

Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости

БЛАГОВ Л.Н.

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

Важнейшим элементом аддиктивной болезни является феномен анозогнозии. Его синдромальное психопатологическое рассмотрение, будучи одним из приоритетов современной клинической наркологии, позволяет обозначить комплекс расстройств, затрагивающих все основные сферы психической деятельности больного. Эти расстройства, интегрированные в психопатологическом процессуальном оформлении и развитии наркологического заболевания, напрямую отражают активность болезненного процесса, что дает возможность проведения более точной его диагностики и предметного формулирования аспектов терапии.

Необходимость углубленного изучения медицинского аспекта наркологической проблематики продиктована недостаточностью фактологического материала, которым необходимо оперировать в рамках дисциплины, претендующей на полноценность своего клинического представительства и имеющей безусловную социальную значимость. Это очевидно, поскольку сегодня можно проследить явную тенденцию к упрощению понимания клиники зависимости, что фактически осуществляется посредством привлечения токсикологической и психологической понятийной базы с абсолютным доминированием симптоматического и синдромального рассмотрения при ее квалифицированном препарировании. Это также продуцирует уходящие, в конечном счете, за рамки медицины стратегии восстановления здоровья зависимого, что, на наш взгляд, во многом дискредитирует саму медицину и фактически лишает пациента и его микроокружения возможности получения технологичной и в достаточной степени эффективной медицинской помощи.

В последнее время много рассуждений возникает по поводу "принципа доказательности" в медицине. В отношении такого принципа в психиатрии как медицинской специальности существуют различные мнения, среди которых можно часто услышать рассуждения о принципиальной невозможности для этой клинической дисциплины представить самое возможное такой доказательности. Причиной этого, по мнению представителей, озвучивающих эту точку зрения, является чрезмерный субъективизм исследователя и даже самого построения психопатологического исследования в его классическом понимании и исполнении. Подобные утверждения и позиции, по нашему глубокому убеждению, отражают, с одной стороны, дилетантизм, а с другой, — клиническую безграмотность и неосведомленность тех, кто на этих утверждениях настаивает. Клиническая психиатрия требует, безусловно, определенной подготовки и опыта, прежде чем дает возможность высказывать что-либо в отношении клиники и психопатологии.

В связи с этим, даже формальное наличие "сертификата психиатра" не позволяет нам считать таковыми этих представителей, а посему мы, никак не посягая на свободу творчества, предоставим им возможность продуктивно работать в тех областях, где они, по-видимому и вполне возможно, могут быть хорошими специалистами. При изложении нашего исследовательского материала их мнения для нас не имеют существенного значения.

Наоборот, мнения специалистов, которые мы ценим за их профессионализм и реальный вклад в развитие клинической психиатрии, получают свое приоритетное значение. Это касается, в первую очередь, психопатологии, в том числе — психопатологии зависимого поведения.

В связи с отмеченным, считаем уместным дословно процитировать выдержку из книги Б.Д. Цыганкова и С.А. Овсянникова "Психиатрия. Основы клинической психопатологии" [5]: "...проблема "доказательной психиатрии" чрезвычайно важна, прежде всего, для практики, но такая доказательность как раз и достигается, опираясь на классические фундаментальные понятия, которые подтверждают существование твердо установленных истин, таких, например, как формирование "осевых/аксиальных", по А. Гохе (1901, 1912), синдромов, определяющих специфическую, особую динамику экзогенных и эндогенных заболеваний, этапность и смену синдромов, что отражает прогрессивность или регрессиентность болезни, а также точное определение важнейших категорий психопатологии, основного категориального аппарата психиатрии как самостоятельной науки — галлюцинаций, иллюзий, навязчивых состояний, сверхценных идей, бреда, деперсонализации и т.д. Ведь насколько точно врач-психиатр будет обозначать важнейшие понятия (симптомы, синдромы), настолько более точно можно производить правильное распознавание (определять диагноз) болезни".

Добавим к этому, очень точному и емкому определению, что доказательность психопатологического описания заложена в самом качестве этого описания. Последующие его интерпретации, с выведением в

структурно-динамическую закономерность синдрома, требуют, безусловно, знания больного и возможности осуществлять длительное динамическое наблюдение за ним. Тем более важным является профессиональное и непредвзятое изучение специфики (этиопатогенетической, клинической и терапевтической) синдромальной основы нозологической формации, которое требует, помимо подтверждения *ex juvantibus*, достаточного количества таких наблюдений.

Психопатологические оценки фиксируемых отклонений психической деятельности при химической зависимости представляют особый интерес. Несмотря на отдельные высказывания о том, что все клинические описания в наркологии на сегодняшний день уже сделаны, мы имеем основания полагать, что это далеко не так. Упоминание о том или ином аспекте проблемы с использованием психопатологической риторики и фразеологии еще не означает ее удовлетворительного клинического описания. Оптимизм достигнутого результата в рамках исследуемой клинической дисциплины опровергается значительной декларативностью и недостаточной разработанностью основных ее клинических положений, тесным сосуществованием фактически взаимоисключающих подходов к изучению наркологической проблематики, в том числе с массивным привлечением параклинических оценок проблем зависимости. Речь идет о вполне конкурентном рассмотрении приоритетности в рамках наркологии токсикологически обусловленных сомато-неврологических проблем со здоровьем, психологии зависимого поведения в противовес клинико-психиатрическому анализу этих расстройств. Вместо четко выстроенной и понятной иерархии методологических взаимоотношений, где клиническая методология, безусловно, превалирует и определяет главное исследовательское направление, а параклиника дополняет ее на симптоматическом уровне как результат, обсуждается даже сама правомочность психиатрического толкования проблем аддикции, поскольку можно услышать довольно пафосные заявления (вполне, конечно, дилетантские) о том, что это вовсе не болезнь, а "образ жизни"! Очевидно, что недостаточно подготовленный аддиктолог здесь попросту бездумно транслирует услышанные ранее высказывания наркологических больных, не давая себе труда (а, точнее, демонстрируя неспособность из-за отсутствия должной квалификации) оценить их психопатологический смысл. В этом ракурсе необходимость более точно выполненных клинических описаний и их качественный (психопатологический) анализ крайне важны для современной наркологии.

Подобный уровень рассмотрения проблемы диктует необходимость активизации усилий, направленных на внятное формулирование психопатологической концепции наркотизма. При этом следует четко понимать, что такое изложение не может являться "голым" теоретизированием. Оно, опираясь на серьез-

ный клинический материал, направлено, в первую очередь, на дальнейшее развитие клинической наркологии и ориентировано на ее практическое насыщение не абстрактными "схемами" и "методами", а четким системным пониманием базисных процессов в рамках системного болезненного расстройства. Оно, безусловно, ориентировано на предъявление валидных способов борьбы с болезнью именно на медицинском уровне. Такая направленность исследовательского процесса позволяет формулировать, в соответствии с продемонстрированными выше критериями, более правильное представление об основных психопатологических образованиях при аддиктивном заболевании. Следовательно, более востребованным и более точным отражением клинической реальности здесь является системное рассмотрение психопатологии через призму нарушений основных функций психики больного. Такое рассмотрение позволяет увидеть не только феноменологию в ее динамическом развитии, но и адекватно ее оценить. Поэтому важным является четкое определение стержневой патологии и ее подробное клиническое описание, выполненное именно в данном контексте.

Исходя из такого понимания проблемы, мы считаем, что психопатологическая основа аддиктивной болезни может (и должна) быть представлена в жестких синдромальных конструкциях, которые, с одной стороны, демонстрируют общность своих клинических характеристик в понятийных рамках синдрома, с другой, — способны отобразить уникальность каждой нозологической формации. Здесь клиническое понятие *наркоманическая доминанта* является более предпочтительным, нежели известные психопатологические характеристики *синдрома патологического влечения*. Оно позволяет более системно оценить структурно-динамический аспект изучаемой патологии, более точно определить характер и уровень поражения психики. Это также позволяет более отчетливо проследить психопатологический механизм формирования и воспроизводства патологической конструкции (патогенез) в его интеграции с феноменологией. Естественно, что такое рассмотрение требует применения несколько иного понятийного аппарата, нежели тот, который традиционно используется в современной наркологии.

Синдром абсолютной анозогнозии — важнейшая составная часть стержневого психопатологического синдромокомплекса химической зависимости, обозначаемого нами как наркоманическая доминанта. Этот синдромокомплекс также комплектуют синдром легитимации аддиктивного поведения и синдром рентно-манипулятивного поведения наркологического больного [1]. Данная синдромологическая основа, рассматриваемая в ее клинической динамике, включает большой набор симптомов и демонстрирует патологическую эволюцию комплекса психопродуктивных и негативных расстройств. В этом — отражение це-

лостной психопатологической картины наркологического заболевания. Несмотря на свой универсальный характер, симптоматика и синдромология наркоманической доминанты, естественно, обладают своей нозологической спецификой. На сегодняшний день эта специфика в квалифицированных клинических описаниях, выполненных в свете современных требований, пока изучена и представлена недостаточно. Ее изучение, тем не менее, является перспективным и необходимым. Однако более актуально сегодня, все же, определение общего контекста важнейших феноменологических проявлений зависимости (химической и нехимической). Выявленная психопатологическая универсальность синдрома (описываемого, естественно, при наиболее рельефном его выражении в рамках того или иного нозологического образования) предполагает дальнейшее нозологическое препарирование на более детализированном клиническом уровне. Точно так же симптом болезни, будучи изначально универсальным компонентом синдрома, при нозологическом рассмотрении может демонстрировать свою нозоспецифическую идентификацию.

Несмотря на достаточную очевидность, проблемы в формулировании подходов к изучению наркологической проблематики демонстрируют свою неразрешенность [6]. Здесь можно отметить одно наблюдение, весьма характерное для молодой научной дисциплины, каковой, по сути, и является клиническая наркология. Современная тенденция изучения клиники аддиктивной болезни показывает, что очень трудно, основываясь на упрощенных психопатологических построениях и наркопсихологии, сформулировать стройную и максимально близкую к реальности концепцию ее становления. Можно наблюдать, как вместо того, чтобы совершенствовать психопатологическое понимание проблем зависимости и поступательно продвигаться к их решению, опираясь на достигнутое познание клинической логики, делаются попытки быстро и радикальным образом найти ответы сразу на всю проблематику аддиктивного поведения — как в целом, так и по отдельным ее элементам. Очевидно, что, несмотря на определенные успехи, нынешнее состояние нейрофизиологии и нейронаук в целом таково, что они пока не способны предоставить глубокое и в должной степени оформленное концептуально понимание самого процесса осуществления высшей нервной деятельности, его организации, функции всех его основных компонентов: сознания, мышления, волевой сферы, интеллектуально-мнестической сферы, аффективной сферы и детерминированного ими поведения, тем более в их "болезненном" исполнении. Попытки объяснения всей проблематики наркотизма и особенностей поведения больного через токсико-соматические параметры зависимости также обречены на провал, поскольку причиной такого неправильного (аддиктивного) поведения и как следствие возникающих интоксикационных проблем у человека является

именно психопатология. Последняя предполагает свое дифференцированное представительство как на уровне целостного заболевания, так и на уровне синдрома, в конечном счете и определяя процессуальный характер наркологического заболевания, и давая возможность значительно более адекватной оценки степени его злокачественности.

Сегодня некоторые клиницисты полагают, что, поскольку частная наркология уже изучена, следует свести все клинические рассуждения лишь к универсальности синдрома. Таким образом формируется "синдромальная наркология", где речь идет лишь о самодостаточности "синдрома зависимости", но никак не акцентируются особенности клиники по различным видам химической (и нехимической) зависимости. Для квалифицированного психиатра, специализирующегося в области зависимого поведения и наркологии, такие рассуждения являются свидетельством недостаточно высокого уровня рассмотрения, бездумной ориентацией на псевдоклинику западной аддиктологии. Более того, сама постановка вопроса о правомочности приоритета квалифицированного психопатологического изучения феномена зависимости свидетельствует о том, что наркология и аддиктология для психиатра — это "непаханое поле", практически "чистый лист", поскольку клиническая наркология, как ни странно, все время была, по сути, обделена широким вниманием психопатологов. Отсюда, за редчайшим исключением, — примитивизм понимания клиники и доминирование непсихиатрических трактовок и толкований особенностей зависимого поведения. Именно поэтому клиническая наркология, приобретая официальный статус психиатрической субспециальности, нуждается в привлечении квалифицированных психопатологически образованных кадров.

Вместе с тем, клинико-психопатологическое изучение синдромологии наркотизма необходимо начинать с описания наиболее злокачественных форм заболевания, поскольку здесь можно легче увидеть и оценить качество психопатологии. Только после этого следует переходить к описанию менее злокачественных и вялотекущих форм аддиктивного заболевания, поскольку адекватная оценка клинических закономерностей будет способствовать правильному пониманию менее дифференцированной и более "размытой" клиники аддиктивной болезни. В таком ключе мы и рассматриваем проблему анозогнозии в данном материале.

Феномен анозогнозии в рамках алкогольной и наркотической зависимости известен очень давно. Он упоминается практически во всех крупных исследованиях и руководствах по наркологии при описании особенностей поведения лиц, страдающих зависимостью. При этом, несмотря на попытки комплексной его оценки, он традиционно рассматривается как признак симптоматического уровня, характеризующий отсутствие признания и понимания наркологическим больным своей болезни. Особенностью изложения и

толкования данного феномена, вне зависимости от "жанра" работы, является психологический по сути характер его описания, восприятия и понимания, несмотря на декларативное определение анозогнозии как "мировоззренческой психопатологической конструкции" наркологического больного. Это подтверждается отсутствием качественного (т.е. психопатологического) и интегративного препарирования феномена, выполненного на должном клиническом уровне, в том числе — с его рассмотрением в ракурсе комплексного расстройства основных функций психической деятельности (сознания, мышления, волевой сферы, интеллектуально-мнестической сферы, аффективной сферы и поведения), с выяснением психопатологических закономерностей механизма его болезненно-го формирования и воспроизводства. Фактически отсутствует цельная и понятная психопатологическая характеристика анозогнозии, включающая ее клиническую интеграцию в целостную психопатологическую структуру наркологической болезни (но не только лишь в структуру синдромов отмены и патологического влечения), несмотря на декларативное ее рассмотрение как важнейшего атрибута зависимости.

Подобное состояние дел обусловлено, на наш взгляд, недостатком внимания именно к комплексному изучению психопатологии зависимого поведения, что как следствие ведет к упрощенному истолкованию и фактической недооценке очень важного феномена.

Серьезный прогресс в развитии клинического понимания феноменологии анозогнозии представлен в работе М.В. Деминой и В.В. Чирко "Отчуждение" аддиктивной болезни" [4], которая на данном этапе исследовательского процесса является одной из очень немногих психопатологически-ориентированных работ, посвященных клинике наркологического заболевания. Авторы приводят этимологию термина *анозогнозия* и делают попытку клинической идентификации рассматриваемого явления в его персонифицированной интерпретации как феномена отчуждения аддиктивных болезненных проявлений, имеющего синдромальный клинический уровень. Нарушение нозогнозии, по мнению авторов, обусловлено кататимно деформированным процессом осознания болезни (самосознания болезни) и связанного с ней вреда вследствие расстройства познавательной функции. В основе этого, как считают исследователи, лежит именно аффективно обусловленное нарушение познавательной функции психики как характеристика специфически представленной деперсонализации (трактуемой в ее расширенном психопатологическом варианте) в период острых проявлений патологического влечения к интоксикации. При этом ведется дискуссия с теми, кто определяет данную феноменологию исключительно как функцию органически обусловленного когнитивного снижения. Следует отметить, что в указанной работе дается большой и скрупулезно отобранный реферативный материал, свидетельству-

ющий о тщательности подготовки и выполнения исследования. Это, в свою очередь, во многом избавляет нас от необходимости цитировать представленных в этом материале авторов вновь, используя возможность ссылки на монографию [4].

Несмотря на столь фундаментально выполненное исследование феноменологии, связанной с анозогнозией при наркологическом заболевании, по-прежнему присутствует необходимость и возможность дальнейшего плодотворного развития этой важной клинической тематики. Соглашаясь с трактовкой авторов о вторичности органически обусловленного когнитивного снижения (в особенности, при злокачественном течении наркологического процесса) и значительной роли феномена деперсонализации (мы, все же, при рассмотрении психопатологии в рамках таких злокачественных форм зависимости и, особенно, в период ее разгара предпочитаем термин *наркоманический (наркологический) автоматизм*) в становлении и клиническом оформлении феноменологии анозогнозии, мы в то же время можем отметить, что здесь имеется весьма заманчивая возможность более детализированного клинического рассмотрения феномена. При этом важными становятся психопатологически выверенные оценки основных психических функций (о чем упоминалось выше), позволяющие более детально рассматривать именно патологию мышления, которая в клинике наркологического заболевания лежит в основе не только специфических нарушений познавательной сферы, но и формирования структурных элементов наркодоминанты — синдрома абсолютной анозогнозии и синдрома легитимации аддиктивного поведения. Таким образом, можно выделить эти два относительно самостоятельных синдрома, которые отображают особенности чувственного, образного и интерпретативного компонентов мышления в их патологическом преломлении. Клиническое описание синдрома легитимации аддиктивного поведения представлено нами ранее [1, 3].

При рассмотрении и параметров мышления, и других статусных характеристик наркологического больного очень важно избежать основных ошибок, которые, к сожалению, наиболее часто допускаются даже при квалифицированном психопатологическом изучении клинической наркологической тематики. В первую очередь, это чрезмерная психологизация, которая уже проявляется при попытке вывести объективно присутствующую реальную психопатологию на уровень личностного реагирования и личностной интерпретации больного без акцентированного указания на объективный и клинически квалифицируемый характер этой психопатологии. Такой сценарий доминирования психопатологии, как реакции личности в неблагоприятных средовых условиях, если и возможен, то только при малой злокачественности наркологического заболевания, когда само это заболевание во многом определяется параметрами совокупного взаи-

модействия среды и личностного реагирования [2]. Как известно, в повседневной медицинской практике такие больные, все же, относительно редко и ненадолго попадают в специализированную наркологическую клинику, становясь, скорее, участниками неких "экспресс-терапевтических" усилий, осуществляемых чаще в амбулаторных условиях. Здесь, как правило, не отмечаются тяжелые формы аддиктивного поведения и выраженные интоксикационные дистрессы, отсюда — отсутствует банальная необходимость в стационарной детоксикации. Наоборот, зачастую эти больные демонстрируют спонтанно возникающее "добровольное желание" "избавиться" от наркологических проблем посредством простейшей детоксикации или "кодирования".

Тем не менее, даже здесь параметры анозогнозии можно проследить в полной мере при тщательном психопатологическом обследовании. Если вести речь о больных с более тяжелыми клиническими проявлениями химической зависимости, то их личностно детерминированная интерпретация своих собственных наркологических проблем — это, на поверку, чистой воды психопатологическая продукция, обусловленная и определяемая именно психопатологическими характеристиками болезненного (наркологического) процесса. Это и детерминирует весь характер реагирования аддикта, становясь объективным клиническим феноменологическим явлением. При этом какие-либо личностно обусловленные интерпретации для врача теряют всякий смысл, уводя исследователя в дебри психологизации со всей ее неубедительностью и субъективизмом. Даже если таковая декларативно подвергается критике, это тем более не снимает необходимость точных психопатологических описаний и квалификаций.

Следующий компонент психопатологически-ориентированного исследования хотелось бы отметить особо. Невзирая на тот или иной характер наркологических клинических описаний и интерпретаций, в том числе с использованием ортодоксальной психиатрической семантики и фразеологии, довольно часто в контексте их фигурирует слово *процесс*. Однако практически ни в одном из доступных нам клинических исследований, посвященных наркологии, кроме известной традиционной стадийности (подтверждающей, фактически, динамику органического снижения) и фиксации фазовых состояний в рамках обсуждения понятий *ремиссия* и *рецидив*, не представлено четких и понятных психопатологически последовательных и выверенных выкладок и квалификаций, подтверждающих правомочность использования данного понятия. Либо эти попытки выглядят крайне робко и бессистемно. Речь идет о динамике заболевания, клинической (психопатологически детерминированной) понятной и объективной оценке ее злокачественности и идентификации вариантов течения, т.е. о том, что является непосредственной характеристикой понятия

психопатологический процесс. А так это, по сути, звучит как некая оговорка.

Подобная "боязнь" нам отчасти понятна, поскольку на симптоматическом и синдромальном уровнях рассмотрения такие утверждения и квалификации попросту "не проходят". И происходит это не от боязни того, чтобы как-то нарушить давно закрепившееся в сознании психиатра понимание по умолчанию термина *психопатологический процесс* как отражение психической патологии исключительно эндогенного характера. Это также, вероятно, следствие неких опасений выйти за рамки традиционно принятых в современной наркологии и аддиктологии токсико-психологических трактовок, безусловно доминирующих даже в среде квалифицированных психиатров, специализирующихся в данной области. Об этом приходится только сожалеть, так как идеологическая зашоренность никак не может препятствовать поступательному развитию клинико-психопатологических аспектов наркотизма. От этого страдают больные и их микроокружение, недополучающие, в конечном счете, квалифицированную и технологичную медицинскую помощь.

По мере развития психиатрически-ориентированного направления исследования в наркологии становится все более понятным, что оно требует комплексного изучения психопатологии по всем основным сферам психической деятельности больного для выявления вовлеченности их в патологические конструкции и характера их взаимного влияния в процессе развития наркологической болезни. При этом крайне важно давать не психологические трактовки понятия *сознание*, а строго психиатрические. Это понятно, поскольку этот термин фактически интегрирует все аспекты психики и определяет функцию психического здоровья и болезни.

Напомним, что в этом ключе оптимальным является выделение четырех основных состояний функции сознания: нарушенное, помраченное, измененное, ясное. Первые три характеризуют формат психического нездоровья, последнее — квалификация психического здоровья. Мы настаиваем именно на такой, в общем, достаточно известной отечественным психиатрам интерпретации, поскольку считаем ее оптимальной для психиатрической клиники. При квалифицированном описании особенностей аддиктивного (пьяного) поведения необходимо также четко препарировать функцию мышления с рассмотрением его чувственного, образного и интерпретативного компонентов, которые так или иначе вовлечены в психопатологический процесс.

Такой же дифференцированный подход требуется и при квалификации волевой функции, позволяющий проследить развитие специфической наркоманической парабулии. В противном случае без четкой идентификации причинно-следственных взаимосвязей становится непонятным, откуда растут корни этого непра-

вильного (аддиктивного) поведения и всей психопатологической феноменологии вообще. Кстати, последние аспекты в наркологических работах наиболее часто рассматриваются в разных ракурсах аффективных нарушений и когнитивного органически обусловленного снижения (деградации).

Подобные рассмотрения, в том числе даже через характеристики кататимно обусловленной деперсонализации, акцентируют фазовый (не системный) характер главных проявлений наркологического заболевания и никак не подчеркивают континуальный (процессуальный) его характер. Либо в лучшем случае (и почти по умолчанию) ориентируют лишь на дискретный (периодический) характер его течения, что, по понятным причинам демонстрируя относительно легкий (начальный) уровень поражения, не является исчерпывающим клиническим обстоятельством. Тем более они почти не дают представления о динамике уровневой поражения психики и никак не несут в связи с этим серьезной прогностической информации. Это напрямую касается существующих исследований феноменологии анозогнозии, которая, между тем, никак не может быть проявлением фазового (а следовательно нестойкого) характера, но в полной мере демонстрирует свое "процессуальное" системное становление. Все разговоры о психотическом уровне такого поражения здесь становятся неуместными по определению. А это — большой минус и явное противоречие ежедневно наблюдаемой клинической реальности, в особенности в отношении злокачественных клинических форм.

Сегодня необходимо четко понимать, что при наркотизме концепция патогенетического примата аффективной патологии, обеспеченной стойкой дисфункцией главных нейромедиаторных систем, демонстрирует свою фактическую несостоятельность, поскольку, акцентируя метаболический аспект хронического отравления, не объясняет основные психопатологические проявления химической зависимости как заболевания с процессуальным (эндоформным) течением, закономерно выявляемые и типологически представляемые его формы и варианты течения. Попытки показать "важную" роль "депрессии" в возникновении аддиктивной болезни посредством неких генетически детерминированных обстоятельств (мутации в геномном аппарате по 15-й паре хромосом, якобы продуцирующие депрессию) на сегодняшний день пока бездоказательны, поскольку методология их выполнения с точки зрения точной и дифференцированной феноменологической диагностики и психиатрической интерпретации феномена депрессии, традиционно ориентированная на шкалы и опросники, но не на квалифицированное клиническое описание, не может в глазах клинициста-психопатолога считаться до конца валидной. Непосредственное стремление к немедленному приему психоактивного вещества (патологическое влечение) никакого отношения к психопатологическо-

му феномену депрессии не имеет и, изначально являясь патологическим ощущением, по всей видимости, обусловлено, конечно же, некими гомеостатическими параметрами, отражающими особенности метаболизма зависимого и, вероятно, в той или иной степени опосредованно упомянутым дисбалансом нейромедиации. Будучи фазовым расстройством, оно демонстрирует уровень симптома.

Таким образом, симптоматически-синдромальный уровень рассмотрения наркологической патологии здесь является своеобразным заложником такого понимания патогенеза (в конечном счете, это происходит из-за недостаточно четкого представления о патогенезе как патофизиологической дефиниции) и является прямым его следствием. Это резко ограничивает креативные возможности клинической наркологии, в том числе в формулировании действенной лечебно-восстановительной стратегии, ориентированной, в первую очередь, на возможности медицины, а не на апелляцию к средовому фактору и всему обществу в целом (повлиять на которые легко и радикально вряд ли возможно). Именно поэтому все клинико-психопатологические изыскания ведутся, так или иначе, вокруг метаболического аспекта наркологической болезни и синдрома отмены (посттоксическая астения и тревожное или гипоманиакальное возбуждение, оформляющее симптоматику болезненного влечения к интоксикации), с оценкой ее злокачественности именно по критериям токсикологического порядка, наблюдаемым до и в период синдрома отмены, но не психопатологическим. Продолжительность наблюдения за больным при этом в лучшем случае не превышает длительность этого синдрома отмены.

Объяснение симптома еще не есть объяснение целостной болезни, в рамках которой данный симптом характерно присутствует. Упрощенное истолкование наркологии как науки о патологическом влечении к интоксикации психоактивными веществами также наивно, как истолкование туберкулеза легкого (или любого другого легочного заболевания) как науки о кашле, возникающем по причине раздражения мокротой рецепторов бронхиального дерева. Нонсенс! Опираясь на подобную концепцию патогенеза, невозможно последовательно и эффективно отстаивать позиции в споре с апологетами программ поддержки, поскольку метадон или иной опиоид все равно лучше и быстрее (хотя, понятно, ненадолго) "исправляют" дисбаланс нейромедиации в сравнении с другими лекарственными средствами. Патологическое влечение есть следствие и клиническое проявление первично возникшей психической патологии, но никак не причина наркологического заболевания. Следовательно, если есть стремление спорить аргументированно, а не эмоционально, то необходимо принять концепцию патогенетического детерминизма психопатологии наркотизма, развивать и изучать ее с несколько большим усердием, а не рассуждать на тему — кто, где и как

эту психопатологию уже когда-то описывал! Речь при этом, естественно, идет не только (и не столько) о проблемах аффективной патологии. Это — комплексная психопатология, где ведущими являются расстройства сознания, мышления и волевой сферы. Выступая в тесной взаимосвязи с аффективными и интеллектуально-мнестическими нарушениями, они в совокупности оформляют специфическую модель зависимого поведения, понятную и вполне прогнозируемую именно по причине становящейся все более понятной логики формирования данной патологии. Что касается астении и аффективного компонента заболевания, они, будучи универсальными психопатологическими характеристиками самого легкого регистра, конечно, могут как-то доминировать только при самых начальных его проявлениях или при самых вялотекущих его формах. Патогенетически детерминированная терапия нейрелептиками-антипсихотиками также должна обосновываться как системный подход, отражающий, в том числе, технологический компонент (правила назначения и проведения) психофармакотерапии с применением этой группы лекарственных средств, а не просто декларироваться, что только дискредитирует столь значимый аспект клиники.

Таким образом, отметив основные тенденции развития некоторых базисных аспектов клиники химической зависимости, можно продолжить рассмотрение параметров анозогнозии в аспекте ее содержательного клинического наполнения. В первую очередь, важным элементом здесь является правильное использование медицинской терминологии, которая способна понятно отобразить реально существующие дисфункции основных сфер психики (сознание, мышление, аффективная сфера, волевая сфера, интеллектуально-мнестическая сфера, поведение) при активно протекающем наркологическом заболевании. Здесь, как мы отметили выше, становится важным изучение и описание исследуемой феноменологии с отдельным рассмотрением чувственного, образного и интерпретативного компонентов патологического мышления зависимого. Последний формирует психопатологическую основу синдрома легитимации аддиктивного поведения и представлен в клиническом диапазоне сверхценности и паранойяльного бреда. Чувственный и образный компоненты мышления, демонстрируя свои патологические характеристики, непосредственно формируют основу синдрома абсолютной анозогнозии.

Симптом анозогнозии, определение которого дано выше, представляет именно на симптоматическом уровне психопатологический комплекс — синдром абсолютной анозогнозии, — становясь его "визитной карточкой", характеризует принципиальную невозможность идентификации психического заболевания как результат болезненно обусловленного системного нарушения специфических функций сознания и мышления при аддиктивной болезни. Будучи симптомом,

данный признак является достаточно универсальным, отражающим указанную патологию в рамках всех видов зависимости. Его рассмотрение по уровням психического поражения (неврозоподобный, психотический и энцефалопатический) демонстрирует не столько специфику самого симптома, хотя таковая, безусловно, может быть прослежена, сколько особенности механизма его психопатологического воспроизводства и отображение характерного синдромального содержания исследуемого патологического субстрата. Напомним, что основными механизмами реализации психопатологических конструкций наркодоминанты являются обсессивно-компульсивный синдром и наркоавтоматизм, в рамках которого можно наблюдать усложнение интоксикационного паттерна по механизму стереотипии.

Таким образом, диктуется рассмотрение феномена анозогнозии с точки зрения синдромологической его интерпретации и в рамках именно синдрома абсолютной анозогнозии. Здесь мы фиксируем не просто комплексный феномен "отчуждения аддиктивной болезни", демонстрирующий, в основном, "минус-симптоматику", детерминированный аффективно и формирующий структуру особой деперсонализации, где одним из главных движущих элементов, тем не менее, является нарастающее органическое слабоумие. Это — активная и специфическая психопатологическая продукция, имеющая вполне дифференцированный динамический процессуальный характер и демонстрирующая свою клиническую аутохтонность. Это означает объективную уникальность (имеющую важное значение в качестве компонента дифференциальной диагностики) и фактическую независимость от параметров среды и преморбидной личности. Последнее тем более выражено, чем более заметен в своей выраженности патогенный фактор заболевания и чем выше степень его злокачественности. Все перечисленное, наряду с устойчивостью и стабильностью феноменологии, в совокупности составляет систему критериев психопатологического синдрома по К. Ясперсу.

Давая то или иное клиническое определение, психопатолог сталкивается с необходимостью четкого понимания смысловой его уникальности, что требует не только семантического препарирования проблемы, отображаемой термином, но и привлечения определенной доказательной базы, разъясняющей правомочность именно такого ее толкования. Терминологически определение *абсолютная анозогнозия* призвано продемонстрировать как раз приоритет не пассивного неприятия каких-либо навязываемых больному установок, даже с апелляцией к их некой (понятной) "чуждости" (т.е. феномен пассивного негативизма и атрибут дефекта), а именно активное неприятие их, где значительную клиническую роль играет активный негативизм. Последнее, как мы отметили, — проявление психопатологической продукции, привносимой заболеванием, отражающее активную процессуально

детерминированную вовлеченность в этот процесс основных сфер психики, естественно, в комплексном и интегрированном эволюционном развитии с дифференцированными характеристиками уровневого поражения, опосредованном взаимным влиянием, изучение которого — насущная необходимость современной наркологии. Здесь мы обнаруживаем не только активность и аутохтонность как характеристики именно процессуального порядка, но также тотальность драматического влияния патогенной формации на весь уклад психической жизни больного. Это — характеристики процесса в его "психотическом" исполнении, с полной интеграцией структурно-динамических особенностей психопатологии и основных психопатологических механизмов их реализации, где синдром абсолютной анозогнозии представлен "по полной программе". Таким образом, феномен демонстрирует качества патологической первичной детерминированности, доминантности, невозможности собственной внутренней цензуры, независимости от внешних обстоятельств. Эти качества выражены тем более, чем более выраженный характер имеет аддитивное заболевание. Следствием такого рассмотрения является вполне четкое клиническое представление: синдром абсолютной анозогнозии является атрибутом активно протекающего аддитивного заболевания в период его клинической манифестации, характеристикой высокой степени злокачественности и реализующимся в рамках процессуального его течения.

Конечно, такое динамическое существование патологической функциональной системы не может являться результатом только лишь психоорганически обусловленного снижения функции. При психоорганике мы обязаны фиксировать астению. Последняя, как известно, обладает способностью не "включать" новые психопатологические формации, а, наоборот, тормозить их. Такой способ борьбы с активной психопатологией во все времена производил впечатление наиболее эффективного компонента любых "программ" и "методов".

Второй компонент психоорганического синдрома — слабость сдерживания эмоционального реагирования, его декомпенсированный характер — это всего лишь фазовые характеристики, на фоне которых возможны наркологические эксцессы, в том числе обусловленные ситуативными аффективными реакциями, но не длительные континуальные (непрерывные и многолетние) формы аддитивного поведения. Апатический радикал психоорганического аффекта тем более не способствует какому-либо обострению "тяги" к одурманиванию, поскольку нивелирует интенцию вообще. Здесь требуется другая энергетика (либо автоматизм!), способная преодолевать этот апатический радикал. Как раз ее и демонстрирует через симптоматику патологического влечения активный психотический конгломерат, составляющий основу аддитивной болезни — наркоманическая доми-

нанта со всеми ее психопатологическими механизмами воспроизводства [1].

Наконец, третий компонент психоорганического синдрома — когнитивное снижение. Оно в данном случае демонстрирует не проблему собственно интеллекта (которая, конечно же, имеет место при аддитивной болезни и, особенно, при ее наиболее злокачественных проявлениях, о чем мы будем говорить ниже), а проблему с "предпосылками интеллекта". Напомним, что к ним относятся память, активное внимание, формальные способности и смысловая речь. Здесь, безусловно, можно отметить определенные проблемы психоорганического свойства, особенно касающиеся первых трех функций. Эти параметры обеспечивают недостаточность функции (интеллекта), создавая вполне определяемый и легко фиксируемый специфический "органический" когнитивный дефицит.

Однако здесь следует четко понимать, что такой дефицит не может быть единственной причиной возникновения и развития качественно нового психопатологического образования и не комплектует его в исчерпывающем виде от начала и до конца. Поскольку подобная "минус-симптоматика", будучи "количественным" параметром, здесь никак не становится в должной степени параметром "качественным", характеризующим именно психопродукцию, к тому же обладающую своим патогенетически детерминированным динамическим развитием, имеющим свой патологический вектор и движущую силу.

Данная форма когнитивного снижения, демонстрируя свою неспецифичность и, если угодно, элемент тотальности, "выключает" познавательную способность и сужает "мотивационное пространство" в отношении абсолютно всех аспектов жизнедеятельности, а потому не может работать избирательно и только лишь в отношении аддитивных мотиваций, что, собственно, в утрированном виде мы наблюдаем в наркологической клинике. Поэтому банальное токсикологически дерминированное когнитивное снижение, демонстрируя сильную зависимость от внешних факторов и обстоятельств, не может продуцировать собственную активную интенцию к воспроизводству драматических форм аддитивного поведения, при условии, однако, "невключения" механизма интоксикационной стереотипии, обусловленного энцефалопатией (где среди прочей специфической атрибутики присутствует не просто когнитивное снижение, а выраженное слабоумие) и усилением характеристик пароксизмальности с соответствующей "энцефалопатической" модификацией наркоавтоматизма. Это когнитивное снижение, скорее, более заметно присутствует в период инволюции активного наркологического процесса и определяет характеристики "постпроцессуальной" личности, когда болезнь вследствие известного и определенного токсического фактора "сама себя убивает" (если до этого в прямом смысле она не убивает

самого больного), что во многом отражает клиническую дихотомию в отношении компонента прогрессивности. При этом, конечно, и вялотекущие формы аддиктивного поведения, где органика токсикологического генеза выражена слабее, также во многом регулируются именно спецификой средового фактора. Здесь мы видим "сближение" паттернов клинического воспроизводства отдельных проявлений аддиктивной болезни при ее малой злокачественности и при выраженном психоорганическом синдроме, что в очередной раз подчеркивает первичную роль параметров злокачественности как главной клинической характеристики психопатологического процесса.

Наконец, завершая краткий анализ клинических "возможностей" психоорганического компонента в рамках аддиктивного поведения, отметим, что в клинике хорошо известно: далеко не все виды зависимости и не каждое клинически прослеживаемое зависимое поведение сопровождаются выраженным психоорганическим компонентом (например, табачная зависимость).

Таким образом, рассматривая психоорганический синдром как целостное психопатологическое образование, часто имеющее при наркотизме, к тому же, характер "сквозного", мы, тем не менее, не склонны считать его главным и самодостаточным "двигателем" патологического процесса, именуемого аддиктивной болезнью. Это напрямую касается феноменологии анозогнозии, рассматриваемой в рамках синдрома абсолютной анозогнозии.

Как мы уже отметили, здесь ведущим компонентом, определяющим патологическую направленность и главное клиническое содержание исследуемого феномена, является некая эссенциальная "поломка" функции мышления больного индивида. Данная функция, напомним, реализуется как в норме, так и при патологии, через четыре своих главных структурных элемента: ощущения, восприятия, представления, понятия. Естественно, что нарушения по каждому из этих структурных элементов в отдельности или в их

совокупности есть предмет клинического исследовательского интереса психопатолога. Методология классического психопатологического анализа дает возможность тщательно и в полной мере не только описать нарушения указанных функций, но и оценить их на качественном уровне, квалифицируя их структурно-динамические характеристики и выводя их на уровень патогномичного признака болезни. Именно эти компоненты психической деятельности, становясь болезненно деформированными, образуют устойчивую патологическую формацию, обеспечивающую, с одной стороны, активную разработку идеаторного компонента главного психопатологического субстрата аддиктивной болезни с доминированием чувственного и образного компонентов мышления, а с другой, интеграцию ее в целостный комплекс неправильного аддиктивного поведения через тесные и взаимозависимые функциональные связи. Таким образом обеспечивается устойчивость и целостность новой патологической формации.

Окончание читайте в следующем номере

Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Благов Л.Н. Психопатология химической зависимости с точки зрения ее эволюции: патологическое развитие личности или самостоятельный патологический процесс? // Наркология. — 2008. — № 2. — С. 69-77.
3. Благов Л.Н. Феномен "легитимации аддиктивного поведения" при опиоидной зависимости — клиническая значимость и структурно-динамические характеристики // Наркология — 2008. — № 3. — С. 79-88.
4. Демина М.В., Чирко В.В. "Отчуждение" аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М, 2006. — 191 с.
5. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. — М.: Медицина, 2007. — 336 с.
6. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М., Артемчук А.Ф. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Харьков: Пляда, 2007. — 239 с.

ABSOLUTE DENIAL OF ILLNESS SYNDROME IN CHEMICAL DEPENDENCE

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

The most important element of addiction is denial of illness phenomenon. It's evaluation as a psychopathological syndrome is one of priorities in modern clinical narcology and allows to designate the complex of disorders in main psychic functions. Those be integrated into process of pathological development reflect activity of illness. This also gives the possibility of making precision diagnosis and formulating therapy aspects.