

Клинико-патогенетический аспект опиоидной зависимости¹

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент кафедры наркологии и психотерапии ФПП,
Российский государственный медицинский университет, Москва

Изучение патогенеза опиоидной зависимости является важнейшим элементом понимания проблемы химической зависимости в целом. Предлагаемые специалистами-нейробиологами нейромедиаторные концепции патогенеза химической зависимости для понимания опиатной зависимости во всем ее клиническом многообразии не удовлетворяют клиницистов именно в силу своей упрощенности и обобщенности. Здесь также становятся очевидными недостатки синдромального понимания и интерпретации клинической феноменологии наркомании, которые для практической наркологии не дают обоснования дифференцированного рассмотрения патологии и дифференцированного подхода к лечению, приносят излишнюю психологизацию и, в связи с этим, снижают качество квалифицированной медицинской помощи этим больным. В связи с этим, патогенез зависимости рассматривается как целостный механизм и сценарий ее зарождения и формирования в клинико-психопатологическом ракурсе. Подобная трактовка патогенеза позволяет уточнить патогенетические подходы к диагностике и терапии заболевания и дифференцировать их на всех этапах его динамики. Кроме того, клинико-психопатологический аспект, безусловно, способствует более дифференцированному подходу к организации лечения и реабилитации наркоманов.

Этапы формирования наркоманической доминанты

Сверхценный уровень наркоманической доминанты характеризуется комплексным нарушением основных функций психической деятельности индивида, начинающейся их дезорганизацией, а точнее — началом формирования нового, болезненного уровня организации этой деятельности.

Сверхценная идея, как известно из ее психопатологической характеристики, не абсолютна в своем выражении. Тем не менее, ее принципиальное теоретическое психопатологическое отличие, с одной стороны, от идеи доминирующей и, с другой стороны, от бредовой — не является каким-то чрезмерно сложным дифференциальным занятием.

Доминирующая идея

Идея доминирующая — это проявление психологической жизни индивида, в полном смысле психологической (то есть, не болезненной) уровень реагирования. Он подразумевает соответствующий уровень и характер мотивации. Подчеркнем, что доминирующая идея — это абсолютно нормальное проявление здоровой психической деятельности. Она возникает на не измененной болезнью почве, отличается гибкостью, несмотря на свой доминантный характер и, самое важное, служит интересам адаптации. Время ее существования может быть либо весьма коротким, либо занимать значительный промежуток психической жизни индивида и здесь все зависит от конкретных внешних обстоятельств. Она является отображением этих внешних обстоятельств, преломляясь в характере психологического (в достаточной мере гибкого, подвижного, критичного и определяемого логикой, востребованной в настоящий момент житейской целесообразности) реагирования индивида.

Тем не менее, какие-то характерологические психологические качества здесь необходимы. К ним относятся упорство в достижении поставленной, не исключено, довольно высокой, цели (что довольно часто и, на наш взгляд, несколько спекулятивно приписывают характерологическим чертам эпилептоидности), которая в определенной мере захватывает индивида и занимает довольно значительное место в его психической жизни. Это — спо-

собность подчинить свою волю достижению этой цели. Это также способность к концентрации внимания и, не отвлекаясь от намеченного пути, осуществления своей поставленной цели. Зачастую доминирующая идея продуцирует довольно высокий уровень эмоционального напряжения и эмоциональной окраски переживаний. Очень частым примером такой доминирующей идеи служат устремления к победам в спорте, стремления к достижениям в искусстве, науке, бизнесе и многие другие, в том числе (и во много крат чаще) — гораздо более прозаические потребности повседневной жизни, требующие высокой концентрации и значительных усилий в своем решении. Здесь очень гибко и продуктивно идет выбор главного и отсеивание второстепенного. Все направлено на оптимальное и творческое решение задачи. Также подобный “формат” психологического реагирования можно отметить, скажем, при возникновении каких-либо медицинских проблем, напрямую не связанных с тяжелым психическим напряжением. Скажем, принятие решения о необходимой хирургической операции, рекомендованной лечащим врачом, и возникающей в связи с этим потребности регламентировать свой режим, чтобы победить ту или иную соматическую болезнь. Здесь уже в большей мере проявляются качества личности с тревожными включениями, характеризующим, кстати, не обязательно акцентуацию ананкастного ряда.

Примеров доминирующей идеи великое множество и они так же многообразны, как многообразна нормальная психическая жизнь, детерминированная законами психологии. Доминирующая идея абсолютно не требует для своего возникновения и реализации особых характерологических качеств в форме акцентуации и, тем более, психопатии. Отметим важнейшую характеристику доминирующей идеи. Она никогда специально, в чистом виде не “обслуживает” психопатологические структуры мышления и не продуцирует болезненные формы поведения, поскольку не является патологической характеристикой психической болезни. Доминирующая идея, не являясь болезненной в своей природе, не мешает гармоническому психическому развитию индивида и не создает серьезного прецедента дезадаптации. Даже при каких-то транзиторных признаках легкой, психологически обусловленной

¹ Продолжение. Начало см. Наркология. — 2005. — №4.

дезадаптации, последняя, в целом, может быть довольно легко устранима теми же психологическими методами и не имеет серьезных патологических последствий в психической жизни данного индивида.

Говоря о доминирующей идее, мы рассматриваем ее, как феномен психологической жизни психически здорового человека. Какую роль доминирующая идея может играть в возникновении идеи сверхценной и бредовой? Ровно такую же, как здоровая функция, скажем, печени, поджелудочной железы или какого-либо другого органа, в возникновении болезни этого органа. При большой любви к сладкому совершенно не обязательно развитие сахарного диабета, т.е. патологически обусловленной стойкой и выраженной дисфункции *pancreas*, касающейся выработки достаточного количества инсулина. То есть, необходим некий системный патологический срыв. Является ли определенная степень напряжения функции выработки высоких количеств инсулина при “любви к сладкому” в норме, таким единственным толчком в болезнь? Наверное, на данный вопрос можно ответить отрицательно, поскольку для возникновения болезни требуется совокупность патогенных факторов, имеющих каждый свой патологический “вес”. Также и в психической жизни определенная и присущая индивиду склонность к формированию функциональных доминантных структур, обусловленная к тому же факторами внешними и имеющая адаптивный “смысл”, если она не выходит за рамки нормального функционирования психики и не приводит к болезненному срыву этой функции, по-видимому, не грозит этому индивиду какими-то слишком серьезными психиатрическими проблемами. Вопрос даже не в этом. Он заключается в том, будет ли болезнь, дебютировав у человека (в силу тех или иных причин и обстоятельств внутреннего и внешнего свойства) использовать изначально доминирующую идею как стартовую позицию для ее трансформации в последующие и патологические формации?

Что касается проблем наркологии с их потребностью в мощном выражении этих внутренних и внешних факторов, такой сценарий не исключен. Мы уже говорили о “психопатологической заразности” наркоманической идеи и о факторе психопатологической резистентности. Мы говорили также о возможности мощного среднего воздействия на психику “неустойчивого” индивида всевозможных идеологических, агрессивных в своей “наркоманической сущности” проявлений, которые, в силу их изощренности, способны вначале формировать просто “позитивное” психологическое отношение к наркотику и наркомании (в жаргонном обозначении — “психологическую зависимость”), а затем, естественно, его возможное превращение в “трамплин” для болезни (наркотической зависимости от опиатов). Таким образом, направленная и ориентированная доминирующая идея при сопутствующих и способствующих факторах вполне легко превращается в *сверхценную*. Такой сценарий не реализуется, к примеру, при шизофрении, которая наследуется, но, если и “заразна” (что, вообще-то пока никем не доказано), то, вероятно, только для тех, у кого есть такое унаследованное предрасположение. Для наркомании такой “прямой” (если не сказать — примитивный) сценарий полностью и исчерпывающе не подходит.

Сверхценная идея и ее патогенетическая функция

Момент трансформации доминирующей идеи в сверхценную можно считать началом формирования болезни (наркомании). Это важнейший этап патогенеза опиоид-

ной зависимости. Он характеризует дебют данного вида химической зависимости. Здесь можно выразиться в определенном смысле фигурально. Болезнь начинается тогда, когда в итоге патогенетического “движения” к этой болезни становится важным не само опьянение, а его некий “дух”, символ (появление искаженного представления в результате искаженного восприятия), с тенденцией к последующему расширению.

Сверхценная идея, как известно, характеризуется параметрами, которые позиционируют суждения в рамках этой психопатологической категории, как отражающие, в целом, реальные обстоятельства, однако, становящиеся для больного слишком значимыми, занимающими слишком большое место и имеющими чрезмерную важность. При этом, такое ее положение и значение перестают соответствовать реальной действительности, что порождает элемент дезадаптации и в ряде случаев чрезмерное аффективное напряжение. Эта дезадаптация выражается также в том, что сверхценная идея через свою содержательную часть и патологическую энергетику начинает резко конфликтовать с другими функциональными структурами (психемами по определению А.А. Портнова [9]), не соответствующими “требованиям” болезни и отражающими параметры психического здоровья, и напрямую подавлять их. Способность к подавлению этих конкурирующих структур является способностью болезни к преодолению психопатологической резистентности (психопатологического иммунитета) индивида. Сверхценная идея, как патологическая структура, “взламывает” эту резистентность, “расчищая” поле для болезни и ее более мощных конструкций (бреда).

Принципиальная возможность поддаваться психологической коррекции (очень трудно и предельно тяжело) для характеристики сверхценной идеи имеет диагностическое значение. Вместе с этим, принципиально важным является положение, что сверхценная идея — уже не в компетенции психолога и даже психотерапевта, а в компетенции психиатра. По своей сути сверхценная идея, имея некий изначальный посыл, связанный с реальными обстоятельствами, незаметно может перейти эту очень зыбкую границу и вполне осязаемо и окончательно сместить акцент уже на “территорию” болезни.

Имеется в виду, что реальность отображаемых событий может постепенно утрачивать свой исходный психопатологический смысл и вес, все более нивелируясь и приобретая характеристику из категории второстепенных. Наблюдается практически тотальная охваченность этой идеей при наркомании — это *наркоидея*, она становится “главным администратором” и “цензором” всей психической деятельности и подчиняет себе ее практически без остатка. Это способствует зарождению и развитию “обслуживающего” эту идею мышления с тенденцией к ее “супер-творческой” разработке. На этом этапе мы видим, что психическая активность все больше становится инструментом обслуживания и абсолютизации этой содержательной части мышления. При этом отмечается вовлеченность в набирающий силу патологический процесс всех структурных элементов мышления.

Параллельно с этим, сверхценное отношение к “качеству” эмоционально-чувственных переживаний (через ощущения) становится знаковым диагностическим элементом. В этот период наркотический интоксикационный континуум, набрав свою силу, не имеет никаких факторов сопротивления, что могло бы как-то затормозить

этот процесс. Особо необходимо подчеркнуть, что на данном этапе какие-либо психологические аспекты сдерживания патологического процесса становятся абсолютно несостоятельными. Единственным фактором, который способен, при наличии определенных условий, реально тормозить развитие психопатологического процесса, является острый токсический дистресс, что вынуждает больного обратиться за медицинской помощью. Однако, если этот сдерживающий фактор не включается в самом начале болезни, мы, как правило, отмечаем высокопрогредиентное течение наркомании. Поведенческие проявления, отражающие данный этап, все более унифицируются. Существующие изначальные поведенческие модели, отличаясь неким разнообразием на донозологическом этапе, дополняются неврозоподобными и психопатоподобными элементами, которые акцентированы в период отмены наркотика.

Бредовая идея как пиковая психопатологическая характеристика идеаторного компонента наркоманической доминанты

Далее мы наблюдаем усложнение симптоматики, когда окончательно оформляется идеаторный патологический компонент зависимости, а вся психическая деятельность становится полностью ориентированной на обслуживание наркоманической доминанты, набравшей свою “крейсерскую скорость и высоту”. Естественно, вместе с этим видоизменяются параметры поведения, когда элементы неврозоподобной картины трансформируются в устойчивую психопатоподобную модель поведения и реагирования.

Переход в новое качество, когда в суждениях и утверждениях больного начинает преобладать система умозаключений и установок, не соответствующих (в целом) параметрам реальной действительности, а отражающих уже практически исключительный созданный самим больным его собственный внутренний мир понятий и представлений и детерминированные им установки, в целом, протекает плавно, но довольно быстро, а потому не слишком заметно внешне. Дополнением такой характеристики является констатация все более и более искаженного восприятия действительности больным, появление устойчивых, “фильтрующих” информационный поток, элементов. Идея “наркотизма” (нарко-идея) на этом этапе, к тому же обладающая склонностью к дальнейшей разработке, захватывающая все сознание больного, мотивирующая все его действия и поступки, характеризующаяся принципиальным отсутствием возможности адекватной и реальной психологической коррекции, с полным основанием получает обозначение, как бредовая.

Здесь, все же, мы считаем уместным привести понимание психопатологического смысла бредовой идеи М.И. Рыбальским [11]. Он определяет это понятие следующим образом. “Бред — это особое проявление мыслительной деятельности человека, результат патологического творчества, при котором отсутствует причинно-следственная связь между фактом возникновения бреда и уровнем интеллектуального развития, но отмечается влияние указанного уровня на характер, особенности и содержание бреда. Сущность бреда заключается в специфическом или неспецифическом нарушении познавательных, ассоциативных или апперцептивных процессов, предопределяющих возникновение суждений и умозаключений, не соответствующих объективной реальности, пространству, времени и противоречащих в большинстве случаев основ-

ным законам формальной логики. Основное свойство бреда состоит в том, что он занимает господствующее положение в сознании больного, абсолютно не поддается какому-либо логическому разубеждению..., ведет к творческой разработке “доказательств” правильности собственных умозаключений. Типичными признаками бреда являются неадекватная, паралогичная оценка информации, касающейся темы бреда, прогредиентная (в плане бреда) разработка этой информации, а также сопровождение собственных бредовых высказываний чувством особой их значимости и аффектом, часто адекватным бредовому умозаключению”.

Как видим, грань между сверхценной идеей и бредовой идеей может быть довольно тонкой. В ряде случаев чрезвычайно трудно провести границу между этими феноменами, а возможность психологической коррекции чаще является гипотетической и выглядит чрезмерно теоретически. Характер аффективного напряжения и в том и в другом случае может быть весьма высоким. В связи с этим в клинике бывает очень трудно четко и понятно вычленить окончательный и эссенциальный характер данного расстройства. Однако, на наш взгляд, большой принципиальной роли (с точки зрения диагностики) на данном этапе рассмотрения такое положение дел не играет. Мы склонны, все же, считать болезнь состоявшейся, когда видим уже сверхценный характер фиксируемых психопатологических расстройств. Также это не имеет серьезного терапевтического значения, поскольку все валидные лечебные схемы, отражающие и стратегию лечения и параметры терапевтической тактики, выстраиваются с неким “запасом”, с определенной “перестраховкой”. Речь идет о возможных психотических расстройствах и об антипсихотическом характере лечения, в первую очередь — психофармакотерапии.

Динамика наркоманической доминанты

При опийной зависимости патогенетический механизм развития болезни предусматривает факт трансформации сверхценной идеи в бредовую, обсессивного (неврозоподобного) характера симптоматики в психотический. Это может быть обязательно для одного варианта зависимости и не обязательно — для другого. Зависит ли вариант течения от этого? Скорее, все же, не зависит, вернее — не этим полностью определяется. Это, в целом — самостоятельные параметры и точки рассмотрения клиники зависимости.

Дифференцирование сверхценного и бредового уровней поражения является необходимым навыком, вырабатываемым в процессе подготовки врача психиатра-нарколога. Эти вопросы подробно освещаются в руководствах и учебниках по общей психопатологии. Их знание для специалиста-нарколога является обязательным.

Тем не менее, необходимо дать более подробные клинические характеристики доминирующей, сверхценной и бредовой идеи в аспекте клиники опийной наркомании.

Когда мы говорим о закономерностях зарождения, развития и исходных состояниях болезни, мы, безусловно, вкладываем в эти понятия именно психиатрический смысл. Тем самым подчеркивается смысл “запрограммированности”, определенного сценария, который может и должен быть изучен, может и должен быть “узнаваемым” и “интерпретируемым”. Расшифровка патологического сценария — максимально лишенное всякой субъективности, психологизации и надуманности диагностическое

исследование, поскольку этот сценарий есть закон болезни. Это должно лежать в основе организации специализированной медицинской помощи больным с химической (опиатной) зависимостью. Этим не должны и не могут заниматься только психологи и тем более — социальные работники и службы, органы правопорядка. Именно по этой причине мы отстаиваем приоритетную роль и выступаем за резкое усиление роли медицины и врача-психиатра, являющегося узким специалистом в области зависимостей, в работе специализированных и многопрофильных медицинских центров и индивидуализированных лечебно-реабилитационных программ.

Таким образом, говоря об идеаторно-психопатологическом выражении опиоидной зависимости, мы, безусловно, говорим о наркоманической доминанте. Говоря о доминирующей, сверхценной или бредовой идее, мы говорим об уровне выраженности идеаторного компонента зависимости (наркоманической доминанты). Определяя доминирующую идею, как предболезнь, два других уровня позиционируются нами уже как болезненные. Как проявляются эти уровни в структуре зависимости от опиатов?

Доминирующая идея — это начальные и все остальные проявления “психологической зависимости” от опиатов, которая означает “положительный образ” наркотика в глазах больного. Механизмы формирования образа чаще являются психологическими, их отдельные разновидности и проявления вкратце показаны нами выше. Индивид еще ни разу не попробовал наркотик, но уже внутренне убежден в том, что такая проба, в принципе возможна (почему бы и нет?) и “не за горами”. В данном случае мы не конкретизируем химический состав токсиканта. Само одурманивание, в принципе, — вот тот вектор, который постепенно обретает все более и более ясные очертания. Именно одурманивание, как психологически значимая компонента психологического целостного восприятия действительности и надвигающейся, все более понятной для индивида перспективы неотделимости себя и “дурмана”, становится содержательной частью мышления. Этому помогают и плохое настроение, и всякого рода психологические адаптационные “нестыковки”, ощущения “некомплектности” своей психологической жизни. Это универсальные преморбидные особенности, систематизацией которых занимаются психологи.

Мы можем отметить лишь одно важнейшее, на наш взгляд, проявление этой психологической зависимости: все вышеназванные и неназванные психологические обстоятельства выстраивают мышление индивида здесь таким образом, что любая интоксикация становится востребованной. Безусловно, сначала в форме эксперимента. Но уже существует определенный настрой, определенное просвещение, которое здесь “усваивается” гораздо более интенсивно, чем все остальные предметы обучения и развития. Первые пробы психоактивных веществ (ПАВ), будь то этиловый спирт, токсикоманические или наркотические средства, — это в самом начале безусловный эксперимент, но с “ожидаемым” и “прогнозируемым” подкрепляющим психоактивным действием. Совпадение полученного эффекта с ожидаемым, его идеаторная обратка в соответствии с этим — мощный толчок к развитию поискового наркотизма и начального интоксикационного континуума с плавным переходом в болезнь. Эта модель реализации доминирующей идеи может быть представлена в определенных модификациях. Этот этап может быть очень коротким (возможно, несколько ча-

сов), а может растягиваться на месяцы и годы. Тогда мы говорим о *субклиническом варианте зависимости* или о протрагированном (иногда — латентном) течении. Здесь может быть определенное и довольно большое разнообразие вариантов.

Первая проба ПАВ, как мы уже отметили, в подавляющем большинстве случаев не является свидетельством болезни. Однако, в наиболее злокачественных вариантах, как в результате тяжелой созависимости, так и, возможно, при острейшем “генуинном” факторе, психическая болезнь под названием “опийная наркомания” может стартовать еще до первой пробы наркотика. В данном случае имеется в виду, что существует сверхценное или бредовое изначальное восприятие наркотика и всего, что с ним связано — по сути, сформированная наркоманическая доминанта (однако, с чертами атипичности), фактически еще до первого подкрепляющего психоактивного его эффекта. Атипичность заключается не только в том, что сразу абсолютизируется наркоманическое поведение наряду с его изначальным (однако — формальным, “не настоящим”) характером наркоманического автоматизма и даже наркоманической стереотипии, а в том, что подобная психопатологическая структура не является “исчерпывающе самостоятельной”, но отражает некую изначальную *системную поломку мышления* и сочетается с другими (не наркологическими) психотическими проявлениями. Такие, можно сказать, *экзотические формы зависимости* можно с полным правом называть не эндоформными, а эндогенными. Они требуют своего изучения и возможной дифференциальной диагностики с шизофренией. К сожалению, мы не располагаем к настоящему времени достаточным числом адекватных (лонгитудинальных) наблюдений, поэтому, исходя из общепсихопатологических представлений склоняемся, все же, к позиционированию такой “наркомании по жизни” (точнее — псевдонаркомании) в разряд эндогенного заболевания (шизофрении).

Для начала формирования наркоманической доминанты необходимо подкрепляющее психоактивное действие наркотика. После того, как индивид получает такое подкрепляющее действие и оно фиксируется в его сознании, рождается полноценная наркоманическая доминанта и начинается ее “психопатологическая жизнь”. Это образование, как мы уже отмечали, имеет свою эволюцию, зашифрованную “кодом болезни”. Рождение или не рождение (а иногда “выкидыш”) наркоманической доминанты (приходится просить прощения за привнесенную “акушерско-гинекологическую” терминологию) — вот тот дальнейший сценарий, который либо включает механизмы болезни в полную силу, либо их не включает. Если не происходит полноценного включения болезненного механизма, тогда мы говорим о психологических ситуативных транзиторных проблемах личности, адаптации, декомпенсациях, дистимиях и тому подобном, но не говорим о наркомании. Тем не менее, такие пациенты (если они оказались в поле деятельности врача) должны довольно долго отслеживаться катамнестически и являться основным контингентом профилактического наблюдения.

Таким образом, “оплодотворенная” фактором “позитивного психоактивного подкрепления” доминирующая идея (представленная как модель “психологической зависимости”), превращается в “эмбрион” зависимости, реализуемый, как поисковый наркотизм. Созревание и полноценное рождение опийной зависимости происходит на фоне интоксикационного (опийного) континуума, который быстро приобретает характер структуры сверхценного уровня. Наркоманическая доминанта, оформившись

и демонстрируя этот сверхценный уровень, реализуется как навязчивость. Обсессивный механизм начальной реализации нарко-доминанты — важная характеристика данного этапа болезни, отражающего патогенетический аспект данной формы зависимости, а также его клиническую суть.

Повторимся, что временные рамки формирования патологической симптоматики опиатной зависимости могут быть предельно короткими и тогда мы говорим об остром или острейшем развитии болезни. При затягивании во времени возникает довольно широкий спектр более протрагированных, вялотекущих вариантов. Начальный этап болезни не обязательно может свидетельствовать о характере процесса в целом. Имеется в виду прогредиентность, степень злокачественности, быстрота и характер наступления дефекта. Здесь мы можем наблюдать целый ряд факторов, так или иначе ускоряющих или тормозящих болезнь. В большей мере — это факторы средового характера (включая и активную терапию, особенно — адекватную психофармакотерапию). В этом — еще одно важное отличие процесса наркоманического от процесса шизофренического, где фактор средовой чаще “пасует” перед фактором внутреннего характера.

Сверхценный уровень расстройств, преобладающий на начальном этапе опиатной зависимости, проявляется в отражении сферой сознания и сферой мышления (одним из структурных элементов которого является восприятие) особенностей психо-эмоционального переживания “оплодотворяющего” зависимость психоактивного подкрепляющего действия опиатов. Именно чрезвычайно позитивное, обусловленное психо-эмоциональным компонентом, восприятие фактора эйфории при первичном интоксикационном континууме, предельно быстро (а иногда — и достаточно медленно) формирует неврозоподобный характер симптоматики. Навязчивое стремление (влечение в форме обсессии, а точнее — формирующаяся компульсия), периодически приобретающее актуальную для больного силу, реализуется в *начальном интоксикационном континууме*. Симптоматика здесь именно неврозоподобная, а уровень поражения можно обозначить, как аффективно-невротический (неврозоподобный).

Мы здесь не будем много и долго говорить о “борьбе мотивов”, однако, элемент внутреннего сопротивления симптому влечения может иметь место, иногда довольно заметное. Это, конечно, не всегда классическая, “полноценная” в общепринятом и общепсихопатологическом смысле обсессия, но, тем не менее, она может считаться таковой, с поправкой на ее нозологическую окраску. Подчеркнем, что обсессивный характер имеет симптом влечения к наркотику, которое является с самого начала патологическим. Вернее — навязчивость в качестве нового для индивида переживания актуальности подкрепляющего психоактивного действия наркотика. На самом начальном этапе болезни другие психопатологические симптомы могут просто отсутствовать или не проявляться. Механизм навязчивости и сверхценный уровень, проявляющийся в нарушении восприятия, отображают неврозоподобный этап в эволюции наркоманической доминанты.

Структурные параметры мышления как отражение динамики стержневого синдрома опиоидной зависимости

Что же происходит с параметрами мышления в процессе созревания нарко-доминанты? Как мы уже упоминали, мышление изначально подвержено агрессивному

“психопатологическому инфицированию”. При этом важны факторы внутреннего и средового характера, вернее, их фатальное в значительной мере сочетание. Таким структурным элементом мышления, подверженным изначальной идеаторной агрессии, являются *представления*. Изначальное формирование позитивного образа нарко-идеи (т.е. всего, что так или иначе связано с наркотиком в “донозологических” понятиях) затрагивает именно элемент представлений. Именно этот элемент в самом начале, еще на донозологическом этапе, способен сформировать в сознании позитивный референтный образ (новую понятийную структуру) на уровне данной нарко-идеи (на жаргоне мы называем это психологической зависимостью).

Присоединение к представлению *фактора ощущения*, который в результате позитивного подкрепляющего психоактивного действия наркотика приобретает новый, патологический смысл и содержание, дает в результате трансформацию в новое (патологическое) качество другого структурного элемента мышления — *восприятия*, что резко усиливает патогенное формирование доминанты. Замыкает круг не только подкрепляющее психоактивное действие. Три перечисленных выше базовых характеристики мышления, как квинтэссенция дебюта психического заболевания, завершаются формированием *патологического понятия*. Возникшие (по своей сути — качественно новые) элементы патологического мышления входят в динамическое образование, где работает принцип “порочного круга”. Эти структурные элементы мышления, ставшего патологическим, активно взаимодействуют друг с другом, подпитывая друг друга в патологическом движении и подпитываясь сами “энергией” патологического процесса, который таким образом запущен в движение.

Таким образом, формируется целостная структура пораженного мышления, где первое время доминирует чувственно-эмоциональный компонент, выступающий в виде аберрации ощущений, становящейся не просто знаковым на данном этапе болезни, но и ее визитной карточкой. Именно поэтому часто даже у специалистов возникает соблазн в психологизировании и построении спекуляций именно в сфере ощущений и чувств, где, как известно, очень большую роль играет эмоциональный фактор. Именно поэтому возникает стремление к интерпретации гипертрофии эмоционального фактора, из-за чего перестает просматриваться системное расстройство сферы мышления, а за ним — и сферы сознания.

Как результат начавшегося и замкнувшегося патологического процесса, в конечном счете формируется новое, болезненное в еще большей степени представление, влияющее на все другие элементы мышления, востребуя вновь и вновь параметр *ощущений* в порочном круге. Последний параметр вновь активизирует болезненный фактор *восприятий* и далее — *понятий*. Так происходит включение мощного патогенетического механизма формирования опиоидной зависимости. Таким образом, создается возможность абсолютно органичного перехода наркоманической доминанты на новый патологический уровень, т.е. со сверхценного уровня на бредовой. Цитируя М.И.Рыбальского [11], мы говорим: если механизм бредообразования рассматривать в зависимости от патологии ощущений и восприятий, оцениваемых “бредовым образом”, то нужно, прежде всего, учитывать нарушение мыслительной деятельности, обуславливающее тенденцию понимать происходящее вокруг и в себе с “бредовых позиций”. Естественно, здесь происходит патологическая

динамика во всех остальных проявлениях психической деятельности, наступает системное нарушение всей психики, когда выходят на патологический уровень уже целые ее блоки. Мы говорим не только о сфере сознания и мышления, но и об аффективной, волевой, интеллектуальной и поведенческой (которая интегрирует в себе все эти системные поломки и реализуется как аддиктивное — наркоманическое — поведение).

Качественно, патологически, нарушенное мышление, выходящее на бредовой уровень, формирует своеобразного “уродца”, генерирующего все новые “поломки” уже внутри самого процесса мышления. Оно становится не просто дисгармоничным, а в определенной мере диссоциированным. Речь идет о выпадении, “перерождении” структурного элемента, который мы называем “ощущения”, и о паралогичном его присутствии в процессе патологического мышления. Периодические токсические дистрессы и следующие за ними стрессы отмены наркотика не реализуют эти ощущения в рамках коррекции изначально неправильных представлений. Наоборот, они интерпретируются в ложных представлениях, с механизмом “кривой логики”, оправдывающей целесообразность новой интоксикации и тем самым усиливают бредовую конструкцию, обеспечивая дальнейший интоксикационный континуум.

Фактор эмоционального реагирования и его патогенетическое значение в формировании наркомании

Роль эмоциональной составляющей в данном системном расстройстве требует, безусловно, уточнения. Психологизация в понимании происходящих в процессе патогенеза опийной наркомании сдвигов неминусом приводит к чрезмерной, гипертрофированной трактовке аффективного фактора. Именно проблемой “плохого настроения” объясняют и начало активной наркотизации и ее продолжение, а химическая зависимость в данном аспекте рассматривается как проявление, в первую очередь, аффективных нарушений. В этой ситуации вся психическая деятельность и ее активность, как бы полностью объясняются состоянием настроения больного. Таким образом выводится модель аддиктивного поведения, когда больной, демонстрирующий такое поведение, представляется неким “аффективным роботом”, запрограммированным периодически обостряющейся потребностью в немедленном удовлетворении непреодолимого стремления к приему очередной дозы наркотика, поскольку только этот фактор приводит к “ощущению удовлетворения жизнью” и чувству тихой (а иногда безмерной) “радости” и “удовольствия” от жизни. Вся же остальная психическая деятельность почти не страдает, а если и как-то меняется, то только из-за плохого настроения. Абсолютно естественным при таких взглядах на патологию является предъявление “биологических” и “биохимических” доказательств в качестве аргумента и неистребимое стремление “найти” наконец панацею, т.е. тот биохимический субстрат, лекарство, которое именно на молекулярном уровне способно откорректировать эту “неправильную” биохимию, а, стало быть, победить болезнь.

Такое рассмотрение, даже претендующее на роль некоей модели патогенеза химической зависимости, психологическое в своей природе, явственно демонстрирует односторонний взгляд, не позволяющий не просто оценить природу болезни, но и понять ее глубинную суть. Такое,

“психологически понятное”, понимание болезни как непрерывного стремления к периодическому “самонасыщению” наркотическим веществом с целью снять “плохое настроение” сводит проблему коррекции к нормализации этого настроения у больного.

Тогда, согласно такому представлению, необходимо только убедить больного немного потерпеть при неминуемо возникающих после отмены наркотика “перепадах” настроения — и проблема решена! Необходимо только слегка “перепрограммировать” его психику с помощью немудрящих (а иногда — слишком уж мудреных, но призванных продемонстрировать “высокий уровень психотерапии” и “психотерапевта”) словесных заклинаний, “научив” больного тем самым не обращать внимания на плохое настроение, поскольку это явление очень временное, а впереди — истинные “радости” жизни без наркотика. Только вот по окончании такого “психотерапевтического марафона” часто следует искреннее удивление: как же так, столько времени “работали” с больным, потратили столько сил, энергии и времени (своего и больного!), а пациент “так ничего и не понял”.

В наиболее “продвинутых” и “комплексных”, но не выходящих за рамки психологизирующих, подходах, используется для этой цели “терапия антидепрессантами”. Но и при этом не только характер и структура эмоциональных нарушений никак не конкретизируются, но и само применение лекарств носит, как правило, абсолютно бессистемный характер. Тем не менее, обязательно идет разговор о некоей депрессии, под которой чаще всего понимают “плохое настроение”. “Суперклассом” здесь являются всевозможные потуги “объективизации” этой депрессии с помощью диагностических психологических шкал.

Так, или примерно так, устроено большинство примитивных в своей сути современных терапевтических схем, которые именуются “стратегией психотерапии и реабилитации” больного наркоманией. Очевидно, что все эти схемы основываются исключительно на выпячивании роли эмоционального фактора и чрезмерном внимании к вопросу эмоциональной патологии при опиоидной зависимости.

Тем не менее, проблема эмоциональных расстройств при опийной зависимости достаточно серьезна. Она, безусловно, отражает определенные патогенетические механизмы зависимости и играет заметную роль в ее клинике. Закономерно встает вопрос о характере субординационных взаимоотношений аффективной патологии и других психопатологических составляющих при опиомании.

Следует различать, по крайней мере, две основные характеристики эмоциональной сферы больного наркоманией.

Первое — это степень выраженности эмоциональных проявлений. Она колеблется как в разные фазы болезни (интоксикация, отмена наркотика, формирование ремиссии), так и на протяжении всего заболевания. В “чистом виде” интенсивность эмоциональных переживаний при психопатологическом анализе малоинформативна. В данном аспекте имеет значительную важность характер их взаимодействия с другими проявлениями психической активности.

Вторая и наиболее важная позиция в оценке эмоциональных расстройств при наркомании — их реальное влияние на симптоматику наркоманической доминанты, их роль в структуре этой доминанты.

Следует подчеркнуть, что один из основных “влияющих” эмоциональных факторов в отношении мышления

— это *предустановка* восприятия. Все остальные структурные элементы мышления зависят от аффекта опосредованно через этот параметр. На начальном этапе болезни такая предустановка относительно слабо сама испытывает влияние патологического мышления, она в большей степени имеет возможность корригироваться и критически перерабатываться (т.е. “остатки” здорового мышления, пусть чисто формально, проявляют в отношении эмоционального фактора определенную активность). Если это корригирующее влияние минимально, мы наблюдаем доминирование эмоциональной составляющей наркодоминанты и аффективный психопатологический регистр. Патология мышления, становясь качественно доминирующей, в начальный период психотического этапа наиболее сильным образом стимулирует аффект в рамках уже бредового восприятия, но затем “отправляет” эмоциональную составляющую в “отставку”. Аффект перестает оказывать серьезное влияние на мышление, становясь в каком-то смысле атавизмом. Отмечается рассогласованность аффективной составляющей и мышления, которые начинают функционировать независимо. Это является характерной особенностью набравшего силу и постепенно “перезревающего” *наркоманического автоматизма*. По сути — это характер расстройства, все более напоминающий проявления стереотипии. Особенно же это показано при наступлении дефекта. Болезненный процесс, набрав силу и крейсерскую скорость на этапе психотическом, далее уже “несется по инерции, сметая все на своем пути, к катастрофе”.

Уровни поражения психики и их патогенетическая динамика

Патогенез опийной зависимости как психопатологического процесса заключается в этапном формировании и развитии наркоманической доминанты. Этот процесс имеет дебют, обусловленный механизмами психогенной природы, эндоформное течение и финал в форме специфического дефекта. Скорость и качество формирования наркоманической доминанты напрямую отражают характер прогредиентности и злокачественности опийной наркомании. В своем развитии наркоманическая доминанта, как комплексное психопатологическое образование, “опирается”, в основном и главным, на болезненные расстройства сферы сознания, обусловленные расстройствами мышления, “вытгивающими” за собой всю другую известную и описываемую патологию. Расстройства мышления в данном контексте являются “локомотивом” патологической зависимости. Расстройства аффективные — это его “топливо”. Характеристики личности, идущие от преморбиды и претерпевающие патологические изменения, включающие сферу интеллекта и волевой функции — это “машинист” (или — “пассажир”) данного локомотива. Наркоманическое поведение, как результат всего этого, продолжая “железнодорожные” аллегории, — это движение локомотива по дороге болезни (наркомании).

Подобные сравнения делаются, в общем, всего лишь для облегчения восприятия смысла излагаемого здесь материала, который может в какой-то своей части показаться трудным и непонятным для нарколога, не имеющего должной подготовки по психопатологии.

Итак, патогенез опийной зависимости реализуется в основном в идеаторной сфере и представляет собой на этапе полного развития заболевания трансформацию сверхценного идеаторного уровня в бредовой. Сверхценный уровень болезненных проявлений чаще реализуется

через обсессивные механизмы. Это — в некотором смысле, пограничный характер психопатологии. Клиническим выражением его является неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика. Бредовой уровень реализуется в более тяжелом психопатологическом механизме. Это — автоматизм. Это также психотический характер поражения. “Вырождение” наркоавтоматизма (наркодоминанты) в стереотипические формы аддиктивного поведения — это проявление дефекта и регресса. Таков вектор развития болезни.

Конечно, далеко не каждый случай наркомании реализует весь этот сценарий полностью. По всей вероятности, его выполнение требует определенных “условий существования болезни и больного”. Тем не менее, этапы развития болезни, являясь клинико-патогенетической закономерностью, абсолютно очерчены и характеризуются определенным уровнем поражения (невротическим, психотическим и психоорганическим) и их сочетанием.

Продолжим рассмотрение модели патогенеза опиоидной зависимости на этапе развития бредового уровня идеаторного компонента зависимости. Как было сказано выше в отношении сверхценного компонента, он реализуется в сверхценном уровне патологического мышления, на первом этапе интерпретирующего подкрепляющее психоактивное действие наркотика. На данном уровне задействован механизм обсессии, поэтому формы аддиктивного поведения в большей степени учитывают фактор средней. В отношении алкоголизма похожая характеристика звучит как “ситуационный контроль”. Мы отмечали ранее [3], что для наркомании такие определения не годятся, однако, смысловое содержание в чем-то может совпадать. Тем не менее, мы считаем, что для обозначения данной симптоматики требуется более выверенная и более психопатологическая характеристика.

Качественный переход наркоманической доминанты на психотический уровень, проявляясь в форме автоматизма, начинает игнорировать фактор среды. Последний вновь становится актуальным в периоды “притормаживания” психоза: речь идет о периодически возникающих острых токсических дистрессах (метаболической несостоятельности), требующей urgentной дезинтоксикации. Поэтому, наркоавтоматизм часто не является симптоматикой, реализующейся непрерывно. То есть, значительно чаще мы определяем некое дискретное (точнее — импульсное) существование этого психопатологического параметра. Острый токсический дистресс (метаболическая несостоятельность при передозировке), вызванный наркотиком, по нашему мнению является отражением психоорганического компонента психической функции. В данном аспекте это, по сути — последний, обусловленный самой природой и биологической эволюцией, защитный биологический рубеж (некая редуцированная, атавистически уродливая, но все же протективная форма психопатологической резистентности, иммунитета), призванный природой “защитить живое от гибели”. Этот психоорганически детерминированный фактор (довольно специфическая психоорганика, вначале не очень заметная, но которая постепенно становится все более выраженной), особенно усиленный всевозможными факторами синдрома отмены, включая так называемый терапевтический (неважно, “лечится” больной сам с помощью лекарств седативно-снотворной группы или проходит похожую схему в лечебном учреждении, пусть даже в более адекватно “дозированном” виде), мы наблюдаем и расцениваем,

как сдерживающий дальнейшее движение психоза (наркоманию). Тем не менее, после минования острого токсического дистресса (чаще это 2–3 дня перерыва в наркотизации) болезнь вновь обретает свою первоначальную (а иногда и несколько усилившуюся) патологическую активность. Это длится до определенного момента, когда наступает некий предел, и болезнь все больше обретает, параллельно с дефектом, выраженные органические стигмы.

Здесь может быть два основных сценария дальнейшего развития. Либо дальнейшая динамика начинает зависеть от характера процесса, определить перспективы которого при современном уровне наших знаний мы не можем. Поэтому мы нуждаемся в дальнейших наблюдениях и дальнейшем исследовании закономерностей психопатологической динамики при наркомании, чтобы точно прогнозировать ее течение. Но мы можем также вполне ясно наблюдать развитие *специфического наркоманического дефекта*.

Второй сценарий — это привносимые все чаще и все более выраженные психоорганические стигмы, которые постепенно начинают “обесточивать” болезненный процесс, лишая его возможности активно “осваивать” энергетику психоза. Одной из главных характеристик психоорганического синдрома, как известно, является повышенная истощаемость и анэргия. То есть, психоорганические параметры при опийной наркомании являются сдерживающим болезнью фактором. В какой-то мере, в крайне вульгарном понимании, они выступают в роли “терапевтических”. Их определенное накопление меняет направление и динамику болезни и наркоманической доминанты как синдрома.

Описывая бредовой (психотический) этап наркомании, мы, все же, акцентируем внимание на его “эссенциальные” характеристики, абстрагируясь от фактора психоорганики. Психотический этап зависимости от опиатов характеризуется бредовым характером отражения реальной действительности через призму наркоманической доминанты и нарко-автоматизмом. Все вместе это является также психопатологической основой структуры наркоманической доминанты. В отличие от предыдущего этапа, когда доминирующим был сверхценный уровень расстройств, бредовой уровень поражения является более комплексным.

Мы уже упоминали об этом выше и повторим еще раз: бредовая оценка результата интоксикации подразумевает комплексное и почти тотальное искажение восприятия всех проявлений окружающей действительности, а не только и не столько подкрепляющее психоактивное действие. Бредовой уровень, на котором реализуются параметры сознания и мышления подразумевает их полное и системное искажение, востребуя более патогенный, чем обсессия, механизм своей реализации — наркоманический автоматизм. Бредовое толкование безусловно доминирует, в первую очередь, в суждениях относительно наркотической тематики. Оно доминирует в поведенческих моделях, ориентированных на безапелляционное и безусловное утверждение этой наркоманической тематики как абсолюта. Все остальные проявления окружающей действительности так или иначе подчиняются доминанте через механизм бредовой оценки и толкования. Они начинают обслуживать болезнь, работать на нее в буквальном смысле днем и ночью. Не востребованные болезнью элементы окружающей жизни отмирают, становятся в сознании больного формальными, неактуальными и абсолютно не-

нужными, а иногда просто лишними и даже мешающими. Как только такая помеха идентифицируется, она немедленно становится атакой бредовой агрессии и если не подчиняется бреду, то полностью игнорируется им. Свой собственный внутренний мир, сформированный наркоманией и предназначенный для ее культивирования, становится для больного важнейшим.

Описываемое состояние имеет свою психопатологическую идентификацию — *аутизм*. У наркомана, в отличие от шизофренического дефекта, мы видим этот аутизм в некоем “корпоративном” исполнении, когда он объединяет закрытую группу, своеобразную секту, и внутри которой, как будто бы, не проявляется. На самом деле, даже такой “усеченный”, “сектантский”, корпоративный вариант аутизма — всего лишь внешнее проявление. В большом числе наблюдений мы видим вполне оформленный аутистический фактор, только, имеющий “опийную” специфику. Конечно, внешние проявления данного феномена, его выраженность заметно и значительно отличаются от проявлений аутизма при тяжелых формах шизофрении. Это, тем не менее, лишним раз подтверждает общепатологические закономерности при различных нозологиях (хотя для кого-то это, возможно, будет доказательством единства психотических механизмов в рамках “единого психоза”). В данном случае это не принципиально. Подчеркнем, что результатом такого “движения” психопатологии является устойчивый и запрограммированный характер болезненного аддиктивного поведения, являющегося грубым психопатологическим расстройством.

Особенности бредообразования при опийной наркомании

Какова динамика бредообразования при наркомании? Общей закономерностью является постепенный, этапный его характер. Доминирующая идея дает толчок формированию патологических структур, которые вначале имеют сверхценный характер и затем трансформируются в псевдобредовой и бредовой симптомокомплексы. Об этом было сказано выше. Другая закономерность отражает качественный характер происходящих патологических сдвигов. Она заключается в том, что бредовая интерпретация и установка вначале имеет образно-чувственный характер, к которому, по мере прогрессирования заболевания и углубления симптоматики, присоединяется интерпретативный (логический). Образно-чувственный компонент бреда реализуется в факторе *анозогнозии*. Мы определяем этот фактор, как один из главных структурных элементов патологического мышления, отражающий психопатологические особенности именно химической (опиатной) зависимости.

Интерпретативный характер бредовой симптоматики проявляется в двух основных конструкциях:

во-первых, это важнейший, отображающий содержательную сторону, структурный элемент “наркоманического бреда”, который мы обозначаем, как легитимация больным своего аддиктивного поведения;

во-вторых, это — отчетливо прослеживаемые тенденции формирования резонерского типа мышления, имеющего при опийной наркомании свою характерную окраску. В данном случае мы имеем дело уже с симптоматикой негативного свойства, являющейся отражением деструкции и дисгармонии самого процесса мышления. Также, как и наркоманический аутизм, данный симптом также может иметь общепатологическое значение и толкование

и, не будучи в обязательном порядке отнесенным к эндогенному психозу, имея свою собственную психопатологическую характеристику и окраску, он является отражением дефекта в результате психопатологического процесса.

Наркомания, как психопатологический процесс, имеет эндоформный характер, который, по сути, можно обозначить как “псевдоэндогенный”. Этимологическая суть данной терминологии, полагаем, достаточно понятна. Тем не менее, мы не склонны здесь, все же, заниматься ненужным терминологическим воспроизводством, говоря о “псевдоаутизме” и “псевдорезорнерстве” и некоторых других “псевдо”, поскольку симптом, как психопатологическое феноменологическое обозначение, един, несмотря на его некоторое нозологическое разнообразие. Безусловное родственное (“двоюродное”?) сходство двух процессуальных заболеваний (шизофрении и наркомании), вероятно, можно сколько угодно, кропотливо подбирая данные, подтверждать или, наоборот, отрицать — суть вопроса заключена не в этом. Несомненно лишь то, что оба эти заболевания стоят в своей нозологической обособленности достаточно близко друг от друга, что может быть подтверждено некоторыми общими патогенетическими и клинико-психопатологическими проявлениями и механизмами. Их обособленность и самостоятельность точно также подтверждается отличиями на уровне патогенетических механизмов и клинических особенностей.

Специфичность (уникальность) опиатной зависимости в том, что бредовая симптоматика, как уже отмечено выше, проявляется расстройствами образно-чувственного характера и интерпретативными. Взаимоотношения этих компонентов бредовой идеи при данной патологии требуют, на наш взгляд, серьезного и пристального изучения. Здесь возникают две версии в рассмотрении возможного развития событий и их трактовки. Первая может быть обусловлена чрезмерным вниманием к аффективному (а значит, отражающему остроту, “трагическую” внезапность) компоненту болезни, а, следовательно, — к его абсолютизации в структуре переживаний, трактуемых как бредовые. В таком случае интерпретативный компонент либо вообще не рассматривается как значимый (а потому и никак не определяется), либо относится к второстепенным и не влияющим на клинику проявлениям болезни. Если же наоборот, делать упор на когнитивный фактор в развитии химической зависимости, везде усматривая только лишь интерпретативно-логический характер болезненных конструкций, то разговор об эссенциальном (первичном) паранойальном бреде неизбежен. По своей сути данные рассуждения, при желании, могут иметь вполне достаточную клиническую аргументацию. Здесь мы уже говорим фактически о клинических вариантах течения наркотической зависимости. Эти два сценария, безусловно, являются предельно маргинальными, а потому, все же, в чистом виде, если и встречаются, то крайне редко. Как компромисс (или некий вариант, трактуемый как промежуточный), выступает клиническое определение “сверхценный аффект”, представленное в свое время П.Б. Ганнушкиным в клинике психопатий и упомянутое нами выше. На наш взгляд, однако, такая характеристика может звучать вполне приемлемо, все же, только, как симптом, да и то, только в определенной фазе болезни (в период синдрома отмены опиатов) и не характеризует глубинные психопатологические тенденции опиатной зависимости.

Описывая патогенетические механизмы опиатной наркомании, мы четко понимаем их смысл в реализации ко-

нечного продукта — аддиктивного (наркоманического) поведения. Основным механизмом является бредообразование, делая наркоманию, по сути, *бредовым психозом*. Следует, тем не менее, четко понимать, что речь не идет о бреде первичном. Речь идет о *бредовом синдроме*, составляющем основу наркоманической доминанты (фактически — это синонимы). Данный бред является вторичным. В его образовании, становлении и вызревании участвуют все элементы: преморбидные особенности личности (платформа, на которой берет исток патологическое начало), интоксикационный (психоорганический) фактор, особые характеристики мышления, становящегося патологическим, выраженный аффективный компонент. В данном случае мы имеем некую “экспериментальную” модель бреда, когда, при всей очевидности и множественности факторов причинных, мы получаем эндоформную симптоматику (то есть, находящуюся, как бы, посередине между эндогенной и экзогенно-органической). Очень важным является определение “весовой” значимости выявленных факторов в патогенезе заболевания. Возможно, что такая весовая разница, так или иначе, может детерминировать тот или иной вариант проявления и течения наркомании. Однако, это, по всей видимости, объект дальнейшего изучения. В настоящий момент существует необходимость психопатологически идентифицировать ту идеаторную симптоматику, которую мы видим при наркомании и расцениваем как обсессивную, сверхценную и бредовую.

Очевидно, что наиболее благоприятно протекающая наркомания может ограничиться доминированием симптоматики обсессивной. Мы считаем такой уровень патологии субклиническим, а сама болезнь иногда может даже и не называться “наркоманией” (“бредом одурманивания”, бредовому стремлению к “сну разума и сознания”). Это — некий невротический (неврозоподобный) симптомокомплекс без тяжелых психопатологических, социальных и соматических последствий, но имеющий, однако, свою “историю”, динамику и результат. Таких больных в клинике очень мало (т.к., по всей вероятности, они туда просто не поступают). Мы описываем подобную клинику при транзитном (наиболее благоприятном) варианте течения опиоидной зависимости. Она, безусловно, требует тщательной совместной разработки клиницистами и медицинскими психологами, поскольку представляет огромное поле деятельности для тех и других, но не в русле некоей методологической конфронтации, а, безусловно, как зона сопряжения клиники и психологии и конструктивного объединения усилий в рамках новой формирующейся дисциплины — аддиктологии.

Сверхценная и бредовая симптоматика являются проявлениями более психопатологически тяжелыми. Они характеризуют более тяжелые варианты зависимости. Если при навязчивостях субъект борется с патологическим представлениями, то при бредовых идеях он борется за них — это выражение принадлежит М.О. Гуревичу и М.Я. Серейскому (цит. по М.И. Рыбальскому, [11]). Для опиатной зависимости, как мы отметили выше, не является характерной исключительная (эссенциальная) интерпретативно-логическая патологическая переработка нарко-идеи. Такой компонент в патогенезе имеет место изначально, выступая на психологическом (не клиническом) уровне и отражая факторы формирующейся зависимости, а также включается при развитии бредовой идеи (демонстрируя принцип порочного круга) уже после

(на фоне) образно-чувственного компонента. Здесь очень, на наш взгляд, уместным является понимание сущности бреда E. Bleuler [4], как о системе неправильных суждений, сложившихся не на почве недостаточной логики, а на почве некоей “внутренней потребности”. Поэтому, наблюдаемая нами феноменология при опиатной зависимости, не будучи однозначной и гомогенной, демонстрирует определенный полиморфизм, что, по нашему мнению, отражает вариант течения болезни и, в то же время, является качественной характеристикой самого заболевания. Это является важным для понимания сути этого заболевания.

Итак, наличие в патогенезе чувственно-образного компонента, формирующего патологическое мышление, позволяет нам говорить о его решающей роли в патогенетическом развитии и в структуре сверхценной и бредовой идеи. Вместе с тем, механизм его возникновения отличается некоторой протрагированностью, что не позволяет в чистом виде квалифицировать такой бред как “острый чувственный” (исходя, конечно, из общепринятого понимания). Вместе с тем, ряд больных, демонстрирующих злокачественное и высокопрогредиентное течение наркомании, демонстрирует “внутри” такого варианта именно приближающийся к острому чувственному бреду феномен. Поэтому, при рассмотрении таких случаев (следует заметить, все же достаточно редких), мы говорим о приоритете чувственного бреда, подразумевая его не острый, а, если так можно выразиться — подострый характер. Он “отвечает” за приступообразный характер течения заболевания. Наиболее рельефно он представлен в постинтоксикационной фазе (что традиционно обозначается, как

“синдром отмены” и, по сути, отражает трансформацию нарушенного сознания в измененное), а также в отдаленном постинтоксикационном периоде (который по традиции называют постабстинентным). При этом дальнейшая динамика его подразумевает обязательное включение интерпретативного компонента, что характеризует относительную злокачественность наркомании и тенденцию перехода ее на уровень непрерывного течения.

При условии нечеткой, недостаточной “прорисовки” компонента чувственного бреда, мы все же не склонны говорить лишь о сверхценном уровне симптоматики, хотя этот уровень доминирует при относительно благоприятных вариантах течения и реально может присутствовать в клинике как объект диагностики (естественно — тщательной и квалифицированной) и соответствующего лечения. Но, как мы отметили выше, в чистом виде интерпретативный характер болезненных переживаний мы в клинике не встречаем. Поэтому, когда речь идет о течении с умеренными характеристиками злокачественности и прогредиентности, мы можем говорить о психотическом уровне и очень условно о паранойальном “представительстве” и существовании (своего рода — оформлении) чувственного бреда. Сверхценное (субпсихотическое) проявление идеаторной симптоматики бредом не является, и отражает благоприятный, в целом, характер развития патологии, хотя сохраняет все основные тенденции патогенетического механизма опиатной зависимости. Это, по нашему мнению, является спецификой опиоидной зависимости и отражает ее именно психопатологическую сущность.

(Окончание в следующем номере)

CLINICO-PATHOGENETIC ASPEKT OF OPIOID DEPENDENCE

BLAGOV L.N. Cand.med.sci., docent, Russian State Medical University, Moscow

Investigations in the field of narcology concerning pathogenesis of opioid dependence are very important for understanding the whole problem of chemical dependence. Proposed well-known neuro-biological (dopamine) theories of chemical dependence pathogenesis are generalized and can not explain all multiformity of clinical features of opioid dependence. Here are some limitations of “syndrom approach” for clinical understanding of drug addiction. In real practice such consideration brings to much psychology contrary to clinic. Consequently there are loss of therapy quality. Thus pathogenesis of opioid dependence is prepared as holistic mechanism of incipience and evolution of severe psychiatric disease. This conceptual view allows to specify pathogenetic approaches for diagnosing and differential therapy for all phases of illness. Also this makes for organizing valid infrastructure for treatment and rehabilitation of opioid drug addicts.

Уважаемые читатели!

В связи с проблемами, возникшими между каталогом “Пресса России” и почтовыми отделениями, просим Вас подписываться

ТОЛЬКО ПО КАТАЛОГУ АГЕНТСТВА “РОСПЕЧАТЬ”

Подписные индексы журналов:

Наркология — 80831

Психотерапия — 82214

Медицинская генетика — 81290

Сексология и сексопатология — 81952

Справки по телефонам:

(095) 518-14-51

(095) 151-51-57

Редакция