

Психопатология наркоманий в свете учения о симптоматических психозах

РАКИТИН М.М.

к.м.н., доцент кафедры наркологии и психотерапии ГОУ Институт повышения квалификации
Федерального управления "Медбиоэкстрем" МЗ и СР РФ

Дано описание психопатологической симптоматики в различные периоды (интоксикации, ближайший постабстинентный период и ремиссии) у больных наркоманий

Введение

Мы давно привыкли считать, что клиника наркоманий (в широком смысле этого понятия) и психопатология при них прекрасно описана многими выдающимися исследователями. Это действительно так. Традиционно принято рассматривать симптоматику наркоманий в развитии по стадиям заболевания: начальная (I стадия), разгар болезни (II стадия), финал болезни (III стадия). Многие авторитетные исследователи (С.Г.Жислин, А.А.Портнов, И.В.Стрельчук, E. Bleuler, R. Wyss и многие другие) сходятся в том, что на начальном этапе заболевания отмечаются псевдоневротические реакции, в разгар болезни — психопатоподобное поведение, синдром, в финале — деградация личности. Исследование пациентов при этом в большинстве случаев проводится в условиях стационара после предшествующего запоя или постоянного пьянства, т.е. в состоянии хронической наркотической интоксикации. Таким образом, классическое описание клиники наркоманий касается периодов острой интоксикации, абстиненции, ближайшего постабстинентного периода и очень редко — состояний в длительной ремиссии, что вполне объяснимо.

Однако практически всеми врачами давно подмечена удивительная метаморфоза состояния и поведения пациентов через 2—3 мес. абсолютного воздержания от употребления наркотиков и адекватного лечения. За сравнительно короткое время псевдоневротическая симптоматика исчезает полностью, психопатоподобная — в значительной степени нивелируется, а признаки деградации весьма существенно ослабевают (впрочем, проблема регрессивности органического психосиндрома остается спорной и далеко не решенной).

Почему относительно стойкие состояния нивелируются? Для решения этого вопроса предлагаю последовательно квалифицировать психопатологические симптомы и синдромы наркоманий по схеме: опьянение, абстиненция, постабстинентное состояние, ремиссия.

Прежде мне хотелось бы напомнить определение симптоматических психозов: это психические расстройства, возникающие в результате и на фоне соматических, инфекционных и интоксикационных заболеваний. Нам необходимо обратить внимание на последнюю часть определения — интоксикационных заболеваний. Закономерно возникает вопрос, а не является ли клиника наркоманий частью общего учения о симптоматических психозах? Для этого необходимо коротко напомнить психопатологию симптоматических психозов.

Со времен Бонгоффера и Крепелина симптоматические психозы принято делить на острые, подострые и хронические. В основе острых психозов по большей части лежат синдромы помрачения сознания. Напомню — Бонгоффер говорил об острых экзогенно-органических реак-

циях (это и есть острые симптоматические психозы), выделяя оглушенность, делирий, аменцию, эпилептиформное возбуждение и экзогенный галлюциноз. Оставив в стороне оглушенность и делирий как несомненные синдромы помрачения сознания, остановимся несколько подробнее на остальных.

Аменция — термин, практически исчезнувший из психиатрической практики. Основными ее признаками являются выраженная инкогерентность мышления, аллопсихическая дезориентировка, утрата памяти на текущие события и, наконец, отрешенность. Сумма всех перечисленных признаков полностью соответствует симптомам, перечисленным К.Ясперсом в отношении синдромов помрачения сознания. Е.Блейлер еще в 20-е годы показал несостоятельность идеи выделения аменции из синдромов помраченного сознания вообще и доказал, что это не что иное, как акинетический сонор.

Следующий синдром, который назвал Бонгоффер — *эпилептиформное возбуждение*. То, что это синдром помрачения сознания, не вызывает сомнения, но ведь оно одновременно является эквивалентом эпилептического припадка, а тот, в свою очередь, можно рассматривать как гиперкинетическую кому.

Меньше всего ясности в психопатологии *экзогенного галлюциноза*. Естественно, на авансцене психического статуса у таких больных мы видим истинный галлюциноз (преимущественно зрительный и тактильный), но, как правило, забываем заглянуть за занавес этих состояний. Это сделал А.А. Портнов и обнаружил легкие признаки отрешенности, периодические и кратковременные дезориентировки (как минимум, во времени) и легкие интеллектуально-мнестические расстройства. Обнаружить эти симптомы достаточно трудно, так как состояние постоянно ундулирует за счет симптома пробуждаемости. А.А.Портнов обнаружил все признаки предделирия или первой его стадии. Конечно, мне могут возразить: а как быть с так называемыми слуховыми галлюцинациями, столь детально и красочно описанными в наркологических руководствах? Давайте вспомним, больные утверждают, что "голоса" раздаются из отдушин, из телевизора, нередко они как бы "шепчут", звучат механически. Более того, сплошь и рядом пациенты говорят о спорящих "голосах": одни — за, другие — против больного, часто переговариваются между собой и пациентом "мысленно" — и все это сопровождается напряженным аффектом страха, но без признаков помрачения сознания. Как мне представляется, эти явления надо относить к различным вариантам бреда инсценировки, а это уже не экзогенный галлюциноз, если мы придерживаемся мнения о специфичности психопатологических феноменов.

Таким образом, из всех острых экзогенно-органических реакций не оказалось ни одного состояния, которое

можно было бы исключить из числа синдромов помраченного сознания. Если вспомнить лекции А.А.Портнова по общей психопатологии, то к перечисленному следует добавить дисфорию и эйфорию. Все названное можно уложить в следующую дидактическую схему:

дисфория — эйфория
 делирий — оглушенность
 гиперкинетический сопор — акинетический сопор
 гиперкинетическая кома — акинетическая кома

Таким образом, острые симптоматические психозы есть не что иное, как этапные синдромы при церебрально-органических заболеваниях.

Психопатология состояния опьянения

Какое отношение к синдромам помрачения сознания (острым симптоматическим психозам) имеет клиника любой наркомании, в том числе алкоголизма? Если говорить о тяжелых формах опьянения (одурманивания), то в этом случае все понятно — оглушенность, сопор, кома при приеме стимулирующих наркотиков — это разнообразие по окраске и степени тяжести делирия. Относительно легких степеней опьянения существует несколько различных точек зрения, и чаще в быденном сознании и в некоторых наркологических руководствах утверждается, что легкое опьянение подобно слабо выраженным гипоманиакальным состояниям, т.е. расцвету психических и физических сил личности. Почти все переносят состояние легкого алкогольного опьянения, хорошо его помнят и, по-видимому, исходя из субъективных ощущений, могли согласиться с подобным утверждением. Действительно, слегка опьяненный человек испытывает и демонстрирует повышенный фон настроения с живой мимикой, легкую физическую расторможенность. Его мышление ускорено, внимание легко переключаемо, он охотно берется за решение самых сложных задач. Таково субъективное ощущение опьяневшего. Но прислушайтесь к его шуткам: они примитивны и плоски, речь быстрая, но непоследовательная и мало связная. Опьяневший легко теряет чувство дистанции. Все это говорит скорее о нарушении мышления с утратой ситуационного контроля и критики по отношению к своему состоянию.

Исследования Э.Крепелина и авторов, на работы которых он ссылается, свидетельствуют, что прием даже очень малых доз алкоголя, не вызывающих как будто внешних признаков опьянения (так называемое контролируемое опьянение), приводит к ухудшению процессов восприятия, замедляет и делает неточным распознавание сложных чувственных раздражителей, снижает способность к высшей умственной и особенно творческой работе. Э.Крепелин провел очень простой, но в высшей степени доказательный эксперимент на студентах. Он предлагал обычную корректурную пробу до и после приема одной кружки пива и увидел, что увеличивается время для выполнения задания, нарастает количество ошибок и т.д. Вывод: опьянение не оживляет мышление, а затормаживает его, делает менее эффективным. Таким образом, субъективное ощущение прямо противоположно объективным исследованиям.

То же касается памяти, но мы просто никогда не задумывались, страдает ли память при легких степенях опьянения. Э.Крепелин и в данном вопросе вносит ясность все тем же исследовательским приемом. Снижение памяти и вообще мнестических возможностей опьяневшего

подтверждает и В.Л.Гиляровский ("...они испытывают более или менее значительные затруднения в усвоении нового"). Наконец, И.Б.Стрельчук, подтверждая эксперимент Э.Крепелина, замечает, что расстройства памяти сохраняются от 24 до 60 ч после приема 1—2 кружек пива?!

Проводя психопатологический анализ легких степеней опьянения (одурманивания), нельзя не упомянуть результаты исследования контролируемого опьянения Т.Н.Рошиковой и Э.А.Костандова. Они установили при этом нарушение восприятия: повышается порог восприятия, снижается его точность. Не потому ли опьяневшие с трудом воспринимают тихую музыку, вынуждены пользоваться большим освещением для узнавания мелких предметов и демонстрируют несомненное снижение тактильной чувствительности. В итоге они нечетко воспринимают окружающее и, конечно же, не совсем адекватно его отражают, что, по-нашему мнению, можно квалифицировать как первые признаки отрешенности.

Есть еще один признак, которому исследователи практически не придавали значения при изучении легких степеней опьянения, хотя субъективное его значение в быту весьма велико. Известно, что многие люди единодушно говорят о выпивке, как способе "убить время". Почти всякий, когда-либо употреблявший алкоголь или другой вид наркотика и перенесший хотя бы легкое опьянение, испытал на себе субъективное ощущение быстро и незаметно проходящего времени. По-моему, этот признак можно отнести к начальным и минимальным проявлениям дезориентировки во времени.

Несомненно, богатейшие клинические проявления легких степеней опьянения (эйфории) далеко не исчерпываются выше перечисленным, описанные признаки не самые яркие и выразительные, однако именно они, как нам кажется, являются основными, определяющими психический статус пациента.

Суммируя все выше сказанное, можно утверждать, что любое опьянение, и в том числе контролируемое, сопровождается расстройствами мышления и памяти, отрешенностью и дезориентировкой, как минимум, во времени, т.е. безобидная эйфория не есть расстройство настроения: гораздо важнее то, что она несет в себе все признаки помрачения сознания и, значит, является обнуляющей.

Психопатология состояния абстиненции

Далее следует рассмотреть психопатологию абстиненции — весьма сложный, с нашей точки зрения, феномен. Уже И.В.Стрельчук в ее рамках описывает дисфорию (токсично-злобный аффект). С другой стороны, в абстиненции присутствует и соматоневрологический компонент. В зависимости от преобладания того или иного компонента говорят о соматоневрологическом или психическом варианте абстиненции. Психическая составляющая, дисфория сиречь абстиненция — утверждает А.А.Портнов. Если в классическом понимании этого термина подразумевается всего лишь аффективное расстройство, то А.А.Портнов в ее рамках увидел и нарушение сна, и расстройство восприятия в виде гиперестезий, доходящих до гиперпатий, и, наконец, симпатоадреналовый комплекс. Получается, что дисфория (абстиненция) — отнюдь не эмоциональный симптом, а сложный и весьма емкий синдром. Наиболее ярко дисфорию нам демонстрируют такие заболевания, как бешенство, столбняк, эклампсия, эпилепсия и, наконец, абстиненция.

Следует признать, что наиболее значимыми и тяжелыми с психопатологических позиций оказываются *идеаторные расстройства*. Они выступают в виде кататимности мышления (больные могут думать только о возможности “похмелиться” или о мнимых или действительных обидах). Речь пациентов становится отрывочной, примитивной, со значительно ограниченным словарным запасом. Объективные исследования выявляют в ассоциативном эксперименте увеличение латентного периода речевых реакций, примитивные отказные или эхалалические ответы, тугоподвижность и застреваемость мышления, частые perseverации. Все это говорит о несомненном расстройстве мышления.

Клинические наблюдения и параклиническое обследование больных в абстиненции показывают, что больные плохо усваивают новые сведения, не помнят, куда положили тот или иной предмет. Особенно ярко это демонстрируют лица умственного труда, вынужденные в процессе работы постоянно обращаться к запасам памяти и способные к достаточно объективному самоотчету. Как показывает опыт, ими хорошо запоминаются лишь события, связанные с кататимностью мышления. В зависимости от тяжести абстиненции (дисфории) расстройства памяти бывают то чрезвычайно тяжелые и выразительные, то едва намечаются в психическом статусе пациента, но в любом случае они являются обязательным компонентом дисфории. Таким образом, в клинике абстиненции обнаруживается не только нарушение активного внимания (по-видимому, связанное с астеническими расстройствами), но и расстройства мнестических возможностей личности. Страдают фиксационные процессы (не запоминаются текущие события), нарушаются и репарационные способности (воспроизведение накопленного багажа знаний).

Мы уже говорили о нарушениях восприятия с выраженной гиперестезией и гиперпатией. Добавим, что особую силу и болезненность приобретает *интерорецепция*, в связи с чем болезненно воспринимаются собственные сердцебиения, перистальтика кишечника, спазмы сосудов, в том числе кожных покровов головы, и т.д. Не потому ли даже больные алкоголизмом, отличающиеся особой беспечностью по отношению к своему здоровью, в абстиненции становятся ипохондричными, все их внимание направлено на собственные ощущения и переживания, связанные с ними, а внешний мир оказывает на личность минимальное воздействие. Нарушения восприятия нередко сопровождаются иллюзиями и психосенсорными расстройствами в гипногическом или гипнопомпическом состояниях (в условиях сенсорной депривации). По нашему мнению, все эти расстройства можно рассматривать как начальные проявления отрешенности.

Надо добавить, что у больных в абстиненции (дисфории) значительно изменяется субъективное восприятие течения времени. Больные оценивают его как медленно текущее, нередко можно услышать утверждение, что время “остановилось”, “тянется”. Клинически этот признак достаточно легко выявляется, а квалифицировать его, по-видимому, необходимо как начальные проявления дезориентировки во времени.

Таким образом, можно утверждать, что в рамках абстиненции (дисфории), не затрагивая соматовегетативную сферу, мы имеем расстройство мышления, памяти, начальные проявления отрешенности и дезориентировки во времени, т.е. как и опьянение, абстиненция демонстрирует все признаки расстроенного сознания, хотя и в за-

чаточном состоянии, и значит (дисфорию — абстиненцию) следует отнести, как и любое опьянение, к острым экзогенно-органическим реакциям — острым симпто-матическим психозам.

По-видимому, не имеет смысла доказывать, что сопорозное и коматозное виды опьянения — это *острые симптоматические психозы*. То же самое касается как интоксикационных, так и абстинентных делириев — это, несомненно, синдромы помрачения сознания и значит острые симптоматические психозы. Естественно, мы исключаем такие химерические понятия, как *систематизированный делирий, делирий без делирия*, т.е. без помрачения сознания. По нашему мнению, они относятся совсем к другому классу расстройств. Описание легчайших этапных синдромов при экзогенно-органических заболеваниях было бы неполным, если бы мы не упомянули, что в их структуре, как правило, наблюдаются самые разнообразные эквиваленты эпилептических припадков. В качестве примера можно привести абстиненцию, в рамках которой нередко наблюдается компульсивное влечение к наркотику и оно носит характер пароксизмальности (пароксизм патологического влечения). Впрочем, мы легко можем выявить тики, миоклонии, сногворения, повторяющиеся сновидения и т.д., да и сама дисфория в какой-то мере — эквивалент пароксизма.

Ближайший постабстинентный период

В наркологической клинике любой врач вслед за абстиненцией наблюдает и лечит ближайший постабстинентный период. Его длительность и тяжесть зависят от многих моментов (вид наркотика, длительность и злокачественность предшествовавшего “запоя”, стадии заболевания и т.д.). Хорошо известно, что у любого больного, страдающего наркоманией, длительное время сохраняется, как минимум, астения, больные демонстрируют психопатоподобное поведение и анозогнозию. Но прежде чем мы перейдем к психопатологическому анализу постабстинентного периода, позволюте напомнить клинику так называемого *подострого симптоматического психоза*. Для его обозначения существует большое количество синонимов: протрагированные симптоматические психозы, эндоформные реакции, переходные синдромы Вика. Известно, что переходные синдромы возникают в случаях немассивной, но длительно действующей экзогенной вредности. Длительность реакций от одной недели до нескольких месяцев. В соматической клинике появление подострого симптоматического психоза указывает на резкое утяжеление основного заболевания или на неадекватную подборную терапию.

В литературе очень редко и вскользь упоминается возможность возникновения переходных синдромов вслед за перенесенным острым симптоматическим психозом, как бы остаточных явлениях перенесенной тяжелой патологии мозга. Чем длительнее и глубже у больного было помрачение сознания, тем тяжелее и длительнее будет восстановительный период в виде подострого симптоматического психоза.

Из чисто дидактических соображений мы опишем переходные синдромы последовательно от самого легкого варианта до наиболее его тяжелых форм. Хотя в жизни, в клинике такой четкой последовательности смены синдромов вы не увидите, более того, очень часто придется наблюдать смешанные состояния, усложняющие психопатологическую картину.

Наиболее легким переходным синдромом следует признать так называемую *гиперестетическую слабость*. Из самого названия следует, что в основе ее лежит астения с преобладанием в симптомокомплексе снижения порога восприятия. Это приводит к крайней чувствительности по отношению к физиогенным и эмоциогенным воздействиям, а ответная реакция выражается в повышенной эмоциональности и быстрой ее истощаемости. У одних может преобладать эмоциональная лабильность, у других — повышенная эксплозивность. Но и тот, и другой тип реакции быстро истощаемы. Две формы реагирования говорят о естественной дихотомии: гиперстения — гипостения. На фоне гиперестетической слабости кажутся вполне естественными некоторое замедление и быстрая истощаемость идиаторных процессов. То же касается и мнестиса, но они пока носят чисто функциональный и зависимый от астении характер. В итоге мы имеем легкие интеллектуально-мнестические расстройства, выраженную астению, эмоциональные нарушения. Эти признаки остаются на достаточно продолжительное время после перенесенного острого симптоматического психоза.

Следующая, более тяжелая форма переходных синдромов, по большей части, выступает в виде *органической депрессии* (синоним *сложная депрессия*). Как и в предыдущих формах реакций, осью остается выраженная астения, с гиперестезией, отчетливым замедлением идиаторных процессов. Обычно мы видим выраженную ипохондрическую кататимность мышления. Как и при эндогенной депрессии, у больных есть субъективное ощущение ухудшения памяти; в отличие от первой, эти ощущения подтверждаются объективными исследованиями. Кроме того, в этом состоянии можно зарегистрировать у больных эквиваленты эпилептических припадков, на этом моменте многочисленные исследователи почему-то не акцентируют внимание. Возможно, это связано с субъективно мало беспокоящими больных пароксизмами.

Все по тому же закону дихотомии, органической депрессии противостоит *маниоформный синдром*. Сам термин указывает на то, что это состояние лишь по внешним признакам напоминает гипоманию. Эта похожесть касается только повышенного фона настроения и легкой моторной расторможенности. Больные беспечны, веселы, подвижны. Внимательно присмотревшись к повышенному фону настроения, легко убедиться, что их веселость никак не опосредована окружающей обстановкой, не веселит окружающих, как это бывает при истинной мании, носит характер некоторой застойности (брадипсихия?). Что касается физической расторможенности, то внимательный исследователь легко убедится в ее быстрой истощаемости, т.е. наличествует астенический симптомокомплекс без сколько-нибудь выраженного критического отношения больных к этому факту. В нарушении мышления мы видим не только легкую утрату ситуационного контроля, но и замедленность и примитивность суждений, отсутствие критики к своему состоянию. Наши пациенты очень легко дают множество обещаний, но не выполняют их — это отнюдь не лживость, по большей части, они просто о них забывают. Этот факт легко подтвердить примитивнейшими объективными исследованиями памяти. Обращает на себя внимание резкое обеднение речи, исчезновение из лексикона прилагательных, причастных и деепричастных оборотов (не первые ли это признаки функциональной амнестической афазии?). Как и в органической депрессии, в маниоформном синдроме при

тщательном исследовании можно найти все те же эквиваленты эпилептических припадков, но жалоб на них, естественно, не услышим. Таким образом, в маниоформном синдроме, если построить признаки по степени тяжести и значимости, обнаруживаются интеллектуально-мнестические расстройства, эквиваленты эпилептических пароксизмов, астения, эмоциональные нарушения.

Органическая депрессия в рамках подострых симптоматических психозов встречается на порядок, если не более, чаще, чем маниоформный синдром. Между этими, полярными по настроению, но родственными по остальным признакам состояниями возможны различные переходные варианты и даже смешение признаков у одного и того же больного.

Еще более тяжелой формой подострых симптоматических психозов является *органическая депрессия с бредом*. В литературе некоторыми авторами они обозначаются как параноидный синдром, но надо задать вопрос, а где психические автоматизмы (синдром Кандинского—Клерамбо)? Если их нет, то можно ли говорить о параноиде. Органической депрессии с бредом противостоит маниоформный синдром с конфабулезом. Бред, по большей части, не систематизирован, нестойк, да и сами бредовые идеи находятся на грани сверхценных и доминирующих образований. Если бред в рамках депрессии изменчив и неубедителен, то конфабулез весьма последователен и правдоподобен. Глубина депрессии еще более выразительна, возможны суицидальные тенденции и даже действия. Так же, как и в предыдущих синдромах, мы видим нарастание и утяжеление расстройств памяти и мышления, эквиваленты более выразительны, а астения нередко укладывает пациентов в постель даже при маниоформном синдроме.

Апофеозом переходных синдромов Вика являются *Корсаковский и псевдопаралитический синдромы*. Только в этих состояниях на авансцену психического статуса выступают собственно интеллектуально-мнестические нарушения, частые эквиваленты, грубая астения, а эмоциональные расстройства — лишь аккомпанемент более грубых и опасных признаков. Если вспомнить общую психопатологию, то в этих синдромах мы обнаружим и мнестическую дезориентировку, т.е. самые тяжелые формы подострых симптоматических психозов по своим параметрам приближаются к синдромам помраченного сознания. Именно поэтому по ночам у пациентов в тяжелых случаях наблюдается спутанность (своеобразная форма делирия — *лжеделирий Жислина*).

Любой из переходных синдромов при утяжелении состояния легко переходит в *острый симптоматический психоз*, а при послаблении (особенно его тяжелых форм) — в резидуум органического психосиндрома. Вот почему подострые симптоматические психозы Вика назвал переходными. Конечно же, легкие его формы, как правило, исчезают бесследно, по крайней мере, так кажется пациентам и так представляется нам.

После краткого экскурса в клинику симптоматических психозов нам необходимо вернуться к психопатологии наркоманий, в частности к постабстинентным состояниям. По окончании острого симптоматического психоза (опьянение, абстиненция) больные наркоманиями (в широком понимании этого термина) еще долгое время не могут быть признаны даже относительно здоровыми. В клинической картине сохраняются выразительные эмоциональные расстройства, астенический симптомокомплекс.

лекс. С этим утверждением соглашаются все исследователи, более того, эти состояния нередко называют психопатоподобными, что и позволило говорить о психопатоподобном этапе заболевания и даже психопатизации личности.

Одни пациенты угрюмы, вязки, ипохондричны временами до сверхценной переработки собственных ощущений. Сниженный фон настроения преобладает по утрам, пациенты недовольны окружающими, персоналом, иногда и самими собой. В тяжелых случаях дело доходит до суицидальных мыслей, а то и тенденций. Эмоциональные расстройства легко сопрягаются с повышенной раздражительностью, часто трансформирующуюся в брутальную гневливость, эксплозивность, легко вступают в перебранки, а то и драки с другими больными. В тяжелых случаях возможен даже витальный компонент депрессии, правда, как правило, без идей самообвинения, наоборот — все окружающие во всем виноваты.

По-видимому, эту клиническую картину психопатологически можно квалифицировать как *дисфорическую депрессию* (один из вариантов органической депрессии). Но она, как уже говорилось, тесно сопряжена с астеническим симптомокомплексом. Любой врач подтвердит наличие у таких пациентов достаточно отчетливых нарушений сна. Зачастую оно связано с сохранившимся снижением порога восприятия: заснуть мешают посторонние звуки, свет, духота или просто смятые простыни. Непредвзятый наблюдатель обратит внимание на значительно сниженную трудоспособность, повышенную и быструю истощаемость, хотя большинство больных не осознает этого. Нельзя не остановиться на сохраняющихся длительное время вегетативных стигматах: потливости, тахикардии, беспричинном повышении или падении артериального давления, нарушениях деятельности желудочно-кишечного тракта и многом другом. Повышенная истощаемость, вегетативные стигматы, снижение порога восприятия и нарушения сна полностью укладываются в понятие *астенического симптомокомплекса*.

Другие пациенты (их меньшинство) поражают наблюдателя повышенным фоном настроения, благодушием, балагурством, поверхностными плоскими шутками, хвастливостью, необязательностью, лживостью, бесцеремонностью, расторможенностью витальных влечений. Эти состояния напоминают легкую непродуктивную манию, но при этом, как и в первом случае, объективными методами достаточно легко можно выявить астенический симптомокомплекс. Правда, больные не оценивают объективно своего состояния — отсутствует критика.

Абсолютное же большинство пациентов демонстрирует причудливое смешение первых двух состояний. В кабинете врача угрюмы, недовольны, раздражительны, в курилках — хвастливы, беззаботно рассказывают анекдоты. Смена настроения далеко не всегда опосредована ситуацией, нередко неожиданна и непонятна как окружающим, так и самим больным.

Внимательно изучая представленное авторитетными учеными (Э.Крепелин, Е.Блейлер, А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая, И.В.Стрельчук и др.) описание клиники наркоманий и психического статуса пациентов в ближайшем постабстинентном периоде, нельзя не заметить утрату ситуационного контроля и неспособность больных к самосовершенствованию. Пациенты становятся грубыми, безапелляционными, как бы утрачивают способность к диалогическому мышлению, спору с самим собой. Очень характерна для них грубая и примитивная лживость, из-

воротливость, безнравственность поступков при декларации высоких морально-этических качеств. Резко повышается внушаемость, появляются несвойственное им ранее хвастовство, зачастую принимающее характер безудержного, и переоценка собственной личности. По свидетельству Е.Блейлера, ассоциации у больных становятся поверхностными, примитивными, носят чисто внешний характер. Пациенты нередко демонстрируют застреваемость на несущественных деталях событий и фактов. Одним из кардинальных признаков считается утрата критики к своему состоянию. Все это указывает на достаточно грубые нарушения мышления в постабстинентном состоянии. Почему в постабстинентном состоянии? А разве эти нарушения сохраняются в случаях длительной ремиссии?!

Наряду с нарушениями мышления, астеническим симптомокомплексом и эмоциональными расстройствами, всеми исследователями отмечаются расстройства памяти. Так как есть астения, то, несомненно, страдает активное внимание, усугубляя фиксационные расстройства памяти. С большим трудом им даются репродукция прошлого, сиюминутные события запоминаются отрывочно и неполно (Э.Крепелин). Именно нарушения мышления и памяти — наиболее грозные и значимые психопатологические расстройства, а не психопатоподобное поведение, которое в конечном итоге — продукт интеллектуальной недостаточности (утрата ситуационного контроля).

Нельзя не сказать и еще об одной группе симптомокомплексов, постоянно наблюдающихся у больных в постабстинентном состоянии. Е.М.Наркевич как клинически, так и параклиническими методами выявила у больных массу эквивалентов эпилептических припадков. Тики или ночные миоклонии у одних, повторяющиеся сновидения, сногворения у других, возможны цефалгии и другие вегетативные пароксизмальные расстройства. Всем свойственны дисфории с компульсивным влечением к наркотику. Эти расстройства носят пароксизмальный характер и нередко, особенно дисфории, сопровождаются слегка расстроенным сознанием. По нашему мнению, это как бы зарницы этапных синдромов, что сближает постабстинентные состояния с острыми симптомами психозами.

Если расположить всю перечисленную симптоматику по степени тяжести, то получается следующая картина: интеллектуально-мнестические нарушения, разнообразные пароксизмы, астенический симптомокомплекс и, наконец, эмоциональные нарушения. Как видите, психопатоподобному синдрому места не остается, а наблюдаемое у больных психопатоподобное поведение вполне объяснимо интеллектуальной недостаточностью и расторможенностью филогенетически древних эмоций.

Теперь необходимо вернуться к клинике протрагированных симптоматических психозов. Если сравнить клинику наркоманий и переходных синдромов, мы увидим полную идентичность. Тем более, что при прекращении хронической интоксикации большая часть симптоматики исчезает через 1—3 мес.

Еще раз присмотримся к симптоматике постабстинентных состояний. У одних мрачно-подавленное настроение с ипохондрией (органическая депрессия), у других — беспричинно повышенный фон настроения с суебелистостью, расторможенностью влечений (маниоформный синдром); у большинства — причудливое смешение этих состояний. В более тяжелых случаях можно увидеть органическую депрессию с бредом (нередок преходящий бред

ревности или маниформный синдром с конфабулезом), примитивная, хотя и правдоподобная лживость. Наконец, особенно после перенесенных делириев или энцефалопатии Гайе—Вернике, мы можем наблюдать преходящие Корсаковский синдром с грубыми нарушениями памяти и интеллекта и псевдопаралитическое слабоумие, т.е. вся клиника наркоманий предстает перед практикующими врачами то в виде острого, то подострого симптоматического психоза. А так называемые психопатизация личности, психопатоподобное поведение больных демонстрируют лишь степень преходящего слабоумия, степень тяжести протрагированного симптоматического психоза. Гиперестетическая слабость — “астенический вариант психопатизации”, маниформный синдром — “психопатизация по алкогольному типу” с пресловутыми беспечностью, балагурством, хвастовством и лживостью. Органическая депрессия с дисфорическими включениями — “эксплозивный вариант” с грубостью, раздражительностью, злобностью. Какие-то смешанные формы, но с несомненной интеллектуальной недостаточностью — “истерическую психопатизацию”. На вариант переходного синдрома будут влиять не только тяжесть предшествовавшего острого симптоматического психоза, но и преморбидные особенности личности (конституционально-генетический фактор), и вид экзогенной вредности. Мне не пришлось слышать об “алкогольной психопатизации” у лиц, злоупотребляющих снотворными. Подобных примеров можно привести массу, однако должен заметить, что эти вопросы в последние годы не получают должного освещения в научной литературе, где больше обсуждается специфика воздействия того или иного наркотика. Эти задачи, по моему мнению, предстоит решать молодым, энергичным и честным психиатрам будущего.

Психопатология ремиссии

В заключение нашей лекции нельзя не поговорить о состояниях ремиссии. К сожалению, эти состояния нам встречаются значительно реже, чем предыдущие, им и исследований посвящено немного, а о психопатологии в ремиссии и говорить не приходится.

Конечно, для полного устранения последствий длительной интоксикации 2—3 мес. недостаточно. Еще долгое время сохраняются астенические расстройства, периодически возникают эквиваленты эпилептических припадков то в виде компульсивного влечения к наркотику, то в виде брутальной, мало мотивируемой эксплозивности; впрочем, возможны и другие варианты. Подобные нарушения могут продолжаться месяцами, вот почему К.Шнейдер настаивал говорить о степени тяжести резидуума органического психосиндрома лишь через 1—2 года после прекращения воздействия экзогенной вредности (в нашем случае наркотика).

Остается ли какая-либо симптоматика у лиц, длительно воздерживающихся от употребления наркотиков (алкоголя)? Наверное, многое зависит от стадии развития заболевания к моменту прекращения воздействия экзогенной вредности. Мы хорошо знаем, что даже I стадия наркоманий оставляет свои следы на личности больного в ремиссии. По большей части эти следы проявляются в неадекватном замедлении онтогенетического развития личности. Молодые пациенты становятся консервативными в работе и быту. Перестают ходить в гости, театры, на концерты, читают только газеты или детективы, смотрят бесконечные телевизионные сериалы. Их жены часто за-

являют, что мужья стали скучными, неинтересными. Это служит иногда поводом для намеренного спаивания мужей. Особенно нагляден этот признак у лиц творческого труда — исчезает “божья искра”, творчество становится трафаретным, писатели создают слабые бесцветные произведения, пользуются только давно накопленным опытом.

Очень часто приходится наблюдать и утрату ситуационного контроля, естественно не сразу и не полностью. Кто из врачей не слышал жалоб от жен бывших пациентов на то, что те стали жадными, скрытными, неадекватно упрямыми и т.п. Это ясное указание на повреждение интеллекта, на недостаточность мышления, неспособность больных прогнозировать будущее и соотносить свое поведение с запросами окружающих.

В более тяжелых случаях растормаживаются филогенетически древние эмоции, появляется эксплозивность, грубость, неадекватная обидчивость и злопамятность (если не повреждена память), что собственно составляет следующую ступень органического психосиндрома по К.Шнейдеру. Обычно подобные состояния наблюдаются в ремиссии у лиц, ранее страдавших уже II стадией наркоманий (алкоголизма). Мы не зря все время упоминаем алкоголизм, он является отличной моделью любой наркомании. Утрата ситуационного контроля, расторможенность филогенетических древних эмоций, вязкость эмоций — отличная база для психопатизации личности, о чем очень осторожно упоминает И.Н.Пятницкая. Но ни описания, ни далеко идущих выводов она не делает, так как очень невелик клинический материал.

При так называемой деградации (ремиссия в III стадии) уже отчетливо видны нарушения памяти, мышление замедляется и примитивизируется настолько, что больные производят впечатление растерянных, бестолковых. Астенические расстройства у них очевидны. Грубо нарушаются эмоции, тип которых по большей части зависит от перенесенной экзогенной вредности. У одних бросается в глаза беспричинная веселость, беспечность, у других — как бы внешнее отсутствие эмоций, в таких случаях говорят об апатическом слабоумии. Нельзя полностью согласиться с этими утверждениями, по-видимому, в таком варианте наступает истощение эмоций. Но этот вопрос требует уточнений.

В зависимости от преморбиды, типа употреблявшегося наркотика, локализации, глубины и обширности повреждения мозга мы увидим различные варианты “деградации” личности, а правильнее будет сказать — различные варианты *органического психосиндрома*. Впрочем, для распознавания столь выраженных форм слабоумия уже не надо быть специалистом. Таким образом, в ремиссиях мы видим лишь различную степень тяжести резидуума органического психосиндрома.

Как то и должно быть при любой резидуально-органической патологии, добавление малейшей интеркуррентной вредности в легких случаях оживляет подострый симптоматический психоз, в тяжелых — острый. Внешне это напоминает внезапное утяжеление слабоумия. Эти же причины легко способны растормозить витальные влечения, в том числе и патологическую тягу к наркотику, что нередко и служит причиной срыва ремиссии, иной раз весьма длительной и полноценной.

Кроме всего прочего, нельзя забывать о возможности возникновения периодических органических психозов с их аутохтонностью, клишеподобностью, выраженными пароксизмальными вегетативными расстройствами и, что

самое главное, легкими признаками помраченного сознания. По-видимому, так называемые периодические органические психозы чем-то напоминают “сухую абстиненцию”. Эти вопросы, как и многие другие, требуют своего вдумчивого исследователя.

Неврозоподобный этап болезни (I стадия наркоманий), психопатоподобный этап (II стадия) и деградация личности (III стадия) есть психотические состояния различной степени выраженности и, значит, относить их к группе пограничных ни в коем случае нельзя. Это положение высказал еще Э.Крепелин, но последующие работы как-то незаметно нивелировали грозные признаки слабоумия. Это привело к тому, что к больным стали относиться по меньшей мере как к нехорошим людям. Вот почему даже среди врачей бытует мнение, что любой наркоман (алкоголик) преморбидно как минимум психопат. С “нехорошими” же людьми можно бороться только наказанием, страхом, социальными мерами. Хотим мы того или не хотим, но невольно и незаметно для себя вернулись к школе “психиков”, которые, как известно, с психическими заболеваниями боролись наказаниями, видя в поведении заболевших злую волю самих больных.

Заключение

Таким образом, всю клинику и психопатологию наркоманий, по нашему мнению, можно уложить в достаточно стройную дидактическую схему:

острый симптоматический психоз — опьянение и абстиненция;

подострый симптоматический психоз — постабстинентное состояние;

хронический симптоматический психоз (резидуум органического психосиндрома) — в редких случаях длительных и качественных ремиссий.

Выражаясь обывательским языком, можно сказать о последовательно сменяющихся остром, подостром и хроническом слабоумии, естественно, при условии, если больной не подкрепляет психозы очереднымиabusами или запоями. К сожалению, страдающие наркоманией пациенты редко дают нам возможность наблюдать резидуум органического психосиндрома, это обусловлено специфичностью наркоманического симптоматического психоза. Специфичность же укладывается в известный вам большой наркоманический синдром (И.Н.Пятницкая), в основе которого лежит патологическая тяга к

эйфоризирующему эффекту любого наркотика. Впрочем, на этой части клиники мы останавливаться не будем, так как она читается в соответствующем разделе психиатрии.

Возвращаясь к психопатологии хронических, подострых и острых симптоматических психозов в рамках наркоманий, должен заметить, что почти полностью не освещены и не разработаны вопросы эквивалентов эпилептических пароксизмов, а ведь в них, по моему мнению, лежит один из ключей к разгадке непрерывных рецидивов заболевания. Отдельные разрозненные исследования, к сожалению, не решают проблемы.

Прошу извинить за частые повторы казалось бы очевидных фактов. Это связано с принципами обучения (законами дидактики), с одной стороны, а с другой — с необходимостью постоянно сравнивать клинику наркоманий и психопатологию симптоматических психозов, которые оказываются полностью идентичными. Некоторые врачи, прослушав эту лекцию, говорят о новом, нетрадиционном подходе к клинике наркоманий. Должен вас разочаровать, все вышесказанное не ново, а всего лишь возврат к классическим канонам психиатрии, изрядно нами забытым. Вчитайтесь внимательно в описание алкоголизма, которое нам дали Э.Крепелин и его последователи, вы увидите все то, о чем я говорил. Возможно, он и его последователи не говорили об опьянении как о синдроме помраченного сознания, но в то время К.Ясперс еще не выделил его признаки и не написал известную “психопатологию”. В предшествующих работах еще не проводится параллель между постабстинентным состоянием и подострыми симптоматическими психозами. Работы, посвященные последним, да и собственно абстиненции, появляются значительно позже. Психиатрия не стоит на месте и, как мне представляется, в связи с новыми достижениями необходимо пересматривать ее отдельные положения, ни в коем случае не утрачивая уже сделанного предшественниками.

Вполне возможно, что с некоторыми положениями не все согласятся, и в этом не вижу особой беды. Наши слушатели — врачи и отнюдь не обязаны высказанные здесь мысли воспринимать как истину в последней инстанции. Но надеюсь, что представленная точка зрения позволит задуматься, быть может, заставит искать новую парадигму, к чему всегда призывает своих учеников выдающийся психиатр современности Анатолий Александрович Портнов.

PSYCHOPATHOLOGY OF ADDICTIONS IN VIEW OF STUDY ON SYMPTOMATIC PSYCHOSIS

RAKITIN M.M. Cand.med.sci., docent, Institute of postgraduated education,
Russian State Health Ministry, Moscow

The psychopathological symptoms during different clinical stages (intoxication, nearest postabstinence period and remission period) in drug addict patients are describes.