

Опиоидная зависимость и феномен созависимости. Вопросы патогенеза и клиники

БЛАГОВ Л.Н.,
ДЕМИНА М.В.

к.м.н., Российский государственный медицинский университет, Москва
к.м.н., Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, Москва

Созависимость является очевидной и серьезной проблемой в клинике опиоидной зависимости и часто имеет достаточно выраженный болезненный характер. Для клиники поэтому очень важным является психопатологическое понимание данной проблемы. Патогенетические механизмы ее формирования обусловлены фактором психогении и характеризуются невротическим и индуктивным компонентами. Это предопределяет основные клинические варианты созависимости. Клинические проявления созависимости определяются характером течения основного заболевания (наркомании), степенью патогенности болезненных факторов и психических особенностей преморбиды созависимого.

На сегодняшний день повышенное внимание, уделяемое вопросам реабилитации больных с опиоидной зависимостью, абсолютно естественно и оправданно [5]. В клинике химической зависимости это происходит, несмотря на существующие объективные трудности и некоторый стихийный характер в организации валидной реабилитационной инфраструктуры, что, по существу, всерьез сдерживает развитие именно научно-практического аспекта реабилитации этих больных. Теоретические же в своей основе концептуальные подходы и разработки в этом направлении в настоящий момент предлагаются многими исследователями. Однако изложенные в теории "неоспоримо верные" положения и утверждения часто являются излишне универсальными и несут в себе определенный и значительный фактор тезисности и эклектики. Отсюда, будучи безусловно теоретически "правильными", они также во многом воспринимаются чрезмерно обобщенными, потому оторванными от реальности и, как правило, при их практическом воплощении в целях достижения необходимой результативности нуждаются в серьезных и часто принципиальных доработках.

Безусловно, только лишь синдромальное видение и определение ряда важнейших клинических параметров (в том числе — патологическое влечение к наркотику), а также чрезмерная эксплуатация такого феномена, как абстинентный синдром, в значительной степени способствуют неполному и потому неправильно восприятию клиники зависимости, так или иначе порождая при этом как результат отсутствие клинической целостности и системности. Психологический и токсикологический подходы к пониманию наркологической патологии, являющиеся таковыми по своей сути, доминируют в настоящее время в отечественной наркологии, хотя, зачастую, имеется стремление называть это клиническим подходом. Клиника хронического токсического отравления и возникающие в связи с этим соматические, неврологические и психологически-ситуационные проблемы личности — это основное (концептуальное) понимание патологии в современной наркологии. Это в принципе продуцирует отношение к наркоману как к человеку, в общем, с нормальной психикой, просто попавшему в некие неблагоприятные, токсикологически обусловленные обстоятельства. По логике таких рассуждений, на самом деле достаточно простого выпрезвления больного и затем с ним аргументированно "поговорить" о его "заблуждениях" — и он тут же прекратит наркотизацию. Создается впечатление, что такой подход, несмотря на его очевидную и безусловную абсурдность для наркологической клиники,

доказываемую ежедневно, в настоящее время весьма активно поддерживается как существующей наркологической бюрократической системой, так и выгоден коммерсантам от наркологии. Главное же состоит в том, что он, в конечном счете, продуцирует некомпетентные, низкий уровень профильной медицинской помощи и, как следствие, предоставляет болезни самой "решать все вопросы". Психопатологические же критерии и подходы к организации лечения и реабилитации в клинике опиоидной зависимости до настоящего времени в массовом порядке, пока, к сожалению, всерьез не востребованы, поскольку существующая тенденция к психологизации здесь доминирует.

Мы имеем давно сформированную точку зрения на эту проблему и уже неоднократно высказывались по данному вопросу [2,9]. Тем не менее, полагаем, есть необходимость повторить наиболее важные в этом контексте положения. Следует со всей ответственностью отдавать себе отчет в том, что если рассматривать опиоидную зависимость как болезнь, имеющую выраженный психопатологический субстрат и требующую не формального, но тщательно клинически выверенного подхода к его проработке, то неизбежно мы приходим к необходимости создания такой инфраструктуры, которая позволяла бы осуществлять такую проработку [1]. Этим функциям вряд ли могут соответствовать существующие на данный момент формы организации государственной наркологической службы с ее главными факторами: токсикологией, психологией и бюрократией. Финансовая сторона вопроса в теперешнем ее состоянии практически исключает создание серьезных центров семейной терапии зависимости. У государства как на федеральном, так и на региональном уровнях денег на эти цели не имеется, а частные инвесторы, как выясняется, не "страдают" чрезмерными проявлениями "синдрома высокой благотворительности" и поэтому найти средства на организацию одного центра непросто, а уж на создание сети подобных центров — подавно! Мы убеждены, тем не менее, что будущее высокотехнологичной клинической наркологии — это профильные центры, с небольшим количеством стационарных коек и с возможностью осуществления в рамках одного учреждения всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Это — определенный (не нынешний!) уровень специализации внутри наркологии. И речь здесь идет не о банальном выпрезвлении, элементарном купировании синдрома отмены с частичной, симптоматической редукцией актуального патологического влечения, имитацией "психотерапии" или осуществлении простого "приюта" для клинически

запущенных наркологических больных с тяжелыми соматическими и социальными проблемами в крупных отделениях или в "наркогородах", которыми, по своей сути, являются мегастанции (не исключено, что такой подход в рамках общегосударственного — это и есть самое настоящее разбазаривание и без того скудных финансовых ресурсов, поскольку фактор активного воздействия на болезнь заменяется фактором дорогостоящего социального призрака). Речь идет, в первую очередь, о новых, реконструктивных технологиях. Такие технологии должны по определению активно противостоять развитию той самой выраженной клинической запущенности у наркологических больных. К сожалению, на сегодняшний день и при существующих взглядах на патологию такого эффекта в широкой клинической практике добиться, по всей вероятности, нереально.

В основе создания таких технологий, особенно в контексте наркомании, несомненно, находится клинико-психопатологический аспект химической (опиатной) зависимости. Он подразумевает, помимо психопатологии зависимости, проработку тесно связанной с ней психопатологии созависимости — феномен, который не просто присутствует в клинике опиоидной наркомании как некий сопутствующий фактор, но представляет собой абсолютно реальный объект лечебного воздействия и восстановления (реконструкции). В настоящее время клиницистам хорошо известно, что только с учетом активного микро-средового воздействия на болезнь возможно практическое и абсолютно реальное достижение именно терапевтического позитивного результата [1,3,4]. Мы можем утверждать, что иное толкование данного феномена или его игнорирование в целом не отвечает задачам клиники химической зависимости и отражает низкий уровень клинической подготовки врача. Только лишь простая, пусть даже длительная изоляция больного (как бы ни назывались подобные учреждения и "программы") — не что иное, как, в лучшем случае, паллиатив. Данная ситуация с клинической точки зрения — это прямая зависимость от формы проявления и варианта течения болезни [1], без какого-либо серьезного влияния на нее.

Одной из клинических особенностей опиоидной зависимости, как мы уже отметили, является выраженный характер созависимости. Тема созависимости в клинической наркологии в настоящее время представляет собой большое, практически мало исследованное клиницистами поле для изучения. В связи с этим имеется насущная необходимость не просто в обозначении проблемы или выявлении в общем тривиальных корреляций, связанных с созависимостью. Важными являются, в первую очередь, клиническая идентификация и феноменологическое описание проблемы.

Поскольку феноменом созависимости как таковым много и активно занимаются психологи, мы в данном материале, посвященном клинике, не приводим и не обсуждаем психологические трактовки данного термина и понятия. Более того, поскольку мы полагаем, что данный термин также является вполне клиническим и абсолютно точно способен отражать клинические реалии, то считаем безусловным приоритетными для клиники наркомании не психологические, а клинические определения и дефиниции феномена созависимости. Такие определения и рассмотрения базируются на психопатологических проявлениях заболевания, составляющих основу клиники химической (опиоидной) зависимости. В связи с этим хотелось бы

подчеркнуть, что рассмотрение проявлений созависимости как набора чисто ситуативных проблем, обусловленных "психологической агрессией", "энергетическим вампиризмом" и т.п. у больного наркоманией, вызывающих некие ответные действия со стороны созависимого, для клинициста, в целом, непродуктивно. В данном контексте недостаточным также можно считать простую констатацию тех или иных, в первую очередь, поведенческих реакций созависимого, проявляемых как "реакции шока", "борьбы", "истощения", "ухода", "капитуляции", что, в конечном счете, упрощает и психологизирует данный феномен. Подобные трактовки в настоящее время довольно широко используются в наркологической клинике. К тому же они ориентированы не на все микроокружение, представляющее собой довольно неоднородную группу и, соответственно, демонстрирующую неодинаковую созависимость, а, скорее, на его определенную часть (это, в первую очередь, супруги больных, проживающие совместно с больным наркотической зависимостью). Поэтому принципиально важным является необходимость четкого клинического определения данной проблематики.

Созависимость можно определить как комплекс расстройств, в первую очередь психопатологических, возникающих у ближайших членов микроокружения (в основном ближайших родственников) больного химической зависимостью, приводящих к развитию устойчивых расстройств психического и соматического здоровья созависимых и появлению новых (болезненных) форм их поведения и адаптации.

В связи с этим важно понимать, что созависимость при наркомании — это психическое или психосоматическое заболевание, являющееся не только следствием наркомании у ближайшего родственника, но и активно влияющее на течение этой наркомании, поскольку осложняет семейную ситуацию, усиливая диспропорции и дисгармонию внутрисемейных отношений. Такая дисгармония и диспропорция должны не просто констатироваться и примитивно (или же как-то замумно) интерпретироваться (что, в целом, характерно для психологического восприятия феномена и не играет какой-либо существенной роли для клиники), но требует вскрытия болезненного механизма (психопатологического) такого взаимодействия. Созависимость как таковая нередко активно препятствует полноценной организации не только ведения больного после выписки из стационара, но и зачастую не позволяет организовать должный уровень воздействия на пациента для его полноценного как по качеству, так и по длительности активного стационарного лечения.

Последнее (к сожалению, к этому приходится постоянно возвращаться), отчасти является, на наш взгляд, также и следствием качественных пробелов в законодательстве, которое в большинстве случаев облекает лечение и реабилитацию наркоманов в форму абсолютно добровольного мероприятия. Подобное положение вещей, что мы уже неоднократно отмечали [1, 2], происходит с одной стороны, как следствие слабого влияния клиники и ее требований на людей, от которых зависит, как эта клиника будет работать, с другой стороны, отражает, в целом, слабый уровень психиатрической подготовки самих клиницистов-наркологов, очевидно, недостаточно полно ориентированных в клинических вопросах опиоидной наркомании.

Важным условием развития активной созависимости являются территориально совместное проживание с больным и определенная степень участия в его проблемах. Если высказываться более точно, созависимость возникает у представителей микроокружения больного наркоманией, нахо-

дящихся с ним в постоянном тесном контакте. Важным моментом здесь является фактор вынужденности такого стабильного контакта. Наиболее четко, в связи с этим, созависимость проявляется у ближайших биологических родственников больного, особенно это касается матерей больных (часто мужья этих женщин являются алкоголиками), и здесь наиболее мощно представлен фактор той самой вынужденности взаимодействия с болезнью. Это отнюдь не означает, что все остальное микроокружение никак не страдает. Даже единичный случай наркомании — это проблема не только всей семьи больного, но и всей "лестничной площадки". Однако не обязательным является выраженный характер расстройств у всех без исключения, контактирующих с больным наркоманией. Здесь, в определенном смысле, можно также говорить и о латентно протекающей созависимости. Тем не менее, от больного наркоманией, а, точнее, от его заболевания, так или иначе страдают все, кто систематически соприкасается с ним.

Конечно, далеко не каждый из взаимодействующих с больными субъектами демонстрирует клинический уровень такого взаимодействия. У некоторых подобное состояние протекает в рамках психиатрической нормы, на психологическом уровне, а значит не является выраженным расстройством, либо легко проходит самостоятельно, либо требует незначительной психологической коррекционной помощи. Поэтому всегда следует четко разделять патологию и психологически обусловленную проблематику созависимости [2].

Исследуя феномен созависимости с клинических позиций, безусловно, приходится изучать его взаимосвязи в отношении целого ряда факторов.

Во-первых, это относится к таким параметрам, как степень родства, возраст и пол. Эти факторы, как показывают наблюдения, играют известную и значительную роль и представляют интерес академический.

Во-вторых, важный аспект, по которому выстраиваются корреляции, — это характерологические особенности преморбиды созависимых (психическая конституция), которые могут рассматриваться с позиции предрасположенности к развитию психогенных реакций. Речь, в первую очередь, идет о выявлении у них признаков акцентуации и психопатии (ананкасты) в период до наступления активных проявлений созависимости. При этом также важным с точки зрения развития созависимости у близких родственников и других членов микроокружения является наличие у них каких-либо психических заболеваний или признаков выраженного органического поражения ЦНС. Поскольку наши многолетние наблюдения показывают практически стопроцентный диагностируемый клинически алкоголизм биологических отцов больных опиатной зависимостью (не всегда протекающий с тяжелыми психопатологическими и социальными последствиями, но с соматопсихологическими — точно и почти всегда), данный аспект также требует своего описания с точки зрения влияния факторов созависимости на этот алкоголизм.

В-третьих, важным является вариант течения опиатной зависимости и его влияние на параметры созависимости. Речь здесь идет, безусловно, о степени злокачественности основного заболевания, его прогрессивности и тяжести, которые во многом определяются непрерывностью или приступообразностью течения опиатной зависимости как психопатологического процесса. По сути, этот аспект в значительном количестве случаев можно расценивать, как решающий, так как он позволяет определить параметры психопатологии, оказывающие основное влия-

ние на формирование данной созависимости, ее развитие и протекание. В данном случае речь идет о конкретном клиническом и психопатологическом субстрате созависимости, его феноменологии и динамике.

Все перечисленные факторы, безусловно, востребованы и имеют большое значение при организации конкретной практической работы лечебно-реабилитационного комплекса, являясь его неотделимой составляющей.

Несколько отдельно приходится рассматривать вопрос о роли феномена созависимости в "эпидемиологическом продвижении" опиоидной наркомании. Не секрет, что "рекрутирование в болезнь" новых пациентов, ее "поражающая способность", а проще говоря, "психопатологическая заразность", заставляют взглянуть на этот феномен под несколько иным углом зрения. В данном случае мы можем видеть не менее злокачественный и агрессивный характер созависимости, нежели отмечаемый традиционно. И "жертвами" такого варианта развития созависимости не всегда становятся "друзья и знакомые с улицы". Иногда приходится наблюдать в этом качестве родственников и близких больного опиоидной наркоманией (братья, сестры, жены, мужья).

Как бы то ни было, встала насущная необходимость говорить о функции не только злокачественности самой наркомании, но и о *психопатологической резистентности, психопатологическом иммунитете* и тому подобных "инфекционных" понятиях, которые реально присутствуют в наркологии и в представительстве феномена созависимости. Данный аспект, как мы полагаем, в силу его большой практической важности нуждается в серьезном и, желательно, всестороннем изучении, несмотря на соблазн априори соотносить его с тем или иным отклонением психического развития (психопатия, психический инфантилизм в рамках дизонтогенеза), объяснять повышенной внушаемостью, склонностью в той или иной мере к невротической фиксации, наличием разного рода истощающих хронических действующих дополнительных факторов, а также — наличием латентного психического заболевания (вялотекущая шизофрения, психоорганический синдром).

Одним словом, обозначенный феномен созависимости и этиопатогенетические факторы, его определяющие, требуют многостороннего, скрупулезного и качественно изучения, в основе которого должны находиться психопатологические, а не только (особенно — в клинике!) психологические критерии оценки, с привлечением серьезных исследовательских ресурсов.

Все это позволяет, с учетом выделенных трех основных направлений исследования (конституционально-биологические особенности преморбиды созависимых, характер течения и психопатологические особенности наркомании, вызывающей созависимость, а также характер влияния психопатологии зависимости на клинику и психопатологию созависимости), выявить несколько основных клинических вариантов рассмотрения созависимости как реального психопатологического образования, сопутствующего опиоидной наркомании.

Итак, выделяются этиологический и патологический аспекты созависимости.

Патогенез созависимости как психического расстройства (клинический психопатологический механизм формирования болезни) представляется достаточно очевидным. Как показывают наблюдения, качество и динамика созависимости с точки зрения патогенеза расстройств не совсем однородны. С одной стороны, созависимость —

это феномен, в полной мере относящийся к классической категории психогений, поскольку отвечает всем характеристикам данной категории (и это никак не противоречит взглядам на данную категорию расстройств основоположника клинко-нозологического подхода в психиатрии Э. Крепелина и других ведущих психопатологов).

Психогения, как известно, рождает болезненную реакцию, которая, вследствие продолжительного действия психогенного начала, трансформируется в некое патологическое состояние [6]. Отличительным качеством наркологического заболевания у близкого человека, которое выступает в рамках психогении, является устойчивый и хронический его характер. Это, в сочетании с серьезнейшими проблемами поведения и коммуникации больного, а также устоявшимся мнением обывателей и "знатоков" о "неизлечимости" наркомании, рождает выраженное опасение однозначно неблагоприятного "внутреннего" прогноза и служит толчком к формированию довольно диссоциированного восприятия и представления о заболевании близкого человека, поскольку наряду с этим существует довольно сильная надежда на выздоровление. Эти факторы, безусловно, психологические, но, вместе с тем, уже феноменологические, отражают параметры той самой психопатологической резистентности здоровой психики.

Появление и закрепление такого диссоциированного представления (это — один из структурных элементов мышления) рождает одновременно противоположные тенденции, ожидания, формируя некую изначальную амбивалентность, интенсивно окрашенную тревожным аффектом, протекающую в невротическом регистре. Налицо классическая фрустрация (несмотря на то, что термин является по своей природе и наиболее употребляемому смысловому приложению психоаналитическим (психологическим), его в понятном контексте, очевидно, вполне можно использовать также в клинике при обозначении некоторых особенностей психопатологии), которая может, в интерпретации W. Bion [8], быть причиной высокого аффективного напряжения и, как следствие, "нервно-психологического" срыва.

Достаточно ли этого фактора для возникновения созависимости? Даже с учетом длительности его действия, по всей видимости, только при наличии психопатии или выраженной акцентуации астенического, истерического и, особенно, тревожно-мнительного (ананкасты) свойства. Поэтому в процессе формирования созависимости происходит дополнительное усиление роли именно специфических проявлений наркомании как психического заболевания. Это — психопатоподобный статус, различные формы асоциального поведения, агрессивные и мощные рентные тенденции, являющиеся статусными характеристиками наркозависимых. Такая симптоматика значительно усиливает роль первичного воздействия фактора собственно заболевания как такового, при условии обязательного неприятия любых форм наркоманического поведения и всего того, что с этим сопряжено. Это также отражает характеристики мышления при созависимости и является в своей клинической сути изначальной установкой и определенным мировоззрением (статусные характеристики). Как правило, при этом формируется то или иное активное противодействие этому наркоманическому поведению. Происходит, по сути, классическое формирование *невроза*. Характер невротического расстройства в рамках созависимости определяется либо прослеживаемой "предрасположенностью" (преморбидные акцентуации и пси-

хопатии), либо не несет в себе очевидных "качеств" преморбидной личности. В рамках созависимости имеет смысл, и к этому есть все основания, говорить сразу о невротическом состоянии, которое впоследствии имеет тенденцию трансформироваться в невротическое развитие личности. Невротические реакции при рассмотрении феномена созависимости имеют довольно быстротекущий и быстроуглубляющийся характер и для клиники в целом по этой причине не актуальны. Формы невроза, которые мы встречаем в рамках созависимости, включают в себя невроз навязчивостей (фобический невроз), невротическую депрессию, истероневроз, астеноневроз. Клиническое разнообразие и смешанный, мозаичный характер невротических расстройств — отличительная черта созависимости при опийной наркомании.

Данный патогенетический механизм мы обозначаем как невротический и отождествляем с невротическим вариантом созависимости.

С другой стороны, важнейшей особенностью патогенетического механизма развития созависимости при опийной наркомании является феномен психопатологической индукции. *Индукция* — также понятие из области психогений. В то же время — это принципиальный механизм детального переноса психопатологии индуктора на психику индуцируемого. Речь здесь даже не идет о каком-либо поверхностном копировании поведения или примитивных образований индуктора человеком с незрелой психикой (психический дизонтогенез, повышенная внушаемость). Особенно это характерно и важно для квалификации расстройств мышления.

Иными словами, психопатологическая индукция, обладая свойствами психогении, вместе с тем несет в себе фактор "прямого вживления" психопатологии наркомании в психическую деятельность индуцируемого, возникает как следствие тяжелого, психотического уровня поражения в рамках злокачественной, высокопрогредиентной наркомании, ее длительного течения и определяется психотическим, бредовым уровнем "основной" наркомодоминанты (индуктора). По своей сути психопатологическая индукция в данном случае и контексте может определяться как своеобразный *реактивный психоз*. Он может быть в рамках острой реакции, однако значительно чаще регистрируется как реактивное состояние (устойчивое и длительное) и тогда характеризуется проявлениями, в первую очередь, расстройств мышления сверхценного уровня.

В некоторых психиатрических классификациях подобное расстройство психики обозначается как паранойяльный сверхценный бред [7]. Однако здесь мы можем говорить, безусловно, лишь о некоей психопатологической тенденции. Тем не менее, бредовый характер подобного расстройства нам наблюдать не приходилось, хотя теоретически подобный вариант при определенном стечении неблагоприятных клинических обстоятельств, пусть транзиторный, в достаточной мере "быстротекущий", исключить все же, по-видимому, нельзя. Отметим, что эта тенденция крайне важна в понимании патогенеза созависимости при наркомании. Если угодно, это особая разновидность психопатологической индукции, возможно, не очень характерная для "большой" психиатрии. Естественно, что интенсивность клиники может быть различной, но обязательной является идеаторная "пропитка" мышления созависимого, отражающая в полной мере характеристики нарушенного мышления индуктора, которым является больной наркоманией. Это качественная характеристика созависимости. Она сопровождается не только по-

хожими проявлениями расстройств мышления, но и "копирует" аффективную составляющую клинической картины наркомании и, что также важно, дублирует (а точнее, имитирует) поведенческие паттерны болезни (за исключением, естественно, активной наркотизации), а отцы-алкоголики на этом фоне демонстрируют актуализацию симптоматики своего алкоголизма. Ее, по этим причинам, по-видимому, все же нельзя отнести к категории невроза, несмотря на длительный и устойчивый характер болезненных проявлений, поскольку, кроме всего прочего, отсутствует или же очень быстро трансформируется эссенциальный навязчивый характер расстройства (важнейшая характеристика obsessions — осознание болезненности и чуждости переживания и обязательный элемент внутреннего сопротивления, борьбы). В данном случае наркомания индуктора как бы "поглощает" психику индуцированного, всю целиком подчиняет ее "интересам болезни". Поэтому приходится наблюдать отсутствие сопротивления и какого-либо активного противодействия основному заболеванию (наркомании индуктора) у созависимого, т.е. любые формы наркоманического поведения в итоге принимаются как безусловно при данных обстоятельствах правильные. Психопатология индуктора, перенесенная (без психоанализа!) на индуцируемого, последним критически не осознается, не подвергается какому-либо анализу и принимается автоматически. Тем не менее, мы говорим о сверхценном характере данного расстройства, поскольку все же в большинстве случаев это, возникнув на реальной почве, не становится окончательным и бесповоротным мировоззрением (у созависимого) и в конечном счете имеет при благоприятных условиях, в целом, регрессионный характер.

Однако описываемый здесь вариант патогенеза созависимости является более тяжелым, более "жестким", имеет психотическую направленность. Его развитие демонстрирует активное включение фактора созависимости в порочный круг основного заболевания (наркомании), активизируя и усиливая ее патологическое начало. Оно в целом определяется выраженностью психопатологии индуктора. Мы обозначаем данный вариант как индуктивный. Он может быть отождествлен с одноименным (индуктивно-реактивным) вариантом созависимости при опиоидной зависимости.

Таким образом, приведенные коротко патогенетические механизмы формирования созависимости в семьях и микроокружении больных опиатной зависимостью являются основными. Однако, тем не менее, значительно чаще приходится наблюдать смешанный патогенетический механизм формирования смешанного варианта созависимости, когда и невротическая, и индуктивная составляющие взаимодействуют между собой, отмечается их взаимопроникновение и определенный характер взаимовлияния. Характер такого формирования созависимости наиболее сложен и требует углубленного изучения. Следует отметить, что и невротическая, и индуктивная составляющие патогенеза созависимости могут рассматриваться либо в пропорциях, либо в целостном виде, и тогда можно увидеть, что более глубокая (психотическая) симптоматика проявляет тенденцию к "поглощению" менее глубокой и патогенной (невротической). Тем не менее, такое взаимодействие в рамках развивающейся созависимости является все же в значительной степени конкурентным. Это зависит от целого ряда факторов и коррелирует как с параметрами личности созависимого и особенностями средового характера, так и с особенностями

основного заболевания (наркомании), которое является причиной возникновения и развития созависимости. Для смешанного варианта развития созависимости характерна та или иная степень отмеченной выше невротической амбивалентности, которая во многом определяет диагностический вектор формирования этой созависимости (невротический или индуктивно-психотический).

В конечном счете, весь этот комплекс находит свое отражение в том самом интегративном понятии, которое мы обозначили как *психопатологическая резистентность*. Патогенез созависимости поэтому в значительной мере отражает характер взаимодействия психогении и особенностей преморбидной личности созависимого.

Важным моментом в развитии созависимости, напомним, является изначальная неоднородность контингента, демонстрирующего эту созависимость. Наркомания, в целом, особенно в неблагоприятных эпидемиологических условиях, не особенно тщательно "выбирает" свои жертвы и может развиваться, в общем, на широком "преморбидном поле", демонстрируя в полной мере патогенную "всеядность". (Разговоры о некоей жесткой избирательности данной патологии, особенно задним числом, часто тешат самолюбие теоретика, но, тем не менее, ни одно теоретическое предсказание того, начнется ли в данном конкретном случае заболевание, как оно будет развиваться и каким будет исход, в настоящее время пока не может считаться занятием в полной мере серьезным (и ответственным!), а когда этим начинают заниматься серьезные и авторитетные исследователи, это часто превращается из смешного в грустное). Данные условия также характерны и для созависимости.

Все это, в сочетании с психопатологическими особенностями клиники наркомании, рождает довольно большой спектр комбинаций и отражает в полной мере многофакторный и комплексный характер расстройства. Его, как большой патологический комплекс, в каждом конкретном случае приходится тщательно и скрупулезно "расследовать" квалифицированному психиатру, занимающемуся проблемами химической (опиатной) зависимости, с тем чтобы грамотно организовать и осуществить необходимый перечень лечебно-реабилитационных мероприятий.

Клинические особенности проявления созависимости реализуются в соответствии с приведенными патогенетическими механизмами. Отметим еще раз, что наибольшую важность в оценке характера созависимости имеют психопатологические проявления, которые и определяют тот или иной ее вариант.

Для удобства систематизации при описании психопатологических проявлений созависимости, можно условно обозначить 2 основных вектора ее развития.

Первый — это своеобразная "индуктивная созависимость", когда "приживаются" и принимаются все наркоустановки, свойственные основному заболеванию, во многом дублируются, копируются не только модели поведения больного наркоманией (психопатоподобное поведение), но и демонстрируются психопатологические характеристики наркомании в форме похожих нарушений мышления и аффективных расстройств. В данном случае наблюдается *феномен психопатологической индукции* в чистом виде, психопатология зависимости практически как клише переносится на психику созависимого и иногда обрывает своей, наркоманической, интоксикационной составляющей (отцы-алкоголики, знакомые больного, и, что особенно показательно, его близкие родственники — братья, сестры, жены, мужья, — которые начинают также

наркотизироваться). При таком, наиболее неблагоприятном, развитии изначально созависимый может заболеть наркоманией ("ограничителем" в данном направлении является наличие дополнительной невротической симптоматики, характерной для смешанного варианта созависимости, описываемого ниже. Поскольку матери больных, при условии, что они изначально не страдают химической зависимостью, демонстрируют подобную невротическую симптоматику почти всегда, то даже при большой выраженности индуктивного компонента они практически никогда не продуцируют индуктивно обусловленную химическую аддикцию, и поэтому такие случаи следует все же относить к смешанному варианту созависимости). При данном векторе "раскрутки" клиники созависимости наблюдается вариант созависимости, который мы обозначаем как индуктивно-реактивный или индуктивно-психотический (психотический — конечно с долей условности, поскольку психотического уровня он достигает, к счастью, далеко не всегда). Его максимальный уровень психопатологических проявлений можно расценивать как сверхценный и даже паранойальный.

Повторимся, что это — тенденция, а характер симптоматики в большинстве случаев (без развития вторичной наркомании) укладывается в рамки сверхценного. При индуктивно-психотическом (индуктивно-реактивном) варианте развития созависимости в значительно большей степени в картину переживаний созависимого "подмешиваются" характерные элементы переживаний зависимого от наркотика. Это составляет не только фабулу переживаний, но и привносит в них мощный сверхценный компонент. Развивается определенный синергизм наркомании и созависимости. Здесь имеется тенденция к более неблагоприятному течению наркомании, поскольку созависимость "льет дополнительную воду" на основную патологию (наркоманию, см. выше). В целом — данный вариант можно расценивать как относительно неблагоприятный. Переживания созависимого отражают характерные нарушения мышления больного наркоманией. Мы уже отмечали ранее [2], что специфические расстройства мышления при опиоидной зависимости проявляются в форме абсолютной анозогнозии, формирования особой и целостной системы оправдания и легитимации своего аддиктивного поведения как единственно возможного, а также в развитии стойких рентно-манипулятивных установок. Эти расстройства отражают как чувственный, так и интерпретативный характер патологического мышления, образуя устойчивый феномен, в целом определяющий аддиктивное наркоманическое поведение — наркоманическую доминанту, а также психопатологически характеризующий наркоманическую личность. Расстройства эмоциональной сферы при этом дополняют психопатологическую картину, усиливая последствия нарушения мышления, еще более усугубляя их. Мы также рассматриваем характер данных нарушений при условии их выраженности и "комплексном исполнении", как психотический. Отсюда абсолютно понятен их значительный индуктивный потенциал.

Психопатоподобное поведение созависимого родственника, отмечаемое при данном варианте, следствие индукции, но не невроза. Аффективная сфера здесь — это не только (и не столько) депрессия (как при невротическом варианте), а скорее напряженность, раздражительность, "агрессивные" эмоции и переживания. Частыми являются истероформные проявления. По сути, как бы, копируется поведение наркомана. Созависимые с "пониманием" относятся к его проблемам, что также является отражением уже

у них формирующейся реактивно патологии мышления. Родственники и знакомые больного, страдающие созависимостью, вопреки всякой логике, пытаются всячески оправдывать больного, защищать его, потакать прихотям и "желаниям", проявляют повышенные "жалость" и "сочувствие". Часто это приводит к активному нежеланию со стороны родственников больного участвовать в процессе лечения. Такие созависимые не помогают врачу в работе с больным. Они часто не просто пренебрегают своим участием в лечебно-реабилитационном процессе, несмотря на многочисленные "мотивирующие беседы", а вполне активно противодействуют ему. Они не дают лекарств, предписанных больному врачом в период амбулаторного лечения. Стараются скорее забрать из стационара, отправить "в санаторий", "на юг". Часто врач становится объектом активного негативизма со стороны созависимых родственников больного, обвиняется ими в различных неблагоприятных поступках и некомпетентности. И это происходит не по причине "психологической усталости", "капитуляции" или другим причинам подобного рода. Это — полная подчиненность болезни, психозу, проявляемая в форме индукции. Никакие логические доводы врача по организации сотрудничества и правильного совместного ведения больного не находят ответа. Они просто игнорируются созависимым, также как бредовой больной игнорирует все, что противоречит его болезненным установкам. Созависимый почти всегда поступает "под диктовку наркомании".

Тем не менее, психогенный характер заболевания проявляется все же в относительно благоприятном прогнозе. Как уже отмечено выше, бредового уровня расстройства мышления созависимые, как правило, не достигают, ограничиваясь сверхценным регистром, что делает ситуацию не столь драматичной и создает возможности для активного терапевтического вмешательства. При этом варианте симптоматика редуцируется относительно быстрее, по сравнению с невротическим вариантом, при прекращении основной наркотизации. Здесь наблюдается меньше навязчивостей или их совсем нет. Меньше страха возобновления этой наркотизации. Такой вариант созависимости более характерен для отцов больных зависимостью, супругов и других членов микроокружения, не принадлежащих к категории близких родственников. Он, в целом, не характерен для матерей больных наркоманией.

При таком развитии индуктивный характер созависимости очевиден, поэтому в данном случае требуется, фактически, лечить созависимого так же, как и больного-наркомана (естественно, не применяя при этом активную фармакотерапию антипсихотиками, но делая упор на мощные психотерапевтические усилия в сочетании, возможно, с адекватной лекарственной терапией применительно к каждому конкретному случаю). Довольно часто подобная ситуация вызывает у врача оправданное желание наиболее твердо настаивать на включении созависимого в активную терапевтическую программу с адекватным воздействием на созависимость (в идеале — даже в стационарных условиях). Понятно, что если иметь в виду конкретный случай наркомании и созависимости, который ведется по единой лечебно-реабилитационной программе, то для этого необходима особым образом организованная инфраструктура (отделение), что на сегодняшний день в практическом здравоохранении никак не реализовано. В процессе работы с данным вариантом созависимости по сути необходимо на более или менее длительное время разделить индуктора и индуцируемого. Поэтому здесь крайне необходимо длительное ста-

онарное лечение наркомана (2—3 мес. в изоляции с минимумом общения с созависимыми родственниками), которые также должны лечиться по специальной программе: в стационаре или амбулаторно.

Второй вектор — это формирование симптоматики на базе отрицания, изначального неприятия наркоидеи. Его можно определить как *невротический*.

Для клиники, формирующейся в данном направлении, характерно развитие невротического симптомокомплекса, который определяет *невротический вариант созависимости*. Наши клинические наблюдения показывают, что для психогенно-невротического уровня при созависимости более характерными являются "внутренние", собственные переживания созависимого, а фактор наркомании близкого родственника как бы является катализатором этих формирований. Фабульная составляющая, безусловно, звучит, но она в целом приобретает и имеет в дальнейшем все же некий вторичный, "отстраненный" характер, если сравнивать ее с предыдущим вариантом.

На переднем плане находится проблематика собственно личности созависимого, усиленная или "выпестованная" невротической формой реагирования. Поэтому здесь развивается невроз в чистом виде, при котором на первом плане присутствуют навязчивости, астения, депрессивное настроение. Навязчивости присутствуют в форме фобий, отражающих фабулу (все, что хоть как-то сопряжено с наркоманией близкого родственника), что, собственно, характеризует "невроз созависимости". Астения характеризуется повышенной истощаемостью, раздражительной слабостью (что также очень характерно для невроза созависимости), гиперестезией. Депрессивное настроение не всегда приобретает силу и характер невротической депрессии, однако такая тенденция, в целом, имеется, что требует прицельного диагностического и терапевтического "внимания" в процессе работы с созависимым. Отдельно следует отметить истерический компонент в структуре психопатологических феноменов в рамках созависимости. Являясь в данном случае все же в той или иной степени чертой преморбидной личности созависимого, данный компонент имеет тенденцию "манифестировать" в процессе развития созависимости, что, с одной стороны, "разнообразит" клинику, с другой, усложняет ее. Следует отметить, что для невротического варианта созависимости является характерным совокупное присутствие всех перечисленных расстройств, отмечаемых в тех или иных пропорциях (это больше характерно для матерей и значительно меньше — для жен больных наркоманией, длительно проживающих совместно с ними, что клинически объяснимо меньшей невротической фиксацией у последних и большей выраженностью индуктивного компонента, от степени выраженности которого зависит отнесение данной категории созависимых к смешанному варианту).

Таким образом, при невротическом варианте созависимости можно отметить развитие всех известных вариантов невроза. Уровень поражения — невротический. В основном — это фобический невроз в рамках невроза навязчивых состояний, астениевроз и невротическая депрессия. При прекращении наркотизации больного наркоманией у созависимого еще долго присутствует фактор страха возобновления этой наркотизации. Он усложняет внутрисемейные взаимоотношения, в целом — микросоциальную коммуникацию, и может провоцировать рецидив основного заболевания. "Невроз созависимости" устойчив. Его течение, как было отмечено выше, характе-

ризуется быстрой трансформацией невротической реакции в невротическое состояние и невротическое развитие личности. Этот вариант развития созависимости в большей мере характерен для матерей зависимых. По своей сути данный феномен представляет большой клинический интерес, требует изучения в каждом конкретном случае, хотя в целом является для клинициста достаточно понятным. Естественно, течение и клинические особенности данного проявления созависимости требуют особого внимания со стороны психиатра, занимающегося организацией лечебно-реабилитационного комплекса при опиоидной зависимости.

То есть, исходя из изложенного, можно коротко определить: невротический вариант — это по сути самостоятельный невроз, в относительно меньшей степени зависимый по фабуле, по содержанию от проявлений наркомании, отражающий особенности преморбидной личности созависимого и особенности ее реагирования на патологическую ситуацию. Индуктивный вариант представляется как некий "дубликат" наркомании, отражающий ее основные компоненты, как копия, и также является характеристикой конкретного реагирования на болезнь индуктора.

Смешанный вариант созависимости, когда диагностируются и индуктивные проявления, и невротические, встречаются, чаще по сравнению с первыми двумя. Он клинически определяется одновременным наличием симптоматики индуктивного и невротического характера. С одной стороны, он отмечается как у близких родственников больного наркоманией, так и у других членов его микроокружения. С другой стороны, он представляет собой определенное развитие невротического варианта созависимости, когда невротический симптомокомплекс, определяющий невротический вариант, постепенно трансформируется в смешанный синдром по мере усиления психопатологической индукции и присоединения симптоматики, свойственной индуктивно-психотическому варианту. По сути дела, происходят клиническое развитие и усложнение синдрома, что отражает общие тенденции течения созависимости. Как мы уже отмечали выше, характер взаимодействия симптоматики является конкурентным. На каком-то этапе невротическая симптоматика может сдерживать наступление индуктивной, но более патогенная, психотически детерминированная индуктивная составляющая в конечном счете способна "поглотить" невротическую, и тогда преобладающим в клинической картине становится именно индуктивно-психотический фактор. Такое развитие клиники созависимости определяется степенью тяжести основного заболевания (наркомании). Невротическая составляющая данного варианта характеризуется в меньшей степени астено-невротическими расстройствами, в большей степени — навязчивостями в форме фобий и ритуалами. Следует отметить значительную выраженность истерического компонента в рамках невротических проявлений, которые при смешанном варианте созависимости особенно характерны.

Для всех описанных вариантов характерна известная триада К. Ясперса, которая определяет психогенный и реактивный характер расстройств, возникающих на "реальной почве". Данная триада отражает реактивный характер симптоматики, т.е. последовательную и непосредственную связь с вызвавшей ее психотравмой. Фабула психопатологических переживаний здесь отражает напрямую содержание психотравмирующей ситуации. Наконец, забо-

ление приобретает регрессионный, преходящий характер при условии прекращения действия психотравмирующего агента (которым является в данном случае наркомания близкого человека).

Безусловно, при всех вариантах активной созависимости не происходит формирования симптоматики, относимой к разряду негативной (т.е. созависимость как форма психического страдания не продуцирует дефект, что подчеркивает психогенный (реактивный) характер заболевания).

Учитывая вышеизложенное, можно сформулировать некоторые выводы.

1. Один из основных выводов, которые приходится делать при изучении феномена созависимости в клинике опийной наркомании, — это живой, динамический характер болезни под названием созависимость. В ряде случаев (часто) она становится самостоятельным заболеванием. Это также, безусловно, взаимовлияние двух патологий — зависимости от наркотика и созависимости. Характер такого взаимовлияния является специфичным, поскольку доминирует влияние синдрома, отражающего более тяжелый регистр поражения (психотический доминирует над невротическим), причем независимо от того, демонстрирует его наркоман или созависимый. Это требует четко и технологично выстраивать отдельные компоненты лечебно-реабилитационного комплекса, а также организовывать его в соответствии с решаемыми задачами.

2. Формирование созависимости как заболевания при опийной наркомании идет по двум основным патогенетическим механизмам: невротическому и индуктивному. Они могут выступать как самостоятельные, но могут, объединяясь, продуцировать некую общую патологическую картину, включающую и "реактивно-психотические" и невротические феномены.

3. Прослеживаются три основных клинических варианта созависимости: невротический, индуктивно-психотический и смешанный. Если говорить о закономерностях патокинеза синдрома, то невротический вариант, возникающий раньше, при неблагоприятном действии болезненных факторов, определяющих заболевание, через смешанный трансформируется в индуктивный.

4. По степени выраженности клинической симптоматики и динамических характеристик можно выделить созависимость активную и латентную.

В заключение хотелось бы предостеречь потенциальных исследователей созависимости, работающих в наркологической клинике, от простого, механического "взвешивания" того или иного фактора, играющего роль в возникновении созависимости. Это также касается модных в настоящее время в наркологии исследований по линии "эссенциальной" генетики, несмотря на отчетливый соблазн выведения, казалось бы, очевидных генетических корреляций. Даже если это и представляет какой-либо

академический интерес, на сегодняшний день и при сегодняшнем уровне понимания патологии и возможностях воздействия на нее это вряд ли будет иметь существенное практическое значение. Любая многофакторная патология, которую пытаются понять, механически препарируя каждый фактор отдельно, зачастую "хоронит" все теоретические выкладки, демонстрируя в каждом конкретном случае абсолютно уникальную, смешанную в тех или иных пропорциях, клиническую картину. Что важно на данном этапе для наркологической клиники и клинической наркологии в целом — это понимание сущности психопатологических проявлений созависимости, закономерностей их динамики. Поэтому именно в этом направлении исследования психопатологов, на наш взгляд, могли бы быть наиболее плодотворными. "Госпитальная наркология" — это та часть клинической наркологии, которая учит врача работать именно с уникальными проявлениями болезни, в каждом конкретном случае выделяя и известные закономерности ее, и особенности, интегрируя их клинический и психопатологический смысл и характер.

Таковы изложенные очень коротко, клинические наблюдения в аспекте феномена созависимости, осуществляемые в лонгитудинальном режиме на протяжении последних 15 лет и включающие около 200 изученных случаев опийной зависимости. Мы выражаем надежду на то, что данный материал будет интересен не только для психиатров, специализирующихся в области химической зависимости, как клинико-психопатологическое пособие, но также послужит определенной методологической базой в создании инфраструктуры эффективного лечебно-реабилитационного комплекса для данной категории больных.

Список литературы

1. Благоев Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. // Наркология. — 2004. — №4. — С. 38—41.
2. Благоев Л.Н., Найденова Н.Г., Власова И.Б., Найденова И.Н. // Наркология. — 2003. — №10. — С. 28—33.
3. Булатников А.Н., Копыт С.Н., Микадзе И.С. и др. Континуальная динамика родительской семьи больных опийной наркоманией // Современные проблемы наркологии: Материалы научно-практической конференции. — Астрахань, 1999 г. — С. 43—47.
4. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. // Вопросы наркологии. — 1994. — №3. — С. 8—12.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость. — М.: Медпрактика-М., 2001. — С. 128.
6. Клиническая психиатрия: Руководство / Под ред. В.Майер-Гросса. — М.: Медицина, 1967. — 832 с.
7. Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М., Медицина, 1985. — С. 414.
8. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М., Медицина, 1987. — 304 с.
9. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М., 2002. — 238 с.

OPIOID DEPENDENCE AND PHENOMENON OF CODEPENDENCE. QUESTIONS OF PATHOGENESIS AND CLINIC

BLAGOV L.N. cand.med.sci., Russian State medical University, Moscow
 DEMINA M.V. cand.med.sci., National Research Center on Addiction, Moscow

Codependence is a real clinical problem in opioid dependence. It is very important to understand this problem throw psychopathological approach of cognition. Two main pathogenesis mechanisms of codependence development can be traced. The first mechanism is neurotic, with forming neurotic model of codependence clinic. The next one is inductive, with development of specified psychotic tendencies in clinical picture of codependence. The third is mixed, including parts and lineaments both of them. Clinical manifestation depends on the rate of reasons: the variant process of main disease (opioid dependence), degree of compliance for pathological influence, factors of prior person features (psychic constitution).