

Психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опиоидной зависимости)

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., зав. курсом наркологии факультета последипломного образования ГОУ РГМУ Росздрава, Москва;
e-mail: lblagov@rambler.ru

Клиническая диагностика аддиктивной болезни, отражая современное понимание проблем аддикции как комплексного соматопсихического и поведенческого расстройства, в настоящее время оперирует преимущественно параметрами токсико-метаболического и психологического уровней. По этой причине клинические критерии болезней зависимости, демонстрируя свою широкую и разнообразную палитру, тем не менее, предъясняются как чрезмерно упрощенные и в связи с этим не отличаются требуемой клинической точностью. Это не способствует адекватной диагностике истинного состояния аддиктивного больного и прогнозированию дальнейшего течения болезни, безусловно имеющей природу хронического психопатологического процесса. Описание и квалификация основных психопатологических феноменов аддиктивной болезни, среди которых представлен феномен «псевдоабстиненции», является важным исследовательским направлением в клинической наркологии, формирующим структурно-динамический аспект и стратегию лечения патологической аддикции.

Ключевые слова: псевдоабстиненция, психопатология, аддиктивное поведение, клиническое знание

Методологический клинико-диагностический аспект

Современная клиническая диагностика аддиктивного заболевания, осуществляемая в повседневной клинической наркологической практике, а также при выполнении значительного объема научно-исследовательской работы по тематике клинической наркологии, как показывает анализ, направлена, в основном, на идентификацию стойких **метаболических** расстройств (в том числе имеющих свои неврологические и психопатологические последствия и проявления), вызванных хронической интоксикацией ПАВ. Это реализуется в доминировании именно такого рода оценок характера и системы злоупотребления ПАВ, их переносимости на фоне измененной реактивности [7, 10, 12, 13, 16, 18, 19, 26, 31]. Кроме того, подобное понимание клиники патологической аддикции (с «идеологической» опорой на соответствующие разделы общепринятых в международной практике классификаций — МКБ 10 и DSM IV) фактически закреплено существующими регламентами (положениями, приказами, стандартами), определяющими диагностическую и лечебную активность наркологической клинической структуры. Несложно, однако, увидеть, что, опираясь на приоритет желаемой унификации врачебной деятельности, многие из этих документов в том виде, в котором они представлены к настоящему времени, демонстрируют свое в значительной степени формально-бюрократическое содержание, а потому сами по себе пока **недостаточ-**

но способствуют интенции к творческому анализу феноменологии и клиническим оценкам с необходимым уровнем интегрирования и дифференцировки. Вполне ожидаемым и естественным результатом такого подхода является довольно демонстративное неприятие очень большим числом наркологов методологии психопатологического рассмотрения аддиктивной болезни (известный психопатологический примитивизм компромиссно-декларативного свойства здесь не в счет).

Понятие *психопатологический клинический феномен* здесь является ключевым. Этот способ познания и исследования особенностей психической патологии появился слишком давно, чтобы вызывать сегодня у кого-то искреннюю радость первооткрывателя. *Феноменологическую парадигму* рассмотрения психической патологии предложил родившийся в 1859 г. в Моравии философ Edmund Husserl. Она, как известно, заключается в утверждении принципа познания психической болезни через ее характерные объективно присутствующие особые картины (феномены), однако при этом предполагается принципиальная невозможность познания самой природы болезни (нозологии). Карл Ясперс (один из основоположников философии экзистенциализма) внес, по сути, решающий вклад в понимание *психиатрического феномена* как клинического психопатологического образования, имеющего принципиальные качественные структурные компоненты и динамические закономерности [32]. Знаменитые феноменологические определения Ясперса и сегодня для клинициста явля-

ются, по сути, важнейшими диагностическими маяками. Отражая картину «субъектно-объектных отношений» на уровне их психологического переживания, К. Ясперс понимал и идентифицировал психопатологический феномен в его «содержательном отличии», все же не акцентируя с жесткой определенностью его «уровневое» представительство (как симптом или синдром). Между тем, феномены-симптомы (например, псевдогаллюцинация, сверхценная и бредовая идея и др.) обретают свое истинное психопатологическое феноменологическое качество только на уровне психопатологического синдрома — простого или сложного, оставаясь лишь психологическим объектом самостоятельно-отстраненного изучения без такового рассмотрения. В этом, по большому счету, и состоит качественное различие психиатрического исследования, где целью является идентификация синдрома и синдромакомплекса, от психологического (патопсихологического), исследующего отдельную психическую функцию с точки зрения наличия здесь отклонений от норматива и «защищающего» исследуемое «пространство» психической дисфункции на уровне простого признака (симптома). Последнее, как очевидно, является слишком общим оценочным полем, где понятия *личность*, *реакция личности* не отделяются от понятий *болезнь*, *границы болезни*, *структура* и *динамика болезни*. Вполне логично, что экзистенциальный подход (доминирующий в качестве философской базы современной западной психиатрической школы), апеллируя к феноменологии, но ставя во главу угла приоритет личностной динамики, в итоге не смог «дотянуть» до более высокого, нежели симптоматический и простой синдромальный, оценочного психопатологического уровня. Между тем, успехи отечественной психиатрии, где реализован примат клинического описания феноменов в их комплексном патогенетически-динамическом синдромакинетическом ракурсе, вполне утвердили правомочность нозологии как высшей формы понимания сути болезненного проявления, отражающей его природу [21, 24, 25, 28].

Таким образом, наработки русской психиатрической школы, чьи истоки находятся в старой французской и классической немецкой психиатрии, позволяют сегодня серьезно приступить к исследованию психопатологического субстрата аддиктивной болезни с четким и недвусмысленным отнесением ее в категорию выраженного, а иногда весьма тяжелого хронического психического заболевания. Оговоримся сразу, что здесь мы вообще не анализируем те или иные идеологически детерминированные современные «изыски» отдельных представителей «парапсихиатрии» и «организационного наркологического новаторства», вполне элегантно дистанцирующихся от «орто-

доксальной» психологии, но не уходящих в своих интеллектуальных построениях от банальной психологической и несколько резонерски выстроенной «интерпретации» симптома (простого признака), консервативно рассматриваемого ими как полноценный «психиатрический феномен». Здесь, несмотря на так или иначе первично демонстрируемый похвальный энтузиазм «радения за здоровье нации», как правило, слишком отчетливо просматривается не собственно дотошное знание предмета изучения (имеется в виду клиническая конкретика), а очень увлекательный процесс кабинетного познания его, не выходя, что называется, из-за письменного стола. (Ситуация, являющаяся очень тревожной именно потому, что в нее недопустимо часто попадают далеко не самые бесперспективные представители научной мысли и организационно-управленческого звена.) И, все же, продуцируя определенный общественно-политический резонанс, такие работы, однако, не имеют серьезного клинического контекста с предъявлением точного и исчерпывающего психопатологического описания и анализа, несмотря на прямую их декларацию. Поэтому они, в целом, не помогают в эффективном решении насущных клинических задач и представляют мало интереса для клинициста-профессионала (как с оценочной, так и с познавательной точек зрения) именно по причине отсутствия здесь необходимой психиатрической квалификации, размываемой бесконечными психологизмами).

Именно в клинике такой подход, демонстрирующий изрядную долю снобизма и постоянное стремление представить врача-психиатра неким реликтовым существом, не ценящим тонких новаторских пассажей психологизма и тупо «толкующего» свои ортодоксально-субъективные представления о больном, не нужен и попросту вреден. Он не был востребован здесь никогда. Конечно, способность к проявлению блестящей интеллектуализированной риторики (несколько, все же, спесивой и не без элементов позерства), наверное, необходимы для условий офиса или салона. Они приемлемы также как убедительная атрибутика активной общественной деятельности. Очень вредны они для **честной** клиники, обреченной «пахать» не за страх, а за совесть, добиваясь хороших клинических результатов даже в тех непростых условиях, которые создает ей современный малокомпетентный менеджмент. Здесь недосуг заниматься «красивым анализом» «поведенческой модели» тяжелого больного с заумным объяснением его мотиваций. И не в красивых пассажах блестящего рафинированного интеллектуала, а именно в самом каторжном и самоотверженном труде во имя здоровья пациента и его окружения, работая с ними **непосредственно**, необходимо искать

и обретать правильное понимание феноменологии, не глумясь свысока над «недотепой-наркологом».

Именно это сегодня часто происходит в отношениях врача и психолога, где второй, будучи, безусловно, высокообразованным специалистом, претендует (впрочем, безосновательно) на методологическое лидерство в клинике.

Мы, однако, полагаем, что конфликт может быть мгновенно исчерпан, если эти отношения трансформируются в прямо противоположном направлении. Более того, клиника патологической аддикции мгновенно обретет невиданные возможности креатива, поскольку дотошное симптоматическое исследование психических функций, которое способен сделать грамотный психолог (патопсихолог) будет неоценимо именно для исчерпывающего дополнения и максимально точного воспроизведения психиатрического феноменологического описания. Для этого, однако, и врач должен обладать известным авторитетом в глазах психолога, способного умерить свои «амбиции лидера», подчинив их клиническим приоритетам. Пока же, к сожалению, оба эти компонента творческого альянса не работают в должной степени. Разногласия усиливаются из-за давления со стороны утрированного и максимально психологизированного социокультурного блока, жаждущего «понятных, быстрых и эффективных решений», а потому постоянно испытывающего потребность «давать советы» работающему в клинике врачу. Здесь абсолютно ясно, что все перевернуто с ног на голову.

Другая, не менее опасная для клиники патологической аддикции тенденция заключается в сознательном выхолащивании и фактическом **вытеснении** из научной (а, соответственно, и практической) психиатрической и наркологической клиники тонкого и дифференцированного психопатологического анализа статусных компонентов психопатологической феноменологии, принятого с давних пор в русской психиатрии. Воспроизводя под благовидным предлогом внедрения «современных исследовательских стандартов», в качестве которых (с опорой на современные классификации) фактически выступает весьма примитивная диагностическая техника «просеивания», все настойчивее делаются попытки изъятия из научно-исследовательского лексикона компонента квалифицированного описания психического состояния исследуемого больного.

Означенная исследовательская технология, претендуя на статус «доказательной диагностики», предъясняется, чаще всего, на уровне небольшого числа простейших параметров симптоматического ряда. Доказательным — а, следовательно, единственно верным — для наркологической и психиатрической соответственно клиники признается некий «кванти-

фицированный конгруэнтный» блок данных, полученных методом скрининга, даже без намека на какие-либо признаки *подробного персонифицированного клинического изучения*. Последнее признается «субъективным», а потому недостоверным (т.е. не заслуживающим серьезного внимания клинициста). Типологии и дихотомии, выполненные на основании клинко-описательного подхода, не просто не берутся за основу дальнейшего уточняющего и многопрофильного (мультидисциплинарного) исследования, а, наоборот, активно игнорируются. Таким образом, бездушная шкала, обретая гордый имидж научной самостоятельности и самодостаточности, прямо противопоставляется клиническому анализу качества психопатологического субстрата. Ее применение постепенно становится попросту обязательным для исследователя-врача. В противном случае психиатрическое исследование, якобы, ни при каких условиях не может считаться «доброкачественным». Примитивные шкалы и опросники (интервью) здесь замещают полноценный индивидуализированный процесс обследования больного.

Эта проблема не столь проста, как может показаться непосвященному. Между тем, не вызывают каких-либо слишком уж принципиальных претензий (при своем довольно несложном дизайне) исследования фармакологического спектра лекарства, оценки какого-либо простого симптоматического признака (даже в рамках анонсирования неких «методов», демонстрирующих, впрочем, по большей части лишь свой симптоматически-коррекционный потенциал), а также тех или иных социопсихологических и культурных параметров проблемы. Однако их результаты ни в коем случае нельзя соотносить, а тем более приравнивать к давно отработанной методологии клинического психиатрического обследования больного. Тем более, **отождествлять** упомянутый частный анализ фармакологической активности того или иного лекарства с *целостной концептуальной системой лечения фактически обозначаемой патологии*, несмотря на заявления о результирующем «верифицированном полном (или почти полном) прекращении наркотизации» на фоне приема изучаемого препарата. Тут от исследователя в его выводах и последующих программных заявлениях требуются особая щепетильность и профессиональная порядочность. В противном случае будет постоянно возникать противоречие между «подтвержденной фармакологической активностью лекарства» и плохими результатами его практического применения, с которыми сталкивается врач при ведении больного. Хорошо работающее технократическое применение «оцифровки» взамен аналогового восприятия в некоторых областях физики (системы коммуникации и др.) на сегодняшний день при

всем желанием не может быть осуществлено в областях, требующих своей непосредственной естественной (но не опосредованной цифровой) оценки, выполненной на уровне описания сложного природного явления (в рамках которого реализуется феноменология психического заболевания). При этом в значительно большей мере важно прямое и естественное отображение «качественного сигнала», нежели «количественного». Мы не говорим здесь о широких и принципиальных возможностях несложных «манипуляций с цифрой», способных известным образом исказить реальность и продемонстрировать ее совершенно иной качественный образ (пример цифровой фотографии). Если данный примитивный подход в клинической науке победит, вытеснив из исследовательских программ диагностический примат психопатологического анализа психического статуса исследуемых больных, заменив его «доказанной» важностью простого признака в оценке целостной патологической конструкции, можно смело поставить крест на клинической наркологии как состоявшейся медицинской высокотехнологичной профессии, а бездушная «психометрология» неизбежно станет еще одним гвоздем в «крышку гроба» данной, столь важной для социума клинической науки. Разговоры о развитии клинических школ и направлений здесь становятся бессмысленными. Этого нельзя допустить ни при каких обстоятельствах!

Необходимо вновь акцентировать внимание клиницистов и всех, кто так или иначе претендует на роль беспристрастного «судии» врача-психиатра, специализирующегося в области аддиктивной психопатологии. Единственным **доказательным** материалом в психиатрии является **качественное клиническое описание, квалификация** которого на уровне **синдрома и синдрома комплекса** соответствует клинической реальности и психопатологической парадигме. Это статическое и динамическое описание психического статуса, которое, будучи многократно воспроизводимым в независимой среде, не должно вызывать возражений у специалистов-психиатров именно в силу его достоверности не математической, а структурно-смысловой. **Клиническое описание** — это не просто необходимый элемент психопатологического исследования. Оно является **единственным важным требованием** для обозначения и диагностической квалификации клинического феномена.

Наоборот, математический обсчет простых признаков, изучаемых, как правило, раздельно, хотя бы у нескольких сотен (и даже тысяч) таким образом обследованных, может подтвердить валидность простого симптоматического признака (например, тревоги, или аг-

рессивности, или еще одного-двух давно известных и наиболее часто упоминаемых в наркологически ориентированных исследованиях признаков), но **ни в коем случае** не является диагностическим критерием, характеризующим в необходимой полноте даже синдромальный диагноз каждого из предъявленной группы обследованных. Такой элемент понимания проблемы делает весь этот материал **недостоверным** с точки зрения психиатрической клиники, невзирая на ссылки на имеющуюся наработанную многолетней исследовательской практикой статистику. Это означает **катастрофическую нелегитимность выводов**, если они касаются **целостных характеристик болезни**, а не какого-либо лишь одного из ее параметров, который в данный момент изучается опросником. А ведь именно подобный «исследовательский сценарий» в итоге дал научно-практическому миру DSM-IV и МКБ-10, которые, по откровениям грамотных психиатров, не слишком помогают лечить больных (хотя исправно набавывают статистику (какую?) и тонны отчетности для соответствующих государственных структур всего мира).

Как результат отторжения психопатологического детерминизма в клинической наркологии произошел фактический отказ от стратегии **активного** лечения химической зависимости на базе существующих ЛПУ и превращение тех из них, которые обладают больничными койками, в соматические стационары для устранения токсических последствий хронического отравления при наркомании и токсикомании (включая алкоголизм во всех его проявлениях), причем вне зависимости от продекларированной длительности стационарного пребывания больного, на которую сильно влияет пресловутый тезис его «добровольности». Об **отсутствии** активного психопатологически детерминированного лечения аддиктивной болезни, помимо непонятных «сроков лечения», свидетельствует сам характер ведения медицинских документов (историй болезни), где почти всегда отсутствуют не только объективный анамнез, но также необходимые квалификационные характеристики, вытекающие из психического статуса больного. Фактическое описание данного важнейшего компонента психиатрической истории болезни здесь вообще почему-то часто перекладывается на плечи работающего в клиническом отделении психолога (что ни с методологической, ни с технологической, ни с правовой точки зрения делать недопустимо). Как следствие этого (а также, по всей видимости, из-за недостаточной психиатрической квалификации персонала) психофармакотерапия аддиктивной болезни осуществляется непрофессионально, поскольку не выполняются элементарные технологические требования психофармакологии, а среди лекарственных назначений доминируют препараты метаболического и соматического

спектра действия. Психотропные средства при этом применяются на уровне простой *симптоматической коррекции*, никак не определяя успех стратегии активного лечения аддиктивной болезни. Таким образом, в результате никак не устраняются *активные психопатологические болезненные формации, лежащие в основе патологической аддикции* (в особенности речь идет о своевременном и качественном их устранении), а в итоге фактически осуществляется подготовка аддикта к новым интоксикациям или, в конце концов, выдается своеобразный «вид на жительство» по модели дома инвалидов. В любом случае результатом подобной «терапевтической» активности является *клиническая запущенность*, воспроизводимая в массовом масштабе.

Путь для современной клинической наркологии — абсолютно тупиковый. Несмотря на очевидный провал, подобная стратегия ведения дел в этой столь социально значимой клинической дисциплине парадоксально сопровождается абсолютно спокойной уверенностью в правильности status quo и отсутствием какого-либо желания что-либо изменить, в итоге обрстая всевозможными посылами наподобие «неизлечимости» патологии или апелляции к «плохому» социуму. Это — серьезнейшая проблема, на которую, к сожалению, обращают внимание недостаточно. Здесь, очевидно, требуются свой критический анализ и, не исключено, определенная модернизация многих регламентов, поскольку существующая ситуация (если абстрагироваться от сопутствующих тематике разнообразных популистских лозунгов в духе псевдогуманизма) ведет к неэффективной трате выделяемых на здравоохранение финансовых ресурсов, свидетельствуя, в конечном счете, о недостаточном профессиональном уровне занятых в отрасли специалистов. Безусловно востребованными при этом являются необходимые клинические познания.

Данная проблематика, конечно требующая всестороннего и значительно более подробного анализа, в настоящем материале, так или иначе присутствуя в роли аргумента, лишь обозначена. Однако мы все же полагаем, что количество накапливаемых современной наукой знаний **неизбежно** ведет и к лучшему пониманию клинической сути аддиктивной болезни, и к качественной эволюции в организации и обеспечении клинической инфраструктуры, направленных на достижение максимальной результативности в подавлении всех проявлений патологической аддикции.

Продолжая рассмотрение особенностей современной методологии диагностики, клинического познания и разработки аддиктивной патологии, упомянутых в начале данного материала, отметим следующее. Синдромы метаболического и гомеостатического расстройства, включая все острые и хронические

посттоксические психопатологические (астения, нарушение сознания, психоорганический), вегетативные, отражающие органную патологию, полинейропатию, формируют безусловно важную *клиническую фактологию* химической зависимости. По мнению корифеев отечественной клинической психиатрии и наркологии А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой [17, 19], внесших огромный вклад в развитие клинической наркологии, *стойкие гомеостатические расстройства*, сопровождающиеся нарастанием неврологических расстройств и психоорганического синдрома с формированием *обсессивного и компульсивного* вариантов патологического влечения, являются главной движущей силой химической зависимости. (Оговоримся, что нам не до конца понятна ассоциация феноменов обсессии и компульсии с психоорганическим субстратом нарко-токсикомании, поскольку это в определенном смысле **разнородные** психопатологические формации. Если же их рассматривать как простые синдромологические образования (включающие компоненты сенсорный, идеаторный, моторный [1, 15]), характеризующие *механизм* психопатологического воспроизводства с учетом *уровня психического поражения*, только тогда качество психопатологического феномена обретает свое логическое значение важнейшего структурно-динамического параметра аддиктивной болезни).

Таким образом, во многом формируется вполне конкретное понимание аддиктивной патологии, реализованное через понятие стадийности наркологического заболевания, где его продекларированный **процессуальный** характер привязан целиком к особенностям реализации интоксикационного континуума с фиксацией тех или иных последствий хронической интоксикации [13, 17, 26, 29]. Кстати, в реальной клинической практике сведения, проясняющие эти аспекты истории болезни, как правило, бывают получены со слов самого аддикта и зачастую без должной их верификации [5].

Такой подход, в целом, не отличаясь требуемой глубиной и всесторонностью, реализует *ретроспективный* уровень оценки и мало способствует точному *дифференциально-диагностическому* разделению, столь востребованному современной высокотехнологичной клиникой с ее потребностью в дифференцированном терапевтическом подходе. Именно по этой причине наиболее понятным (с точки зрения объективизации и квалификации в качестве болезненного расстройства) фактически становится *симптоматический и простой синдромальный* уровень рассмотрения всей наркологической патологии. При этом описываются и анализируются **этапный синдром** (транзиторный в своем клиническом проявлении), синдром психоорганического (посттоксическо-

го) поражения центральной (*синдром деградации личности*) и периферической нервной системы (*полинейропатия*), хроническая органная патология.

Несколько особняком здесь стоит *патологическое влечение* к опьянению [1, 9, 10, 11, 17, 23, 26, 33], которое в данном рассмотрении по сути своего клинического толкования также не выходит за рамки рассматриваемых метаболических проблем, связанных с хронической интоксикацией. Оно тесно увязано с ними и является в данной версии их фактическим и прямым следствием [2, 27]. Попытки **психиатрического** осмысления механизмов патологического влечения по состоянию на сегодняшний день касаются пока отдельных и недостаточно объединенных в стройную систему описаний и интерпретаций. Нелишне, однако, отметить тот факт, что важность таких психиатрических описаний в наркологии остается понятной только психиатру (имеющему не только сертификат, но необходимую психопатологическую квалификацию, не зависящую, скорее всего, от «школы» или «направления», поскольку психиатрическая клиника в своей природе едина и практически одинаково воспроизводится во всех странах и на всех континентах).

К сожалению, наркологическое сообщество, где пока недостаточно привита психопатологическая культура клинических оценок, не продуцирует кардинального устранения упрощенных представлений о клинической фактологии патологического влечения. Существующее в специальной литературе понимание медицинского контекста «патологического влечения» воспроизводит именно синдромальный его смысл (то, что в западном аддиктологическом лексиконе называется термином *addiction* [33], а в отечественной литературе — *синдромом патологического влечения* [1, 10]). Но, безусловно, первичным, а потому психопатологически более понятным является именно симптоматическое его понимание [4].

Не отрицая ни в коей мере отмеченной клинической фактологии, мы, по сути, стремимся лишь к более точным (и *клинически* понятным) терминологическим отображениям, поскольку именно их недостаточная точность и «понятность» и заставляет представителей других «непсихиатрических» профессий, опираясь, скорее, на «бытовые аналогии», критиковать то, на что у них отсутствует моральное право (именно — необходимый уровень специальных знаний). Между тем, вполне очевидно, что упрощенно-недифференцированное рассмотрение данного клинического факта (патологического влечения), даже несмотря на попытки его синдромологического обозначения, пока не может предъявить в достаточной мере системно проработанные, эволюционно представленные в контексте клинико-динамической (общепатологической) логики и полноте диапазона

квалификационные характеристики, позволяющие более-менее точно **прогнозировать** хотя бы саму хроническую интоксикацию ПАВ, не говоря уже о сложном клинико-диагностическом рассмотрении целостной аддиктивной болезни. А ведь здесь требуется особо тщательная психопатологическая проработка и не только самого клинического признака (влечения), но и всей совокупности психической дисфункции, определяемой как аддиктивная болезнь, где патологическое влечение принадлежит к категории наиболее узнаваемых и просто бросающихся в глаза признаков (как, к примеру, тяжелый кашель при крупозной пневмонии). Без этой проработки и, несмотря на очевидное противоречие, объективной клинической реальности все выводится, в конечном счете, в плоскость неких случайных совпадений на уровне особенностей *личностно-средового реагирования*, которое пытаются понять и изучить (из-за *обилия* рассматриваемых раздельно простых *симптоматических* признаков и вполне естественно заботясь при этом о «доказательности») уже с применением математического моделирования.

Происходит банальный (и вполне естественный при данных обстоятельствах) перекося клинических исследований в сторону эпидемиологического аспекта, изучающего здесь, чаще всего, простые симптоматические переменные на фоне нетрезвого поведения. Это, само по себе, для клинической науки и практики (при сильной потребности в точной фактологии на уровне конкретики, без всяких «обобщений простого», «случайностей», «вариаций» и «совпадений»), не слишком актуально. Причем, достаточно очевидно, что выполнение данного аспекта может предъявляться только в контексте тщательно выполненных **системных** структурно-динамических *феноменологических* рассмотрений [11, 14, 23].

Уровень простого признака (симптома), между тем, здесь, что называется, «не проходит». Симптом, даже отличающийся некой специфичностью (впрочем, впоследствии часто опровергаемой при накоплении необходимых знаний), всегда является лишь частью характерного набора, который, будучи именно «характерным», позволяет судить о предмете (в данном случае — болезненной формации) значительно более определенно. Чем выше уровень структурирования простых и более сложных признаков, тем выше специфичность обозначаемого явления.

Нам всегда казалось, что для грамотного специалиста это — не вопрос. Пониманию его начинают учить в мединституте, а в последующем — в системе непрерывного медицинского образования врача. Сама жизнь учит его при этом ежедневно, и важно правильно к этому относиться. Поэтому *психопатологический феномен* — *системное явление, представляю-*

щее, по крайней мере, **синдромальный** свой уровень. Он не требует какой-либо отдельной доказательности, будучи тщательно описанным и идентифицированным как синдром (по критериям К. Ясперса), что для психиатра — давно не новость и не загадка. Квалификация его не есть «толкование». Синдром — не отрывок из «ветхого завета», его не требуется толковать. Его надо уметь квалифицировать, чему, собственно, учат после окончания мединститута в клинической ординатуре. Эпидемиология тем более не приобщает врача к пониманию качества болезненного проявления. Клиницисту-практику, однако, гораздо важнее понимать, **что и как** он будет лечить, и его, в целом, мало интересуют отвлеченные обобщающие цифровые выкладки, демонстрирующие некие закономерности по принципу «больше или меньше». Тем более важно рассматривать аддиктивную патологию **нозологически**, поскольку именно это позволяет клинически грамотно отработать параметры **дифференциально-диагностического** (в том числе — *коморбидного*) порядка.

Здесь особо проявляется главная слабость подобного и в полной мере непсихиатрического рассмотрения **критической значимости** собственно интоксикации ПАВ, к которой, по сути, и сводится на сегодня вся клиническая проблематика патологической аддикции. Для клиники всего этого мало, поскольку подобным образом полностью не вскрывается *психопатологический механизм* воспроизводства не только влечения, его «практической реализации», но и других (более значимых) компонентов аддиктивной болезни. В совокупности существующее состояние этих параметров формирует укоренившийся как в современных классификациях, так и в наркологическом понятийном аппарате довольно упрощенный клинко-диагностический блок под названием *синдром зависимости*.

Тем не менее, патогенетическая и клиническая роль посттоксической органики в формировании и динамическом развитии аддиктивной болезни не столь однозначна, если абстрагироваться от тех или иных «сенсационных» неврологических находок, предъявляемых отдельными нейробиологами, неврологами и нейропсихологами в качестве свидетельства «драматизма» патофизиологических и анатомических трансформаций церебральных структур аддикта. Все это зачастую предъявляется вне конкретных клинических ситуаций и отражает тенденцию чрезмерного обобщения и желания «быстро и эффективно» объяснить все и вся в клинике «со своей колокольни», а потому все эти исследования по-прежнему требуют, в первую очередь, четкого клинко-психопатологического детерминизма и системности в своей организации. Они должны **всегда** выполняться под патронажем квалифицированного психиатра, специализирующегося в области клини-

ческой наркологии, и не могут присутствовать на уровне собственной исследовательской инициативы, дабы не продуцировать «сенсаций» и не расходовать впустую столь дорогостоящие ресурсы исследовательской программы, главным из которых является время. **Клиника**, которую **ежечасно наблюдает** психиатр в своей работе с пациентами, не имея возможности по достоинству оценить у них «степень истончения коркового слоя» и «морфологию синапса» (поскольку «в паспорте» у больных это не написано, реальные методы радикального устранения этих «досадных недоразумений» непонятны, а потому остается лишь во всем слепо доверять всевидящему оку нейробиолога), значительно многообразнее и многограннее «простых и понятных объяснений», даже если речь заходит о тех или иных трактовках психоорганического компонента аддиктивной болезни — всего лишь одного из многих изучаемых клиникой параметров. Мы об этом уже достаточно много говорили ранее [4].

Таким образом, возвращаясь к гомеостатической концепции аддиктивной болезни (кстати, так может рассматриваться только лишь манифестная химическая зависимость), отметим ее очень серьезную уязвимость. Более того: наверное, не является секретом, что *любая* (и в особенности — *хроническая*) болезнь **всегда** формирует свой (патологический) гомеостаз. Поэтому сведение клиники аддиктивного заболевания к рассмотрению гомеостаза как такового является слишком обобщающим и серьезно нивелирует всю сложность болезненного качества. Такое понимание для психиатрии и наркологии было бы слишком упрощенным. Тем не менее, токсический генезис упомянутых компонентов болезни — ее **следствие**, а не единственная причина.

Взаимная обусловленность гомеостаза и метаболических процессов в организме больного химической аддикцией вполне понятна. Уровни цитокинов, продуктов перекисного окисления, нейромедиаторный дисбаланс (включая дисбаланс эндогенных опиоидов) — это картина с довольно выраженными патофизиологическими (функциональными) параметрами, которые сами «просятся» к своей немедленной коррекции. Немедленная их коррекция, приводя к временному (по большей части соматоневрологическому) благополучию (как, впрочем, любая коррекция, пока она происходит во времени), не будучи *активным лечением* (патогенетический смысл), всегда в рамках выраженных патологических процессов заканчивается одним — обострением болезни после прекращения корректировки. Разные формы быстрой гомеостатической коррекции (плазмаферез, гемосорбция и т.п.), быстро устраняя интоксикацию, у аддиктивного больного всегда (а с повышением уровня злокачественности наркомании — с особым драматизмом) вызывают усиление ее болезненной активности. Именно

потому, что наркомания — психическое заболевание, имеющее лишь свою дополнительную токсикологическую атрибутику, последняя отступает на задний план на определенном этапе манифестации аддиктивной болезни в фазах абстиненции (по мере стихания проявлений посттоксического дистресса) и неустойчивого равновесия (при формировании ремиссии). Таким образом, происходит драматическое обострение именно психопатологической формации — актуализация аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (наркодоминанты), и одним из важных и наиболее заметных структурных элементов симптоматического ряда здесь является патологическое влечение к наркотику.

Далее. Наверное, понятно, что сами по себе опьянение и интоксикация ПАВ — далеко недостаточные компоненты для понимания клинической сути дебютных и манифестных проявлений аддиктивной болезни. Простым доказательством тому служит ничтожно малое эпидемиологическое присутствие *ятрогенной* опийной наркомании в сравнении с другими ее дебютами и количественной фактологией медицинского назначения наркотических препаратов (обезболивание в хирургии, к примеру). Про остальные виды химической зависимости (включая *алкогольную аддиктивную болезнь*) говорить вообще не приходится. Не секрет, что простая проба ПАВ лишь в малой степени может являться предиктором будущей болезненной зависимости, если для этого нет соответствующего предрасполагающего комплекса, изучаемого клиницистом. Это значит ровно то, что болезненная аддикция развивается не только лишь по причине факта предшествующей интоксикации ПАВ, а имеет значительно более сложные свои дебютные характеристики, прояснить которые токсикология не в состоянии. Более того: *анализ следствий болезни — это диагностика даже не «настоящего», а, скорее всего, уже «прошлого»*, дающая, к тому же, мало информации для понимания патогенеза и основных движущих сил аддиктивной болезни, т.е. для познания ее не слишком простой и понятной природы. Простого симптоматического перечисления посттоксических (острых и хронических) соматических и неврологических «феноменов» для этого недостаточно.

В то же время (и это чрезвычайно важно отметить), абсолютизация тезиса о гомеостазе в наркологии сама по себе чревата весьма неоднозначными выводами, если сформулированы простые вопросы: как быстро формируется патологический гомеостаз и имеют ли уже его признаки на самых ранних этапах манифестирующей наркомании? Как фактически гомеостаз детерминирует психическую деятельность и является ли данный детерминизм тотальным? Как он может быть идентифицирован? Как быстро и эффек-

тивно устранить патологический гомеостаз, сформированный годами и десятилетиями болезненного существования? Возможно ли это в принципе и какими средствами? Надо ли этим заниматься вообще и сколько на это потребуется времени, имея в виду стойкий, инертный характер расстройства? Налицо, как нетрудно заметить, *утрированная биологизация*, несущая больше путаницы и чрезмерно примитивизирующая понимание сложного и, безусловно, биологически детерминированного болезненного явления, в качестве которого выступает аддиктивная болезнь. Выводы очевидны: известный плюрализм мнений, мультивариантность решений и, как результат, отторжение профессионализма, насаждение всех форм популизма, паразитических тенденций коммерческой «эксплуатации болезни» и плохая демография.

Вместе с тем, явно недостаточная конкретика *токсикологического* порядка (для обозначения многообразия фактически присутствующей клинической феноменологии) нуждается в своем серьезном дополнении, в качестве которого все чаще выступает *психологическое* понимание проблем зависимого больного, в полной мере апеллирующее к приоритету уже упомянутого «личностно-средового» реагирования. Очевидно, что данный психологический (понятный с точки зрения результатов, получаемых при изучении мотиваций и поведенческих моделей человека) аспект одинаково рельефно представлен как в клинике химической зависимости, так и в попытках идентификации «нехимических» ее видов. Здесь все активнее начинается присутствовать так называемая биопсихосоциальная модель познания природы сложного процесса, когда дисфункция и дезадаптация представлены в полной мере. Однако важно понимать, что уход от феноменологического *клинико-патогенетического* психопатологического понимания природы аддиктивной болезни и примата ее диагностического (а, следовательно, и терапевтического) начала неизбежно ведет к фактической **стерилизации** клинической наркологии как важнейшей психиатрической субспециальности. Это, в свою очередь, чревато отходом от приоритетов четкого системного знания к утрированной и перемешанной симптоматической картине, пытающейся компромиссно упорядочить малодифференцированное и разнообразное множество признаков. При этом роль собственно болезни примитивизируется, а больной погружается в среду, полную общих слов и деклараций, но никак не в технологически выверенную строгую последовательность, предсказуемо ведущую по пути восстановления и выздоровления (что в западной литературе обозначают клинически недостаточно конкретным и излишне социализированным термином *recovery*).

Подобный подход можно назвать *токсико-психологической парадигмой* рассмотрения и исследования проблем клиники аддиктивной болезни. Как несложно видеть, здесь клиническая психиатрия (феноменологическая психопатология) не получает своего должного представительства. Подобный подход, значительно преломляющий существующий социальный общественный уклад и приоритеты, безоговорочно доминирует в западной аддиктологии (не получившей своего клинко-психиатрического толкования по причинам, скорее всего, экономическим, возникшим не вчера, а обозначившимся, по крайней мере, со времен З. Фрейда). Философская бихевиористская подоснова здесь — уже следствие и «фактор легитимации», но не причина.

Аддиктология, активно присутствуя в сфере человеческих знаний и имея важнейший социальный контекст, на Западе реализуется именно как социально-политическая и гуманитарная программа, работающая на уровне «контингентов» (при декларациях индивидуализированного личностного подхода), а медицинская часть (по-видимому, из-за большой дороговизны «штучной» работы с каждым клиническим случаем зависимости и созависимости) не получает своего развития. Это предопределяет и собственно штатную структуру участников (социальная служба, психология и консалтинг), и уровень их «готовности», отторгающий в массе профессионалов-психиатров. Многие западные аддиктологи, называя себя «психиатрами», тем не менее, с большим трудом понимают, что такое психический статус больного и его психопатологический анализ, что такое клиническое наблюдение и клиническое ведение больного, что есть психиатрическая история болезни и в чем состоят особенности ее ведения. Им тяжело понять, что именно эти компоненты анализа в клинике определяют диагностику, а значит — стратегию и качество терапии. Некоторые из них вообще и совершенно искренне не считают аддиктивного больного (наркомана) больным, а диагностируемый ими (с помощью шкал и опросников) «синдром зависимости» — это вовсе не психическое расстройство с той или иной степенью тяжести, имеющее свои структурные и динамические категории, а некое досадное недоразумение в рамках некоего преходящего расстройства адаптации, обусловленного, в первую очередь, «проблемами личности» и «депрессией». Как можно ожидать на таком уровне понимания серьезного психопатологического анализа феноменологии зависимости с элементами дифференцировки психиатрических состояний и какого-то дифференцированного терапевтического предложения?

Такой подход имеет, к сожалению, тенденцию экспансивного развития (несмотря на свои особен-

ности и отдельные оговорки) в современной отечественной наркологической практике. Представители наиболее популярного в западной аддиктологии направления фармакологической (метадон) и нефармакологической (группы взаимопомощи и консалтинг) «поддержки» (всегда только возникает вопрос: поддержки чего — *зависимого* или *зависимости*?) вполне комфортно могут исповедовать оба означенных компонента токсико-психологической парадигмы, не разделяя их и формируя собственное и целостное токсико-психологическое понимание болезни, вполне адаптированное к их идеологии. Однако слабость данного направления заключается в том, что, решая (с той или иной долей успешности) вопросы **санитарии и социальной гигиены**, оно не в состоянии решать вопросы клиники — ни радикально, ни относительно более мягко. Тем более, стать ее полноценной альтернативой с высокой степенью дифференцированности терапевтического начала.

Вред такого решения очевиден: превращение врача-клинициста в гигиениста. Между тем понятно любому, что отработка этого и, безусловно, важного параметра никак не исключает высокотехнологичной специализированной медицины. Та или иная возможность «морозить» симптоматику при помощи, в общем, параклинических способов воздействия никак не стимулирует познавательный и прикладной аспекты клиники патологической аддикции, о чем свидетельствует не только тематика научно-практических форумов, но и сам уровень клинической подготовки специалиста-аддиктолога на Западе.

Несмотря на полную искренность и почти абсолютную клиническую честность, присущую лучшим представителям западной аддиктологической концепции, любая клиническая информация при этом всегда стремится быть интерпретирована ими в духе легитимизации метадона (и его аналогов), простейших форм налтрексоновых интервенций или абсолютизации социально и психологически ориентированных программ, что само по себе выглядит весьма знаково. Из средств психофармакологии признаются лишь антидепрессанты, ставшие модным и вполне рыночным аксессуаром психиатрических клиник (впрочем, вероятно, и не без определенного лоббирования, а может, из-за легкого и немного демонстративного ощущения «утомления» от безысходной скудости реально работающего психофармакологического арсенала?). Диагноз «депрессии», как говорится, по любому поводу (и чаще всего, опираясь на известные шкалы, не способные реально разделить синдром депрессии и симптоматический набор «плохого настроения») в настоящее время, однако, не ставит только ленивый. Не хочется однако здесь думать о недостатках *методологии* познания тонкостей своей профессии.

К сожалению, подобная методология все чаще начинает обсуждаться и обозначаться в качестве приоритета в отечественной практике. Клиницист, тем временем, прекрасно осознает, что болезнь при этом обречена быть «пущенной на самотек», вполне естественно демонстрируя спорадические варианты ремиссии и даже своего самоизлечения при дискретном и транзиторном вариантах течения (что зачастую и вполне обосновательно воспринимается как «успех терапии»). Клиника (в особенности при злокачественно протекающей болезни, где спонтанные ремиссии чаще отсутствуют), все же, востребует в значительно большей степени примат не относительно простой (симптоматической) функции коррекции (компенсации), а лечения, т.е. активного вмешательства в патогенетические механизмы болезни. Это, как понятно, — работа на уровне синдромакомплекса и нозологии, также вполне естественно определяющая стратегию клинического ведения аддиктивных больных. Возникающие же нередко современные споры ортодоксально мыслящих отечественных наркологов — противников метадона — и его апологетов при этом выглядят зачастую эмоционально, но беспредметно, поскольку, как показывает несложный анализ, идеологическая база как некий «источник аргументации» и тех и других, по сути, одинакова и, несмотря на интеллектуализацию, вполне единообразно задеиствует токсико-психологическую парадигму.

Недостатки подобного подхода очевидны. Они многократно анализировались нами ранее [3—5]. Транзиторные компоненты зависимого поведения (опьянение, синдром отмены, патологическое влечение) являются определенными фазами в структуре аддиктивной болезни (наркомании, токсикомании) на этапе ее клинической манифестации. Пьяное поведение — это отражение психического статуса аддиктивного больного, демонстрирующего разные фазовые болезненные состояния. Оно определяется этим психическим статусом, описание которого на уровне идентификации патологических знаков и стигм — задача психиатра, специализирующегося в области клинической наркологии.

Фаза клинической ремиссии при аддиктивной болезни (при дискретном варианте течения или в качестве терапевтического результата) не отрицает эпизодических интоксикаций, но не может сопровождаться актуализацией активной психопатологической симптоматики нарко-токсикомании — аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (наркодоминанты) [3, 4]. Кроме того, постоянно существует необходимость более тщательной идентификации патологических параметров наркодоминанты, абстрагируясь от примата факта опьянения как такового. Наличие или отсутствие опьянения, влечения к этому

опьянению (при существующих психологических их объяснениях или без таковых), синдрома отмены ПАВ в каждый конкретный отрезок времени (на момент клинического обследования), в целом и само по себе, слишком мало говорит об устойчивом болезненном характере наблюдаемого явления, его квалификационных характеристиках и особенностях, не реализуя, в конечном счете, функцию клинического прогноза — важнейшую в диагностике патологических процессов, склонных к длительному хроническому течению. Следовательно, эти параметры должны быть адекватно (без чрезмерного заострения их клинической значимости) представлены при технологической дифференцировке динамических фаз и этапов, а также дихотомическом разделении клинических форм, типов и вариантов течения аддиктивной болезни [3—5].

При этом, психоорганический синдром токсического генеза, будучи «сквозным», выражает в полной мере характер негативного компонента психического заболевания, которым, несмотря на логику токсико-психологического детерминизма, «де факто» является аддиктивная болезнь. Таким образом, он никак не может быть движущей ее силой, в окончательном виде определяющим все довольно разнообразные и, вместе с тем, одинаково узнаваемые (клишированные) проявления болезни. Последнее наглядно свидетельствует о приоритете психопатологического процессуального (по критериям К. Ясперса [32]) и нозологического [24] рассмотрения данной патологии, а не только лишь реализации его в рамках упомянутых выше токсикологических и психологизаторских рассуждений в известном стереотипе «стресс-диатез». К. Ясперс, напомним, определял психопатологический процесс как форму течения психических расстройств, характеризующуюся прогрессивностью и образованием психического дефекта. Психопатологические расстройства здесь не вытекают из особенностей личности больного, не являются их развитием. Это качественно новые явления, совершенно (и однотипно) изменяющие психический склад больного.

Сам по себе довольно давний спор клинических направлений и школ, противопоставляющих примат личностно-средового реагирования и логики процессуального развития психического расстройства (правильнее — психического заболевания), интересен и поучителен. Если в клинике «больших» эндогенных психозов здесь споров меньше, то в пограничной психиатрии, являющейся прямой зоной конкуренции клинической психиатрии и психологии за методологическое лидерство, такие споры присутствуют в избытке. Это также сегодня рельефно присутствует при изучении эндоформных психопатологических расстройств и состояний, в рамках которых вполне

правомочно рассматривать как химическую патологическую аддикцию в целом, так и наиболее клинически выраженный ее аспект — опииную наркоманию. Для квалифицированного психиатра, специализирующегося в области клинической наркологии, такой ракурс вполне очевиден и не вызывает каких-либо затруднений при внимательном и вдумчивом анализе болезненного контекста и присутствующей в его рамках клинической фактологии. Эндоформная картина здесь имеет всю необходимую фактуру психопатологического процесса. Таким образом, комбинация психопатологически идентифицируемых процессуальных проявлений на отмеченном конкурентном методологическом пространстве (имеется в виду методология клинического психопатологического анализа и ее отдельного (но не делимого!) блока — клинко-патопсихологического исследования, призванного *обслуживать* психиатрию, являясь ее гармоничной частью, но не яростно конкурировать с ней, чувствуя «собственную значимость» и отдаваясь в сторону более общих психологических методологических ценностных категорий) сегодня неизбежно сталкивается с оценочным блоком «личность — среда», «реакция личности — развитие личности».

Мы, однако, не склонны радикально противопоставлять методологические технологии, полагая, что все определяется уровнем *злокачественности психопатологии, изначально реализуемой как болезненный процесс*. Чем меньше этот уровень злокачественности, тем отчетливее выступают на первый план характеристики личности и особенности средового компонента. До определенного уровня клинической эволюции психопатологии и определенного этапа развития аддиктивной болезни, по всей вероятности, вполне возможно трактовать ее проблематику в ракурсе личностно-средового детерминизма, понимая, однако, зыбкость границ дебютирующего здесь эндоформного процесса (аддиктивной болезни). В противном случае высока реальность угрозы «проморгать» этот дебют и она должна активно сдерживаться достаточно высокой степенью ответственности специалиста как перед больным, так и перед социумом.

Поэтому клиническая реальность и бескомпромиссная **необходимость прогнозируемого успеха** в стойком подавлении **любых** проявлений патологической аддикции (являющейся, как известно, серьезнейшей биологической и социальной проблемой, проявляющейся в форме злокачественно протекающего психического заболевания) настоятельно заставляет пренебречь чрезмерной и ненужной *психологизацией* (как в «самообъяснениях» больных, так и в «рационализирующих» интерпретациях врача) [22]. Это всегда было для клинической психиатрии важнейшим требованием, как бы кто к этому ни относился. Здесь требуется сде-

лать особый акцент на **технологическом** аспекте клинической диагностики — выявлении знаков и описании синдромов активного поражения («позитивных»), сопровождающихся естественным в рамках законов общей патологии нарастанием «негативного» компонента психопатологического процесса. Данная логика рассуждений, надеемся, в полной мере понятна квалифицированному психиатру. *Стойкий характер болезненного поражения (целостная структура хронической психической болезни), закономерности динамического порядка, анализ клинической эволюции позитивной и негативной симптоматики (включая ведущий механизм воспроизводства психопатологии аддиктивной болезни в его прогрессивном развитии), безусловно, требуют психопатологической конкретики, предъявляемой через изучение феноменологии аддиктивной болезни.*

Следовательно, **психопатологическая диагностика** аддиктивной болезни, формируя важный аспект **медицинской технологии**, неизбежно приобретает функцию приоритетной. Она нуждается в опоре на *тщательное описание и точную психопатологическую квалификацию клинической феноменологии* — традиционный метод познания в отечественной клинической психиатрии [21, 25, 28]. В особенности это касается тех феноменов патологической аддикции, которые прямо или косвенно никак не могут быть целиком интерпретированы посредством токсикологического и (или) психологического инструментов познания природы болезни.

Таким образом, для понимания природы «*неправильного*» аддиктивного поведения как болезненной модели востребована более точная *психопатологическая квалификация, оформляющая синдромологическую психопатологическую архитектуру аддиктивной болезни*. Психопатологическая диагностика способна вскрыть эту природу заболевания, объективно отображая основные движущие его болезненные механизмы. При этом логика развития болезни становится понятнее. Этого можно достигнуть только при анализе (в динамике) психического статуса больного. Именно таким способом можно прийти к более точному пониманию психопатологических механизмов реализации феноменологии аддиктивной болезни.

Весьма показательным в картине патологической аддикции является феномен «псевдоабстиненции», хорошо известный практикующим психиатрам-наркологами. Он давно упоминается в классических изданиях, посвященных клинике нарко-токсикомании [17—19]. Наиболее рельефно он представлен в клинике опиоидной наркомании [20]. Тем не менее, его феноменологическое препарирование на должном уровне до сих пор не выполнено, что, с одной стороны, оставляет серьезный пробел в понимании важных

болезненных характеристик, с другой, — оставляет пространство для ненужных спекуляций. Как мы упоминали ранее [3], *клиническая наркология не требует «простых» и «понятных объяснений», касающихся тех или иных проявлений клиники, но особенно нуждается в точных квалифицирующих оценках феноменологии, каковые способен предъявить только психопатологический анализ, выполненный на требуемом клиническом уровне. Объяснение, будучи рационально-субъективным, заметно уступает в своей клинической значимости квалификации, которая способна объективно отражать на достигнутом уровне знаний качество и природу патологического явления.*

Продолжение в следующем номере

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 286 с.
2. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 33—42.
3. Благоев Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
4. Благоев Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
5. Благоев Л.Н. Психопатологический феномен «доступности» при наркологическом заболевании и его дифференциально-диагностическое значение // Наркология. — 2009. — №8. — С. 86—97.
6. Гиляровский В.А. Психиатрия. 4-е изд.-е. — М.: Медгиз, 1954. — С. 520.
7. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
8. Демина М.В. Нарушения нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2005. — 35 с.
9. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии: клинико-патогенетические зависимости. — М.: Медицина, 1965. — С. 326.
10. Иванец Н.Н. (ред.). Руководство по наркологии в 2 т. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т.1. — 440 с., Т. 2. — 504 с.
11. Менделевич В.Д. (ред.). Руководство по аддиктологии. — М.: Речь, 2007. — 768 с.
12. Морозов Г.В., Боголепов И.Н. Морфинизм. — М.: Медицина, 1984. — С. 175.
13. Морозов Г.В., Рожнов В.Е., Бабаян Э.А. (ред.). Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — 430 с.
14. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройств общего чувства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 22 с.
15. Найденова Н.Г. Компульсивное влечение в клинике наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 142 с.
16. Погосов А.В. Опийные наркомании. — М., 1998. — 188 с.
17. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина, 1971. — С. 392.
18. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л., 1975. — 334 с.
19. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина, 2008. — 638 с.
20. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина. — 2002. — 252 с.
21. Рыбальский М.И. Бред. — М.: Медицина, 1993. — С. 367.
22. Рыбальский М.И. Иллюзии и галлюцинации. — Баку: Маариф, 1983. — С. 303.
23. Сиволап Ю.П. Постановка вопроса об особой психопатологии опиоидной зависимости // Наркология. — 2006. — №5. — С. 51—53.
24. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. — Валдай, 1970. — 178 с.
25. Снежневский А.В. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 т. — М.: Медицина, 1983.
26. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1956. — 346 с.
27. Табакофф Б., Хоффман П.Л. Нейробиологические эффекты алкоголя / Пер. с англ. // Вопросы наркологии. — 2003. — №5. — С. 27—42.
28. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 т. — М.: Медицина, 1999.
29. Шумский Н.Г. Токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — С. 250—341.
30. Эглитис И.Р. Сенестопатии. — Зинатне, 1977. — 184 с.
31. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2001. — 327 с.
32. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — С. 1053.
33. Maremmani I. The principles and practice of methadone treatment. — Pacini Editore Medicina. — 2009. — 77 с.

PSYCHOPATHOLOGIC STRUCTURE OF «PSEUDO-ABSTINENCE» PHENOMENON IN ADDICTIVE DISEASE CLINIC (ON OPIOID ADDICTION CLINICAL EXAMPLE)

BLAGOV L.N. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow, Russia

Clinical diagnosis in addictive disease reflecting actual understanding of addictive problems as complex somatic, psychic and behavioral disorder is operating mainly with toxic-metabolic and psychological estimation level. However, wide spectrum of disorder signs shows too easy clinical picture without required distinctness and diagnostic accuracy. This is not allows to make precision diagnosing with its main function of clinical prognosis. It is important clinical topic because of addictive disease is a form of chronic psychopathological process. Thus, clinical description of «pseudo-abstinence» phenomenon is important issue in order to obtain better knowledge of clinical structure and dynamic parameters in addictive illness (opiod dependence and addiction as example) with forming of its therapeutic strategic aspects.

Key words: pseudoabstinence, psychopathology, addictive behaviour, clinical knowledge