of drug dependence with careful description of main clinical syndromes.