

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

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., зав. кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО 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, предъявляются 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

Определение понятия

Понятие псевдоабстиненция при аддиктивной болезни (опиоидной зависимости) включает в себя характерный комплекс острых соматовегетативных и психопатологических проявлений, клинически схожих с таковыми при синдроме острой отмены психоактивного вещества (ПАВ), вызвавшего зависимость, имеющих транзиторный характер и отмечающихся в фазу формирования ремиссии.

Актуальность исследования темы

Актуальность психопатологической квалификации клинической феноменологии аддиктивной болезни для клинической наркологии как важной психиатрической субспециальности обусловлена потребностью в преодолении доминирующих токсико-психологических тенденций ее понимания. Это требует описания и оценки наиболее рельефно представленного в клинике патологической аддикции психопатологического субстрата. Яркой иллюстрацией этого является известный феномен «псевдоабстиненции». В специальной литературе он ассоциируется преимущественно с наиболее злокачественно протекающими формами нарко-токсикомании, в полной мере демонстрируя здесь свои характерные клинические особенности. Не составляет труда убедиться, что именно опиоидная зависимость является наилучшей клинической моделью для изучения данного феномена, поскольку представлена всеми

формами злокачественности (малой, умеренно-выраженной, тяжелой) и в наибольшей степени реализует всю психопатологическую палитру аддиктивной болезни [3, 4]. В силу определенных обстоятельств, характеризующих проявление аддиктивной болезни и самой организации работы с больным, данный феномен не является частым клиническим описанием в историях болезни наркологических ЛПУ. Мы, формируя собственный аспект клинической работы с наркозависимыми в рамках программы длительного клинического наблюдения и лечения аддиктивного больного, включающей как стационарный, так и амбулаторный компоненты (с элементами мониторинга и активного патронажа), могли так или иначе проследить наиболее манифестные проявления «псевдоабстиненции» с ее более или менее подробным анализом приблизительно лишь в каждом десятом клиническом случае из всего числа собственных наблюдений. Это, тем не менее, никак не влияет на клиническую значимость феномена, а всего лишь предполагает более тщательную и более продуманную организацию клинического психиатрического ведения всех форм аддиктивной болезни.

Таким образом, клинический феномен «псевдоабстиненции» рассматривается как комплексное расстройство, имеющее в своей структуре проявления алгического, нейровегетативного и психопатологического ряда [17, 18, 19]. Важно понимать, что здесь токсикологические критерии оценки не реализуются в полной мере ввиду фактического отсутствия непосредственно предшествующей манифестирующей клинической картине интоксикации ПАВ и, соотве-

* Продолжение. Начало см. Наркология. — 2010. — №3.

тственно, отсутствует начальная фаза синдрома отмены ПАВ — посттоксическая. Вместе с тем, особо следует отметить именно психопатологический его компонент, полагая, что все остальные параметры в той или иной степени имеют свой психопатологический детерминизм и, если применить психоаналитическую терминологию, демонстрируют свое конверсионное начало. Традиционным является соотнесение феномена «сухой ломки» (жаргонное определение псевдоабстинентных проявлений) и расстройств настроения, которые присущи аддиктивной болезни (опийной наркомании). Чаще всего говорят о «депрессии», тревожном аффекте, патологическом влечении к интоксикации (в варианте компульсии или пароксизма), связывая эти компоненты психического статуса больного с рассматриваемым феноменом. Наиболее психопатологически выверенным элементом существующей в литературе трактовки феномена представляется квалификация явлений «аффективной деперсонализации», описываемой при анализе психопатологической структуры внутренней картины болезни и доминирующего обсессивно-компульсивного характера патологического влечения у аддикта [8].

Мы, тем не менее, должны особо отметить важность четкого понимания следующих клинических положений. *Характерный идентично узнаваемый психопатологический комплекс* и сопутствующие ему *соматовегетативные* знаки, возникающие вне четкой и непосредственной связи как с токсикологическими параметрами, так и с внешними (средовыми) обстоятельствами, делают, помимо токсикологического, в равной степени неактуальным также компонент психологического его объяснения. Кроме того, попытки психологические толкования клинической феноменологии всегда апеллируют к достаточно большому разнообразию проявлений *реактивного* порядка, обусловленного *средовым* фактором по сценариям *личностно* детерминированной *возбудимости* и *истероформности*. В данном случае мы, полагая наличие нетронутой болезнью преморбидной психопатии (кстати, далеко не обязательный атрибут в дебюте наркомании) истеро-возбудимого или астено-ипохондрического круга в качестве стержневого статусного компонента (что при наркомании если и может быть, то либо в самом дебюте, либо при ее вялом и «непсихопатологическом» течении, а также в ее исходе, когда мы фактически имеем дело с уже *нажитым постпроцессуальным аддиктивным дефектом*) должны иметь возможность видеть довольно большое количество переменных, которые теоретически (если следовать данной логике) должны давать большое многообразие своих проявлений. На практике *такого не происходит ни по одной из перечисленных позиций*. В первую очередь, в силу клинических особен-

ностей самой наркомании и особенностей ее динамического развития. При этом вся обозначаемая здесь симптоматика, будучи в своих синдромологических проявлениях весьма однообразно узнаваемой и клишированной, укладывается лишь в несколько характерных картин, позволяющих говорить не об их мультивариантном разнообразии, а о клинических (в первую очередь, психопатологических) особенностях и закономерностях их генерации и воспроизводства. Здесь, следовательно, отмечается лишь возможность психиатрической дихотомии внутри психопатологического синдромологического образования, транзиторно присутствующего в структуре «больших» облигатных психопатологических синдромов, образующих аддиктивный доминантный психопатологический комплекс (наркодоминанту). Поэтому понятно, что в данном случае феномен «псевдоабстиненции» имеет клиническое обличье простого транзиторного психопатологического синдромального образования. Он поэтому способен демонстрировать свои структурные компоненты, отображаемые дисфункцией элементов психического статуса, их динамическое и эволюционное проявление. Также здесь может быть представлен ведущий клиничко-психопатологический механизм наркодоминанты (обсессия, компульсия, автоматизм, стереотипия) с их ведущими компонентами: сенсорным, идеаторным, моторным. Это в любом случае означает, что отмеченные выше токсико-психологизаторские подходы к толкованиям клиники аддиктивной болезни, несмотря на их «понятную» логику в попытках «объяснить» те или иные содержательные стороны феномена, не могут представить более или менее точные формулировки на уровне требуемой *квалификации*, которая *лежит в основе клиничко-психопатологических определений и понятий*. При условии, конечно же, что исследователь патологии, обладая необходимым уровнем профессиональной подготовки, видит перед собой такие задачи.

В одинаковой степени клинически неубедительным в данной связи выглядит тезис о *патологическом влечении*, эквивалентом которого часто (и априори) называют изучаемый комплекс, что происходит именно в силу упрощения и недостаточно дифференцированного понимания обоих отмеченных элементов статуса больного (феноменологии «псевдоабстиненции» и клинической атрибутики патологического влечения), с предъявлением очень расплывчатых *симптоматических* характеристик на уровне их якобы «логичного» и «понятного» объяснения. В первую очередь, речь идет о недостаточно психопатологически выверенных трактовках основных механизмов патологического влечения, критическому рассмотрению которых мы уже уделяли внимание [3—5]. Здесь вновь приходится сталкиваться с моделью упрощен-

ного и механистического понимания сложной клинической ситуации. Это, в итоге, также не дает возможности точной и всесторонней клинической ее оценки.

Кроме того, требуют уточнения (именно с точки зрения клинической полноты) традиционные характеристики *стадийности* (в нашем понимании — этапности) в отражении динамики аддиктивного заболевания. Среди этих характеристик традиционно ведущую роль играют отмеченные выше параметры гомеостатического порядка (измененная реактивность, органный и церебральный патология), где наличие или отсутствие сформированной физической зависимости (синдрома отмены) всегда рассматривается как характеристика нового качества болезни (переход первой стадии во вторую). Здесь, однако, остаются также безусловно востребованными значительно более полные психопатологические характеристики аддиктивной болезни структурно-динамического порядка, когда не столько значимы метаболические параметры толерантности, но решающей становятся оценка *доминирующего уровня клинического поражения* и идентификация *ведущего психопатологического механизма* реализации психопатологии аддиктивной болезни. Понятно, что подобный уровень понимания патологии может стать реальностью только при феноменологическом рассмотрении проблемы, дающем возможность системного толкования и понимания аддиктивной болезни в ее клиническом своеобразии и общепатологическом единении (с возможностью сопоставления и дифференцировки) в ряду других хронических болезненных процессов.

По этим причинам в значительно большей степени востребована более развернутая и более дифференцированная *квалификационная* психопатологическая характеристика феномена «псевдоабстиненции». Последнее позволяет более точно определять уровень психического поражения и более осмысленно формировать терапевтический комплекс, учитывая уровень клинического поражения психики.

Материалом для изучения послужил 41 больной с опиоидной зависимостью мужского пола в возрасте от 17 до 54 лет в процессе динамического клинического наблюдения. Длительность опиоидной зависимости составила от 1,5 до 23 лет. У всех обследованных больных синдром отмены опиатов, диагностируемый в соответствии с МКБ-10, был сформирован.

В настоящем исследовании синдром отмены опиатов рассматривался в его двухфазном динамическом проявлении. Первая фаза: *посттоксический дистресс* с соматической, неврологической, вегетативной, алгической и психопатологической картиной (длительностью до 3—5 дней), где преобладающими являются расстройства, обусловленные характером и интенсивностью предшествующей отмене ПАВ ин-

токсикации. Она отражает тяжесть посттоксического состояния в рамках генерализованной реакции организма, поэтому здесь психопатологический аспект (его разнообразие) представлен как расстройство второго плана по отношению к соматическим и нейровегетативным компонентам статуса. Психопатология первой фазы синдрома отмены реализуется функцией нарушения сознания (как правило, начальных его проявлений на уровне обнубиляции и относительно редко достигающих степени оглушения). Кроме того, здесь доминируют посттоксические психоорганические расстройства и реакции. Это, однако, не уничтожает полностью психопродуктивный и негативный компоненты психопатологического процесса (аддиктивного психопатологического доминантного комплекса), на фоне которого, собственно, отмечается посттоксическая дефицитарная симптоматика.

После устранения основных посттоксических расстройств наблюдалась вторая фаза: *собственно опийный абстинентный синдром*, характеризующийся развитием психопатологической активности синдромов аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (наркодоминанты) с драматическим обострением симптоматики патологического влечения к опиатам (продолжительностью до 3—4 недель). У опийных наркоманов посттоксический компонент синдрома отмены, демонстрируя *нозологическое* своеобразие, уже сразу представлен, как известно, более выраженным психопатологическим компонентом в форме тревожного психомоторного возбуждения, а также выраженным алгическим и нейровегетативным компонентами. Тем не менее, общая структура синдрома отмены в полной мере соответствует структуре опийной его разновидности. Это говорит лишь о том, что в сравнении с другими видами химической зависимости (*dependence*) здесь преобладание психопатологического радикала безусловно выше, что и реализуется уже на вполне метаболическом феноменологическом уровне — в первой фазе синдрома отмены (не говоря уже о безоговорочном и мощном доминировании психопатологии во второй его фазе).

Таким образом, продолжительность синдрома отмены опиатов у обследованных больных составила до 4—5 недель. По истечении указанного срока на фоне положительной фазовой динамики болезни, в период неустойчивого равновесия [17, 19], отмечалось начало формирования клинической ремиссии.

Главный метод исследования — клинко-психопатологический. Вся терминология, используемая нами в настоящем материале для описания наблюдавшейся и анализировавшейся клинической картины, формулируется как *клинко-психопатологическая* и несет в себе именно такой смысл, понятный клини-

цисту-психиатру. *Психологические* терминологические аналоги описаний и терминов (в их схожем семантическом и лексическом терминологическом исполнении) в данном материале *не рассматриваются*.

В большинстве случаев клинические проявления «псевдоабстиненции» наблюдались у больных непосредственно в период их пребывания в клиническом отделении или на амбулаторном приеме, а также проводилась ретроспективная психопатологическая оценка объективных анамнестических сведений и собственных интерпретаций больных. Во всех случаях перед развитием признаков «псевдоабстиненции» опиоиды и другие ПАВ больные не принимали в течение нескольких недель.

Общая психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции»

Целостная психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции», изучаемого у больного опийной наркоманией, представляет собой *транзитный комплекс* (фазу) *простого синдромального уровня* («малый» транзитный психопатологический синдром) в форме *приступа*, наблюдавшийся на выходе из фазы абстинентного синдрома и в начальном периоде становления ремиссии. То есть речь идет о состоянии неустойчивого равновесия [19], когда ремиссия еще не сформирована. Вместе с тем, из анамнестических сведений, получаемых от больных и членов их микроокружения, известно, что подобный характер расстройств больные переживали на фоне длительного воздержания от опиатов. Подобная ситуация, однако, не позволяет сделать безапелляционного заключения о наличии в данный момент времени состояния клинической ремиссии, требующей своего подтверждения не только трезвостью, но и статусными показателями психической стабилизации (т.е. параметрами, демонстрирующими снижение и нивелировку патологической активности наркодоминанты). Кроме того, наличие «сухой ломки» в картине болезни (даже как фазовое расстройство) само по себе не может трактоваться с точки зрения клинического благополучия. Это — одно из доказательств приоритетной востребованности более точного психопатологического обозначения состояния ремиссии, ее клинико-психопатологических границ и динамических характеристик.

В последнее время в психиатрии, ориентированной на достижение реальных результатов, все чаще высказываются сомнения в качестве существующих клинических приоритетно рассматриваемых критериев ремиссии при хроническом психическом заболевании. Более того, некоторая неконкретность и размытость (не в книжно-абстрактном, а реально-прикладном измерении) критериев психопатологической ни-

велировки и достижения больным определенного равновесного адаптивного состояния на фоне той или иной процессуальной динамики заставляет все чаще рассуждать о неких «социальных» критериях ремиссии. Клиническая наркология, несмотря на очевидно востребованный высокий уровень психопатологической грамотности как залога успешного препарирования клиники патологической аддикции, тем не менее, являет собой пример довольно лапидарного предъявления клинко-психопатологической картины активной болезни. Это обязывает означенную медицинскую дисциплину быть довольно строгой в своих требованиях к обозначениям и квалификациям болезненных проявлений. В данном контексте все токсико-психологические рассуждения в рамках рассмотрения неких *социальных* критериев ремиссии при психическом заболевании — пустой звук, поскольку здесь абсолютно очевидно, что *без наличия факта клинической ремиссии говорить о каких-либо социальных ее критериях бессмысленно и непрофессионально*. Попутно стоит отметить, что в наркологии так называемая вынужденная ремиссия, столь часто упоминаемая среди перечня фиксируемых у больных вариантов ремиссии, относится к категории вполне надуманных конструкций и, с точки зрения клинко-психопатологической феноменологии, является нонсенсом. Эти положения следует понимать, по крайней мере, как важные для клинической наркологии и аддиктологии. «Большая психиатрия», рассуждающая о приоритете социальной адаптации и социологических критериях ремиссии у душевнобольных, как известно, демонстрирует относительно небольшие возможности радикальной терапии психозов и значительную выраженность постпсихотического дефекта. Нам, однако, и в данном контексте представляется весьма рискованным такое отдаление от клинической реальности, что может в итоге вообще «растворить» психиатрическую часть работы с больным и «отправить» данный контингент больных или в общеклиническую практику, или в социальные службы. Эти проблемы, между тем, уже, так или иначе, *de facto* присутствуют в наркологии [4]. Поэтому мы с определенной тревогой наблюдаем, как наши коллеги, работающие в области «большой психиатрии», в угоду неким конъюнктурным соображениям (ошибочно толкуемым как модернизированный современный уровень понимания проблемы) имеют опасность «наступить на те же грабли», что в свое время случилось в наркологии. У последней, однако, есть определенная доля оправдания: наркология пока еще полностью не обрела свой психиатрический статус, несмотря на отдельные усилия клиницистов-психиатров, оставаясь в полной мере мультидисциплинарной проблемой в силу понятных и отмеченных выше в данном материа-

ле обстоятельств. *Клиническая наркология* как медицинская лечебно-диагностическая часть наркологии, конечно, не может находиться вне психиатрического методологического поля, на чем мы уже давно настаиваем. Клинические феномены аддиктивной болезни, будучи рассмотрены сквозь призму психопатологии, демонстрируют психиатрический примат диагностики и лечения, что, на наш взгляд, и следует считать прогрессом науки, но никак не низведение проблем зависимости в соматопсихологический аспект. Это касается как штучной наркологии «высших достижений», так и методологии, ориентированной на «массовое» применение. В противном случае нас неизбежно ожидают упрощенные и популистские в своей сути массовые «программы поддержки» и возможность получения высококвалифицированной специализированной помощи только лишь для единиц.

Опираясь на обозначенные выше и, в целом, хорошо известные принципы клинической дихотомии, требуется оценить клинико-динамические параметры опийной наркомании на уровне ее феноменологических проявлений. Таким образом, феномен «псевдоабстиненции» может и должен быть рассмотрен в контексте клинического *обострения* аддиктивного заболевания. Как показал анализ характера расстройства на нашем клиническом материале, несмотря на полиморфизм жалоб больных и схожую с острой симптоматикой синдрома отмены опиатов картину, имитирующую алгическую и соматовегетативную составляющие, во всех случаях ведущим являлся *психопатологический* компонент. Все функции психической деятельности демонстрировали нарушения и свою патологическую стигматизацию с общими характеристиками, описываемыми нами как психопатологическая семиотика и синдромология аддиктивной болезни в ее эволюционном аспекте, с «позитивным» и «негативным» психопатологическим спектром [3, 4].

Психопатологическая картина «псевдоабстиненции» у больных с опиоидной зависимостью проявлялась выраженными расстройствами основных функций психики: сознания, мышления, аффективной, волевой, поведенческой [3, 4]. Общими были следующие статусные характеристики:

- состояние *сознания* психопатологически квалифицировалось как *измененное* и на высоте приступа могло достигать степени *суженного*;
- *аффективный* компонент характеризовался тревожным или гневливым возбуждением, определявшим кататимный, фиксированный характер мышления, структура которого манифестно демонстрировала симптоматические и синдромологические формации психопатологического комплекса *наркоманической доминанты*;

- со стороны *волевой сферы* отмечены *импульсивность* и *негативизм* — компоненты наркоманической парабулии.

Все указанные элементы формировали особый поведенческий паттерн, который во многом определялся степенью выраженности и характером психопатологического расстройства.

Результаты

Результатом клинического анализа психопатологической картины феномена «псевдоабстиненции» стала идентификация четырех его ведущих клинко-психопатологических вариантов, включая особые характеристики его сенсорного компонента. Данная идентификация отображает именно феноменологические психопатологические характеристики исследуемого клинического проявления аддиктивной патологии (опиоидной зависимости) без их более полного корреляционного препарирования, что может являться объектом более масштабного клинического исследования.

Обсессивный вариант феномена «псевдоабстиненции» при опиоидной зависимости наблюдался у 13 больных (32% случаев). При данном варианте отмечены следующие его клинические характеристики.

Возраст больных, у которых отмечен описываемый клинический вариант, составил от 17 до 25 лет. *Давность* болезни при этом составила от 1,5 лет до 4 лет. Среди *преморбидных* характеристик личности у 5 больных (38,5% из рассматриваемой подгруппы) анамнестически отмечены признаки дизонтогенеза неглубокой степени выраженности (преимущественно тип Аспергера и тип В.В. Ковалева [4]). В преморбиде у шести больных (46,2% от числа больных рассматриваемой подгруппы) отмечен невыраженный *психоорганический* компонент в форме минимальной мозговой дисфункции (4 больных — 30,8%) и резидуальной природы (2 больных — 15,4%). Оценка *личностной акцентуации* в преморбиде с признаками неустойчивости и психического инфантилизма отмечена у 7 больных (54% из числа больных рассматриваемой подгруппы).

Особенности клинической динамики у данной подгруппы позволяли зафиксировать формации относительно малой злокачественности, когда паттерн наркотизации не предполагал тяжелых токсических и посттоксических состояний, а суточные дозы опиатов и опиоидов оставались на относительно невысоком уровне. Клинические характеристики психической дисфункции также демонстрировали малую прогрессивность, долгое время оставаясь на одном уровне. Возможность спонтанных и терапевтических ремиссий появлялась относительно быстро. Таким образом, манифестные проявления наркомании отражали преи-

мужественно дискретный вариант течения опиоидной зависимости [4].

Клиническая картина синдрома отмены у данной подгруппы демонстрировала следующие особенности. Фаза постинтоксикационных расстройств синдрома отмены опиатов не выявила выраженных расстройств на уровне посттоксического дистресса. Преобладающими характеристиками данной фазы являлись посттоксическая астения, слабая выраженность или невыраженность алгического и вегетативного компонента. В фазе собственно абстиненции (после купирования посттоксических расстройств, когда на первом плане находятся психопатологические расстройства наркодоминантного комплекса и, в первую очередь, симптоматика патологического влечения к опиатам) в исследованной подгруппе можно было отметить, что психопатологический компонент собственно абстиненции не выходил за рамки астенического и аффективного регистров. Длительность второй фазы синдрома отмены составляла 7—10 дней. На уровне поведенческого паттерна отмечалось доминирование параметров, определяемых преморбидной структурой личности и особенностями средового компонента.

Феномен *псевдоабстиненции* в исследуемой подгруппе характеризовался своим постепенным развитием на протяжении нескольких часов. Он развивался на фоне внешнего относительного благополучия и отсутствия каких-либо заметных отклонений в психическом состоянии больных. Вместе с тем, можно было все же проследить некоторую нарастающую лабильность настроения, повышенную рефлексивность на относительно малозначимые раздражители, определенное нарастание общей тревоги, ухудшение сна в последние 2—3 ночи, усиление чувства утомляемости, усталости, легкой раздражительности, безразличия к своему состоянию и собственным перспективам. Окружающая обстановка, обязанности (семья, работа, учеба) для больных становились еще менее значимыми. Также можно было отметить нарастание тех или иных ситуационных проблем, связанных, как правило, с какими-либо бытовыми или семейными неурядицами и конфликтами.

Развитие картины «псевдоабстиненции» не достигало даже на своем пике психотического уровня. Оно сопровождалось следующими клиническими признаками, вытекающими из характеристик психического статуса больного. Сознание квалифицировалось как *измененное*. Клинические признаки нарушенного и помраченного сознания отсутствовали. Со стороны функции мышления отмечено преобладание аффективно детерминированных его «предустановок», определяющих усиление активности чувственного и образного его структурно-видовых компонентов над

логическим. Общее усиление возбуждения также выражалось в активизации и определенном периодическом доминировании таких структурных элементов познавательной функции мышления, как ощущения и восприятия. Вместе с тем, представления и понятия, отражая образный и интерпретативный компоненты познавательной функции мышления, в том числе на уровне логических построений, демонстрировали свое вполне заметное присутствие в его структуре. Тем не менее, мышление все же не демонстрировало характеристик своей целостной внутренней гармонии. Оно имело ускоренный темп, не достигающий, однако, скачки мыслей, и заметно модифицировалось преобладающим тревожным аффектом. По структуре на пике приступа оно приобретало еще более аморфный характер, отмечались отвлекаемость, затрудненность фиксации внимания. Несмотря на это, при настойчивом обращении больные могли достаточно свободно фиксировать внимание и вполне хорошо и правильно понимали обращенную к ним речь. Контакт, между тем, оставался недостаточно продуктивным, ответы на задаваемые вопросы не были подробными и исчерпывающими. Они, скорее, носили формальный характер, поскольку внимание, все же довольно быстро вновь фиксировалось на своих ощущениях и тревожных ожиданиях. Последние, в первую очередь, касались своего физического благополучия и попытки понять причины его ухудшения. Отмечались постоянное возвращение мыслей к негативным сторонам своего физического и психического (точнее — психологического) состояния, беспокойство по поводу некоей утраты «душевного равновесия» (что в данной группе являлось важным клиническим наблюдением и отсутствовало в других исследованных подгруппах). Больные становились ипохондричными, многословными, неусидчивыми. Вместе с тем, традиционный для синдрома отмены опиатов алгический компонент в жалобах больных отсутствовал, подменяясь неким трудно вербально передаваемым ощущением какого-то довольно неопределенного общего недомогания и, скорее, не физического, а морального страдания. Содержательная сторона мышления у больных данной подгруппы отображала сформированные аддиктивной болезнью и характерные для нее доминантные построения на уровне идеаторного компонента аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (феномены абсолютной анозогнозии и легитимации наркотизма) в их инициальных клинических проявлениях [3]. Плохое самочувствие на пике приступа «псевдоабстиненции» в высказываниях больных не находило связи с наркотиками и с имевшим место ранее злоупотреблением ими, хотя подобная взаимосвязь активно не отрицалась. Больные данной подгруппы вообще не стремились говорить о наркоти-

ках. Эта тематика заметно усиливала их раздражение. Наряду с этим, отмечалось не просто желание, но и самостоятельное стремление больного, ищущего собеседника, общаться с врачом.

Возможность диалога с больным, довольно успешные попытки отвлечь его от тягостных переживаний, возможность переключения на другие темы позволяют говорить о доминирующем *обсессивном* характере переживаний. Влияние тревожного настроения на мышление несколько более рельефно демонстрировало свои «количественные» характеристики и в меньшей степени было «качественным». Особо следует отметить, что тревожное настроение не приобретало в большинстве случаев характеристик острого аффективного переживания, ограничиваясь в большей степени «фоновыми» значениями с элементами периодического усиления и ослабления. Демонстративность высказываний и поведенческих реакций у больных описываемой подгруппы имела незначительную выраженность или практически отсутствовала. Можно также отметить, что у больных данной подгруппы подавленное настроение во многом было связано с теми или иными предшествующими развитию приступа «псевдоабстиненции» психотравмирующими (в той или иной, даже не слишком значимой, степени или попросту искусственно увязанными) ситуациями, демонстрируя качественную природу ситуационной реакции *астенического* характера. *Волевая* функция у обследованных больных демонстрировала начальные проявления наркоманической парабулии. Психопатологические мотивации наркотизма у больных данной подгруппы сформированы. Вместе с тем, искажения побуждений и целостного мотивационного ряда (как уровневое, так и качественного нозологически детерминированного порядка), свойственные выраженным болезненным аддитивным формациям и развивающиеся системно, здесь не проявляются.

Сенсорный компонент «псевдоабстиненции» у больных описываемой подгруппы феноменологически определяется нами как *сенсорная обсессия*. Ссылаясь на типологию М.И. Рыбальского [22], данный феномен можно отнести к более общим элементам переживания болезни (в том числе и психологического порядка), фактически и первично комплекующим *обсессивный синдром*, являющийся уже более целостным психопатологическим феноменологическим образованием. В данном случае сенсорная обсессия, все же, не представляет собой некий самостоятельный психопатологический признак в ряду развернутых сепестопатических проявлений, описываемый, как правило, у больных с психотическим уровнем расстройств. Относительно слабо выраженная аффективная окраска не провоцирует драматического и ре-

шающего проявления четко выверенной наркоманической фабулы (существующей здесь в фазу наибольшей выраженности манифестных проявлений аддитивной болезни на уровне сверхценности), а собственная трактовка больного своих переживаний выглядит довольно аморфно и заметно поддается временной психологической коррекции. При этом важно отметить присутствие выраженного психопатологического компонента индуктивного порядка (статус индуцируемого в результате аддитивной психопатологической индукции), когда симптоматика «псевдоабстиненции» не формирует свой аутохтонный (самодостаточный и самовоспроизводящийся) уровень в полной мере (способный сам быть индуктором). В поведении можно зафиксировать управляемость, отсутствие импульсивных действий (свидетельство «некомплектной» наркоманической парабулии) и демонстративности, достаточную возможность уже отмеченной словесной коррекции на психологическом уровне.

Болезненное влечение к интоксикации, будучи проявлением симптоматического ряда, переживаемого как потребность в приеме наркотика, у данной группы больных даже на фоне обострения психомоторного возбуждения не идентифицировалось как клинический монопризнак, со своим четко очерченным сенсорным и идеаторным представительством. Он, скорее, вплетался в комплекс общего психоэмоционального недомогания, не демонстрировал четкую образную характеристику, ограничиваясь общей сенсорикой «внутреннего неблагополучия» и неконкретной потребностью в наркотике как в «понятном» и достаточно «действенном» средстве устранения этого недомогания. Таким образом, его качественное присутствие в клинической картине, в общем обязательное при любой экстацербации и дестабилизации психического статуса больного наркоманий, соответствовало общим уровневым статусным характеристикам большинства психических функций, описываемых и исследуемых как компоненты психического статуса. Данный уровень патологических переживаний наркомана характерен для компонентов психопатологического аддитивного доминантного комплекса у больных, демонстрирующих неврозоподобный уровень психической патологии при опиоидной зависимости [3, 4]. Доступность больных данной подгруппы характеризовалась как неполная [5].

Постепенная редукция манифестных проявлений феномена «псевдоабстиненции» наступала в течение 2—3 ч самостоятельно и практически без назначения сильнодействующих седативных терапевтических средств. Окончательно клиника «псевдоабстиненции» у больных описываемой подгруппы редуцировалась в течение нескольких часов. Память на все события в

период фазового обострения патологической картины аддиктивной болезни во всех случаях сохранялась в полном объеме.

Таким образом, особенности клинической картины в представленном психопатологическом описании позволяют сделать некоторые обобщения. Особенности аффективного компонента (умеренная тревога, эмоциональная лабильность), доминирующий *обсессивный* уровень воспроизводства психопатологии, отсутствие значительных нарушений мышления, не выходящих за рамки сверхценного уровня, отсутствие клинически диагностируемой аффективно детерминированной деперсонализации говорят об относительно невыраженном проявлении феномена «псевдоабстиненции». Это, в целом, является достаточным свидетельством доминирования *неврозоподобного* клинического уровня психопатологии, что в данном случае может быть признаком течения опиоидной наркомании с *наименьшим клиническим уровнем злокачественности*. Вместе с тем, характерным признаком здесь является значительное влияние особенностей личностного реагирования, детерминированного средовым фактором.

Мы полагаем, что данный тип феномена, отражая клинические признаки ухудшения психического состояния аддиктивного больного, является, тем не менее, наиболее благоприятно протекающим вариантом «псевдоабстинентного» симптомокомплекса при формах малой злокачественности опиоидной зависимости.

Итак, обобщенными клиническими характеристиками обсессивного варианта «псевдоабстиненции» при опиоидной зависимости служит ряд ее проявлений:

1. Развитие симптомокомплекса постепенное, на протяжении нескольких часов, на фоне общего относительного благополучия;
2. Начало — проявлениями повышенной астенической рефлексии, раздражительности;
3. Нарастание возбудимости, ускорение темпа психических процессов;
4. Аморфность мышления, затрудненность фиксации внимания, быстрая отвлекаемость. Влияние тревожного настроения не определяет основные его фабульные установки и не изменяет грубо функциональный уровень. Выраженная кататимия отсутствует;
5. «Псевдоабстинентное» расстройство не достигает высокой степени своей генерализации, демонстрируя клинические характеристики обсессивного синдрома как ведущего клинического механизма психопатологического воспроизводства;
6. Патологическое влечение, отражая психопатологическую структуру сформированного аддиктивного доминантного комплекса, на пике «псевдоабстиненции» не моделирует обязательное и неизбежное наступление факта наркотизации;

7. Коррекция психотерапевтическая, ситуационная, психофармакологическая (седативные средства).

Наиболее характерными особенностями психического статуса в данной подгруппе являлись следующие психопатологические проявления.

Сознание: измененное.

Мышление: превалирование чувственно-образного компонента над логическим, аффективная его окраска, фабула: относительно слабо (не выходят за уровень сверхценности) выраженные формации феноменов абсолютной анозогнозии, легитимации аддиктивного поведения.

Волевая сфера: дисбулия (гипобулия), формирование наркоманической парабулии (начальный этап).

Аффект: тревога (выражена умеренно).

Поведение: транслирует переживания навязчивого формата, поддается ситуационной и психологической коррекции.

Ведущий психопатологический механизм: обсессивный.

Длительность: самая короткая по времени из всех выделенных вариантов «псевдоабстиненции» фазовая манифестация (от 2—3 ч с последующим критическим угасанием интенсивности расстройства).

Доминирующий уровень психического расстройства — неврозоподобный.

Сенсорный компонент: сенсорная обсессия (по клиническим критериям М.И. Рыбальского [22]).

Обсессивно-компульсивный вариант «псевдоабстиненции» у больных с опиоидной зависимостью отмечен в 19% случаев (8 больных). *Возраст* больных данной подгруппы, выделенной на основании клинических особенностей, составил от 20 до 32 лет. *Давность* болезни составила от 2 до 7 лет. В *преморбиде* у этой категории больных дизонтогенез выявлен в 37,5% случаев (3 больных), при этом в одном случае отмечена его значительная выраженность (наблюдался у детского психиатра). Также в *преморбиде* у трех больных (37,5% от числа больных рассматриваемой подгруппы) отмечен *психоорганический* компонент в форме минимальной мозговой дисфункции. Оценка *личностной акцентуации* в *преморбиде* с признаками неустойчивости и психического инфантилизма отмечена у трех больных (37,5%), у двух больных (25%) диагностирована психопатия истеро-возбудимого ряда.

Клиническая картина синдрома отмены опиатов у больных исследуемой подгруппы демонстрировала значительную выраженность алгического, вегетативного и психопатологического компонентов, присутствующих с равной степенью актуальности. Признаки посттоксического дистресса (первая фаза синдрома отмены опиатов) достигали своих выраженных значений и продолжительности от 2 до 3 суток.

Посттоксическая астения также носила свой выраженный характер. Ее присутствие в клинической картине во многом сдерживало выраженность психопатологического компонента собственно абстиненции, манифестирующего у больных наркоманией после редукции фазы посттоксического дистресса и на фоне восстановительной метаболической терапии. Психопатологический компонент опийной абстиненции в данной подгруппе имел длительность более 2 недель и сопровождался реакциями депрессивного характера, тревогой, возникающей периодически (чаще в вечернее время или на фоне психологической или физической нагрузки). В отдельные отрезки времени отмечались повышенная нервозность, возбудимость, проявления недовольства вплоть до вспышек агрессивности с их небольшой продолжительностью. Характерна повышенная фиксация на своих негативных ощущениях, связанных, в первую очередь, с периодически усиливающимися болевыми специфическими ощущениями «ломки», «выкручивания» в конечностях. Сохраняющееся влияние личностного фактора (акцентуация и психопатия неустойчивого, астенического, истероформного, возбудимого круга) проявлялось больше в тех случаях, когда облигатная аддиктивная синдромология демонстрировала свои не самые высокие характеристики активности.

«Псевдоабстиненция» в описываемой подгруппе больных имела свои особенности. Здесь в постабстинентном состоянии, на этапе формирования ремиссии, психическое состояние характеризовалось доминированием субдепрессивной симптоматики, где преобладал астенический компонент, а выраженность компонента апатического уровня была менее выражена. На этом фоне, в фазе относительной стабилизации психического состояния, тем не менее, периодически отмечалась симптоматика, описанная выше при обсессивном варианте, но с более стертыми характеристиками и менее актуальным уровнем своей выраженности. Однако, учитывая весь комплекс признаков, клинически мы характеризуем этот временной отрезок болезни как не манифестный (в смысле фиксации клинически значимого обострения болезни), а периодические колебания психического состояния протекают как некая симптоматика второго ранга. Это имеет свое логическое обоснование, поскольку состояние неустойчивого равновесия, характеризующее фазу становления ремиссии, не демонстрировало дестабилизации на подобном уровне своего клинического выражения. Для его реальной дестабилизации у данной подгруппы больных требовался более значимый набор психопатологических расстройств.

Наступление фазы манифестации «псевдоабстинентного» расстройства с достижением значимого клинического уровня происходило в режиме наиболь-

шей выраженности симптоматики, которая характеризовалась рядом проявлений.

Феномен «псевдоабстиненции» в исследуемой подгруппе отличался своим более ускоренным и драматическим характером, с более быстрым наступлением его пиковых значений. Его развитию предшествовал более продолжительный период дестабилизации психического состояния, выражавшейся в постепенном усилении эмоциональной лабильности, гиперестезии, раздражительности. Эта раздражительность могла быть вызвана уже менее значимыми раздражителями. Больные фиксировались на своем самочувствии, испытывали тревожное ощущение ожидания каких-то серьезных неприятностей, вплоть до предчувствия наступающей беды. Развивалась довольно стойкая бессонница, что вынуждало больных искать возможность получения препаратов снотворной группы. Окружающие события фактически переставали волновать больных. Они, будучи вне стационара, не могли заставить себя заниматься своим повседневным делом (ходить на работу, посещать учебные заведения). Вместе с тем, на фоне повышенной эмоциональности и гиперчувствительности обычные раздражители способствовали усилению конфликтности и агрессивности.

Пиковые характеристики картины «псевдоабстиненции» демонстрировали приближающийся к психотическому уровень расстройства. Сознание квалифицировалось как *измененное*, на пике болезненных проявлений — как *суженное*. Выраженные клинические признаки нарушенного и помраченного сознания отсутствовали. Со стороны функции мышления по-прежнему отмечалось преобладание аффективно детерминированных его «предустановок», с мощным усилением активности чувственного компонента, преобладающего над образным. Такое усиление активности на уровне ощущений активизировало интерпретативный компонент мышления в его фабульном и логическом выстраивании приоритетов наркодоминантного спектра. Таким образом, на пике «псевдоабстиненции» у данной группы больных начинал отчетливо проявляться бредоподобный уровень толкования происходящего. Развивалась транзиторная картина в диапазоне от сверхценности (исходная характеристика идеаторного компонента доминанты) до бредоподобного расстройства. Мышление приобретало значительно ускоренный темп, становилось, в сравнении с предыдущим вариантом, еще более аморфным, непоследовательным. Отмечалась повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточиться. Больные начинали плохо понимать обращенную к ним речь, игнорировали те или иные просьбы, подчиняясь, однако, требованиям императивного характера, «перебивавшим» мотивационное поле больного, детерминированное его

болезненными переживаниями. Мышление больных, становясь кататимным, практически полностью модифицировалось преобладающим тревожным аффектом. Контакт с больным на этом фоне становился непродуктивным. Больные в этот момент становились полностью недоступными. В ответ на задаваемые вопросы отмечалось их недостаточное осмысление, получить подробный ответ не представлялось возможным. Внимание было полностью поглощено своими ощущениями, имевшими в понимании больного негативный содержательный смысл, касавшийся ощущения выраженного физического неблагополучия. Психологический дискомфорт, стремление к достижению душевного равновесия здесь становились неактуальными. Больные в этот момент переставали каким-либо образом сопротивляться ситуации, полностью подчиняясь влекущему их потоку болезненных переживаний, без самостоятельных попыток как-то анализировать и даже осмыслить их причинно-следственные взаимосвязи. Мысли были стойко фиксированы на негативных ощущениях, возможность их переключения оставалась на очень низком уровне. На этом фоне можно было проследить развитие алгического компонента «псевдоабстиненции» с появлением жалоб на боли выкручивающего характера, очень схожие по своим характеристикам с отмечаемыми в период острой отмены опиатов. Отличительной чертой описываемого состояния было то, что в периоды некоторого послабления симптоматики больных на какое-то время удавалось отвлечь разговором. В этот момент наступал своеобразный «прорыв плотины» и больные начинали многословно, сбивчиво рассказывать о своих жалобах на «очень плохое самочувствие», «сильнейшую тревогу», страх развития тяжелой абстиненции. В высказываниях больных звучало непонимание того, почему так изменилось их состояние. Отчетливо звучало ощущение «неестественности», «насилованности», чувство «внутренней измененности» с непониманием причин такого состояния. При затрагивании тематики наркотизации, в том числе — предшествовавшей госпитализации в попытках увязать ее с теперешним состоянием, отмечалось усиление раздражительности, больные начинали требовать немедленной выписки из стационара, заявляя, что, по всей вероятности, врачи уже не смогут им помочь. Содержательная сторона мышления у описываемых больных в полной мере отображала характерные для выраженной аддиктивной патологии структурные активные психопатологические образования на уровне синдромологии абсолютной анозогнозии и легитимации аддиктивного поведения. На пике «псевдоабстинентного» расстройства отмечены признаки негативизма, импульсивности, что служило свидетельством усиления волевых нарушений.

Конечно, эти расстройства, в полной мере отражающие системный характер клинического поражения психики на качественном уровне, демонстрируя свое транзиторное утрированное заострение, тем не менее, в более-менее «замаскированном» виде, иногда «латентно» уже ранее присутствовали в психическом статусе больных как стойкие формирования аддиктивной болезни, достигшей своего манифестного этапа. Демонстрируя состояние психомоторного возбуждения и обострение активности наркодоминантного комплекса, больные данной подгруппы не стремились к какому-либо продолжительному диалогу с медицинским персоналом. Ускоренное по темпу мышление «накоротко» замыкало мотивацию на немедленное прекращение лечения и немедленную выписку. Это фактически выливалось в требование «освободиться» из-под опеки и врача, и родителей или родственников, принимающих непосредственное участие в терапевтической программе. Вместе с тем, больные были не в состоянии рассказать алгоритм своих последующих действий, если они будут выписаны с прекращением программы амбулаторного наблюдения и лечения. Кататимия мышления на пике «псевдоабстиненции» полностью диктовала его энергетические и фабульные клинические характеристики, окончательно выстраивая его качественные психопатологические параметры. Поведение, отражающее психическое состояние больных в данный момент времени, выявляло заметные элементы демонстративности (не психологическое, а клиническое понимание термина), аггравации. На пике симптоматики оно могло становиться ажитированным и изредка приобретать характер фуги, являя собой кратковременный моторный компонент суженного сознания. Аффективная составляющая акцентировала компоненты тревоги, ипохондричности, нарастающей аффективной напряженности, гневливости. Импульсивность и элементы активного негативизма, отображая состояние волевого компонента статуса, также свидетельствовали о довольно серьезной тяжести психического расстройства.

Сенсорный компонент «псевдоабстиненции» в данном случае трактуется нами как *неврологическая иллюзия*. По образному выражению И.Н. Пятницкой [20], которое сформулировано со ссылкой на самоописания наркоманов, здесь присутствуют некие «темные ощущения». В описываемой подгруппе они становятся более предметными, более аутохтонными, в меньшей степени опосредованы индуктивно и ситуационно. Опираясь на типологическое рассмотрение М.И. Рыбальского [22], называвшего также подобное феноменологическое проявление «*иллюзорной сенестопатией*», мы подчеркиваем решающую значимость аффективного «выброса» в формировании и реализации рассматриваемого феномена как «невро-

логической иллюзии». При этом сверхценная идеаторика наркодоминанты реализуется уже в полной мере, в комплексе сенсорного, идеаторного и моторного компонентов, формирующих в совокупности *обсессивно-компульсивный* механизм реализации психопатологии, который становится ведущим в период наибольшего обострения (криза). Подобное рассмотрение с клинической точки зрения является абсолютно логичным, поскольку подчеркивает компонент эволюции психопродуктивного звена аддитивной болезни (опийной наркомании). Мы также можем сослаться на диссертационное исследование М.В. Деминой [8] (об этой работе мы уже упоминали), которая рассматривала психопатологический обсессивно-компульсивный механизм в ракурсе «аффективной деперсонализации», где аффективная составляющая реализуется в форме специфических характеристик «самосознания» и «переживания болезни» и в совокупности комплектуется своеобразный механизм психопатологического воспроизводства наркоманической поведенческой модели.

Таким образом, психопатологический феноменологический уровень предъявления симптоматики с точки зрения состояния психических функций больных из описываемой подгруппы рассматривался как обсессивно-компульсивный. Компульсия, как известно, феноменологически представляет собой комплектную обсецию, когда ее идеаторный и сенсорный компоненты дополняются аффективным и моторным (характерным поведенческим) компонентами.

Длительность пиковых значений описываемого феномена в данной подгруппе составляла до 8—10 ч. При этом редукция симптоматики отмечалась не сразу, а клиническая картина характеризовалась несколькими периодами дискретного усиления и послабления симптоматики (флюктуация) с постепенной окончательной редукцией текущего приступа. Общая длительность дестабилизации психического состояния занимала в наиболее выраженных случаях до 2 и даже 3 дней.

Эффективное купирование данного варианта псевдоабстиненции в случае его клинической манифестации было возможным только на фоне активной седативной коррекции, с применением препаратов из группы нейролептиков, обладающих выраженным седативным эффектом. Использование бензодиазепинов здесь чаще всего недостаточно, поскольку они, устраняя на короткий промежуток тревогу, обладают меньшим, в сравнении с нейролептиками, седативным фармакологическим эффектом. Речь также может идти о перекрестной толерантности к бензодиазепинам, когда они перестают быть эффективными средствами коррекции психического состояния больного опийной наркоманией. Опасения некото-

рых наших коллег по поводу назначения нейролептиков больным наркоманией как в данном клиническом контексте, так и в целом в качестве терапевтической стратегии, на наш взгляд, необоснованны. Тезис о «плохой переносимости» отдельных нейролептиков указанной категорией больных является недостаточным для того, чтобы не использовать их возможности активного патогенетического лечения тяжелой аддитивной болезни. Тема эта, однако, многогранна и требует своего более точного обозначения, что нами планируется сделать в будущем. На сегодняшний момент, наиболее актуальной представляется как можно более точная феноменологическая оценка аддитивной болезни (во всех ее клинических формациях и вариантах). Это, по понятным причинам, требует значительных усилий психопатологов и необходимого спектра точек зрения для объективизации изучаемой проблемы. Речь идет именно о **психопатологических** разработках, поскольку *психологические* или *иные трактовки*, предоставляя возможности симптоматического уточнения и дополнения врачебных психиатрических описаний, *не могут* рассматриваться в отрыве от психиатрии и тем более *претендовать на свою самостоятельность или какое-либо методологическое лидерство*. Это определяется приматом клинического рассмотрения психиатрической патологии, которая определяется как *аддитивная болезнь (нарко-токсикомания)*.

Таким образом, в клинической картине больных с опиоидной зависимостью, демонстрирующих ведущий *обсессивно-компульсивный* сценарий и доминирующий психопатологический механизм манифестации феномена «псевдоабстиненции», можно проследить все формации болезненной структуры аддитивной болезни продуктивного характера, что позволяет сделать заключение о его достаточной давности и манифестном характере. Вместе с тем, отсутствие выраженных проявлений «опиоидного» дефекта и органического снижения, комплектующих картину *регресса личности аддитивного больного* [4], отражается на клинической специфике изучаемого феномена с точки зрения относительно умеренных характеристик злокачественности (неких средних ее значений) аддитивной болезни. Следовательно, в описываемой клинической подгруппе мы фактически имеем возможность наблюдать определенное утяжеление симптоматики, обозначившейся ранее, в подгруппе с ведущим обсессивным механизмом и неврозоподобным уровнем клинического поражения. Здесь также имеются сходные преморбидные характеристики, что делает описываемые подгруппы в какой-то степени похожими. При этом, однако, мы можем наблюдать только лишь акцентирование на уровне количествен-

ных и в меньшей степени качественных параметров болезни. Клинический уровень выраженности симптоматики «псевдоабстиненции» на самом ее пике демонстрирует кратковременные *транзиторные психотические* значения, приобретая характер *острого бредоподобного* расстройства, имеющего *психопатологический механизм компульсии*. Вне пика, проявляясь, в основном, на уровне сверхценности, он остается *субпсихотическим*, предъявляя в качестве ведущего механизма воспроизводства клинической симптоматики механизм обсессии. Следовательно, динамический характер течения можно оценить как *реверсивный*, с фазовым пиковым усилением активности. В сравнении с подгруппой, описанной выше, можно отметить более продолжительное присутствие феномена «псевдоабстиненции» в клинике на фоне более частых эксацербаций. Несмотря, однако, на то, что в данной описываемой подгруппе создается впечатление более выраженного расстройства, по качеству своего психопатологического субстрата оно демонстрирует, по сути, то же самое, что и в предыдущей подгруппе, но в несколько большем регистровом диапазоне.

Таким образом, особенностями «обсессивно-компульсивного» варианта «псевдоабстиненции» являются следующие клинические параметры:

1. Более продолжительный «предприступный период» с усилением эмоциональной лабильности, гиперестезии, раздражительности, конфликтности, бессонницы;
2. Внешние средовые факторы, играющие роль пускового звена (по индуктивному и рефлекторному механизмам);
3. Выраженная кататимия мышления;
4. Четкий акцентированный характер идеаторного компонента аддиктивного доминантного психопатологического комплекса, достигающего на высоте уровня сверхценности и бредоподобного расстройства (аффективная детерминированность по катэстетическому и кататимному типам);
5. Четкая идеаторная связь с потребностью в наркотике — идеаторный компонент воспроизводства влечения (аддикции);
6. Характерный перечень соматических жалоб с их четкой сенсорной локализацией, их живая аффективная «пропитка»;
7. Выраженное психомоторное возбуждение с его генерализацией на пике;
8. Психопатологический уровень расстройства (основной) — субпсихотический, с кратковременным «выходом» на психотический;
9. Вне пика идеаторные характеристики мышления не выходят за рамки сверхценных образований,

ведущим психопатологическим механизмом остается обсессивный;

10. Течение болезненного процесса — дискретное, с ремиссиями спонтанными и терапевтическими;

11. Коррекция медикаментозная (адекватная седативная терапия).

Особенности психического статуса проявляются следующими клиническими характеристиками.

Сознание измененное, на высоте приступа суженное (по аффективному типу).

Мышление: кататимное, проявления синдромов сформированного аддиктивного доминантного психопатологического комплекса. Сверхценный уровень наркоманической идеаторики, на пиковых значениях — вплоть до бредоподобного уровня ее выраженности.

Волевая сфера: сформированная наркоманическая парабулия (импульсивность, проявления активного негативизма, на пике достигающие своей заметной выраженности).

Аффект: тревога, ипохондричность, нарастающая аффективная напряженность, гневливость.

Поведение: психомоторное возбуждение, на пике вплоть до ажитации.

Ведущий психопатологический механизм: обсессивно-компульсивный. Клиническое описание *аффективной деперсонализации* [8] соответствует данному варианту «псевдоабстиненции».

Длительность: до 8—10 ч с дискретным усилением и послаблением симптоматики (флюктуации).

Сенсорный компонент: неврологическая иллюзия (в клинических критериях М.И. Рыбальского [22]).

Окончание читайте 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. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
4. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинко-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
5. Благов 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: клинко-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; e-mail: lblagov@rambler.ru

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