

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

Психотический вариант «псевдоабстиненции» отмечен в девяти случаях (22%) у больных в возрасте от 21 до 43 лет. Давность болезни в данной подгруппе составила от 4 до 16 лет. Преморбид у этой категории больных выявил 3 случая (33%) дизонтогенеза. Особо отметим, что у больных данной подгруппы этот параметр в ряде случаев прояснялся с большим трудом в силу вполне естественных трудностей, сопряженных с получением объективных анамнестических сведений, а потому мы не считаем его в достаточной степени точным. Также в преморбиде у двух больных (22% от числа больных рассматриваемой подгруппы) отмечен психоорганический компонент в форме минимальной мозговой дисфункции и резидуального органического поражения ЦНС (с незначительной клинической выраженностью). Оценка личностной акцентуации в преморбиде с признаками неустойчивости и психического инфантилизма отмечена у одного больного (11%), психопатия истеро-возбудимого круга отмечена у двух больных (22%).

Характеристика синдрома отмены: посттоксический дистресс у больных данной подгруппы проявлялся в двух вариантах (в зависимости от степени своей выраженности): относительно слабо выраженном и сильно выраженном. Это определялось состоянием систем метаболизации наркотика, а также степенью выраженности органной патологии и психоорганического синдрома. Опиный абстинентный син-

дром в данной группе демонстрировал превалирование психопатологического компонента над соматовегетативным и алгическим. Его совокупная психопатологическая оценка позволяла определить доминирующую психопатологическую структуру, которой на пике абстинентного синдрома у описываемой группы больных являлся транзиторно возникающий острый чувственный и чувственно-образный бред наркомана, являющийся важнейшим структурным компонентом аддиктивного психопатологического доминантного комплекса, его основным психопатологическим отображением в абстинентной фазе. Тезис о патологическом влечении, занимавший свое вполне законное контекстное симптоматическое (отражающее мотивационный и фабульный аспект) положение в структуре данного комплекса, при этом рассматривался нами как частный компонент психического статуса больного, чье состояние, в целом, соответствовало приведенной выше квалификации. Поведение наркомана в этой фазе болезни, соответственно, расценивалось как бредовое. Мы полагаем, что его возникновение нельзя считать внезапным, поскольку вряд ли оно возможно «на ровном месте». Основным, если угодно базовым, расстройством в структуре наркомании данного уровня является паранойяльный сверхценный бред наркомана, присутствующий в психическом статусе больного наркоманией со злокачественным течением на этапе ее клинической манифестации и вне состояний обострения, связанных с острой отменой наркотика. Будучи очень стойким психическим расстройством, он является главным препятствием в фор-

* Окончание. Начало см. Наркология. — 2010. — №3—4.

мировании ремиссии (спонтанной или терапевтической). Именно поэтому не мнимые, а **истинные** и **психопатологически легитимные** ремиссии здесь — большой клинический раритет. В генезе бреда наркомана, безусловно, важную роль играют стойкие метаболические нарушения, являющиеся следствием многолетней хронической интоксикации опиатами. Также это особый уровень психической активности, формируемый наркоманией в результате клинической эволюции эндоформного психопатологического процесса [3, 4]. Максимальная выраженность данного уровня, как хорошо известно, проявляется в фазе синдрома отмены. Аффективные тревожные и дисфорииоподобные реакции, стойкая бессонница, выраженный алгический компонент, ставший давно привычным для больных этой подгруппы, многократно ранее переносивших «ломку», — также «обычные» и очень хорошо известные атрибуты опиной абстиненции. Главным психопатологическим механизмом на данном этапе наркомании является описанный нами ранее *наркоманический (наркологический) автоматизм* [3, 4]. Он закономерно вытесняет обсессивные и обсессивно-компульсивные формации при манифестно протекающей злокачественной наркомании. Именно его структура и особый клинический характер формируют психическую жизнь наркомана, достигшего психотического уровня в своей болезни.

Псевдоабстиненция у описываемой подгруппы больных имеет свои клинические особенности. Чаще всего здесь отсутствует какая-либо четкая граница, маркирующая явное разделение ситуации «клинического благополучия» и обострения болезни. Это происходит как раз в силу непрерывности течения патологического процесса и высокой степени его злокачественности, что практически исключает разговор о комплектной ремиссии как таковой. Кстати, при не слишком грамотном и дотошном анализе клинической картины болезни за ремиссию у наркомана часто принимают простой факт его трезвости, имеющей ту или иную продолжительность (в западном клиническом лексиконе это называется *абстиненцией*, т.е. воздержанием). Тем более странной подобная квалификация выглядит, когда в качестве «доказательства» выступают лишь собственные заявления больного, без должной верификации этих данных. Если, все же, приняв к сведению действительно имевшую место трезвость, более внимательно посмотреть на подобные ситуации, то чаще всего эта трезвость в исследуемой подгруппе является в той или иной степени вынужденной и не сопровождается угасанием активности психопатологии аддиктивной болезни, т.е. дезактуализацией аддиктивного психопатологического доминантного комплекса. Если таковая дезактуализация отмечается (спонтанно или значительно чаще

— на фоне **адекватной** терапии), то мы говорим о дискретном варианте течения наркомании и можем четче наблюдать ту самую границу «относительного спокойствия» и фазы клинического обострения болезни, проявляющегося, в том числе, и феноменом «псевдоабстиненции», который здесь присутствует как довольно регулярно возникающее расстройство.

Психопатологическая картина феномена «псевдоабстиненции» в описанной подгруппе обследованных больных отличалась следующими особенностями. Состояние *сознания* при развитии исследуемого симптомокомплекса квалифицировалось как *измененное*. Оно оценивалось именно в таком ключе, несмотря на некоторые признаки, имевшие внешнее сходство с суженным сознанием. Признаков нарушенного или помраченного сознания здесь не наблюдалось. Отмечались определенная внезапность, быстрая манифестация симптоматики, независимость ее от внешних причин. Болезненная охваченность сразу обрела тотальный характер, вовлекая в болезненную круговорот все функции психики. Клинически обращал на себя внимание особый характер поведения больных. Бросалась в глаза какая-то их особенная отстраненность, внутренняя сконцентрированность. Также можно было отметить бледность кожных покровов, усиление симпатической реакции, расширение зрачков. Застывшее выражение лица, равнодушный, устремленный куда-то «в пространство» взгляд, служили характерными признаками болезненной манифестации. Больные, не демонстрируя клинических характеристик нарушенного и помраченного сознания, тем не менее, не проявляли почти никакого внимания на обращенную к ним речь, никак не стремились к диалогу. Мышление и речь больных производили впечатление «запрограммированных», как клише, монотонных и, вместе с тем, реализуемых с «железным» напором, безапелляционностью в высказываниях, с невозможностью сбить с избранного пути, жесткого движения психических процессов как будто «по рельсам». Такое болезненное мышление, будучи важной статусной характеристикой изучаемой подгруппы, проявляло особую ригидность, его мотивационные приоритеты оставались всегда незыблемыми.

Важным признаком рассматриваемого варианта был тот факт, что расстройства психических функций, характерные для фазового обострения аддиктивной болезни с высокими параметрами злокачественности, быстро приобретали стойкий и консолидированный характер, определяя целостную картину «псевдоабстиненции». Все синдромы наркодоминанты получали свое максимальное выражение, причем, высокую степень напряженности практически всего ее психопатологического пула можно было наблюдать не только на пике «псевдоабстиненции», но и вне этого пика.

Настроение оставалось монотонным, лишенным динамики, аффект не акцентированным. Психическая эмоциональная выхолощенность у данной категории больных, в конце концов, достигала такой степени, когда меркла и практически исчезала индивидуальность каждого больного, присущая прежним, представленным выше группам больных с их понятной и более естественной в своих проявлениях аффективной напряженностью. Аффект, даже если он начинал проявляться (как правило, в форме раздражительности, нетерпимости, гневливости на фоне определенного повышения аффективной энергетике), все равно оставался довольно «холодным» и, по сути, формальным. Становилось очевидным, что здесь он — всего лишь инструмент, управляемый аддиктивной идеаторикой и мотивацией с их прагматичной наркоманической паралогикой — холодный и абсолютно просчитанный этой логикой болезни. Следует заметить, что довольно частой диагностической ошибкой в подобных клинических ситуациях бывает его квалификация как дисфории, поскольку именно клинически это скорее напоминающее дисфорию расстройство, некий дисфориоподобный уровень. Сужения сознания по дисфорическому (сумеречному) сценарию здесь нет, отсутствуют характерные для синдромов помраченного сознания в той или иной заметной степени выраженные нарушение пространственно-личностной ориентировки и амнестический компонент. Память на все сохраняется в деталях. Нет характерной застойности аффекта. Данное расстройство также не демонстрирует клинические характеристики пароксизма. У наблюдавшихся нами больных на фоне «псевдоабстиненции» можно было почти всегда видеть одно и то же: ходульное аффективное напряжение почти мгновенно исчезало, как только больной, а точнее, болезнь освобождалась от любых сдерживающих ее пут. В данном случае прекращался статус «узника наркологического стационара» и моторный (интоксикационный) компонент наркоавтоматизма получал возможность своей реализации, обретая столь необходимую ему в данный момент свободу.

Таким образом, описываемый набор клинических признаков, фиксируемый у больных настоящей подгруппы при анализе их психического состояния и осуществлении клинического наблюдения можно считать довольно характерным. Одним из важнейших клинических признаков здесь была полная невозможность словесной коррекции поведения больного. Диалог с больным вообще непродуктивен из-за жесткой фазульной фиксации пациента на своих переживаниях. Критика к болезни отсутствует. Аутизация аддиктивного больного уже характерна для данного этапа развития аддиктивной болезни (опийной наркомании). Она проявлялась своими известными клиническими

признаками [4]. Характерная для больных описываемой подгруппы своеобразная отгороженность от окружающего, их фиксация на собственных переживаниях без стремления делиться ими с окружающими их людьми, очень трудное «извлечение» описания внутренней картины болезни, достигаемое лишь упорным и многодневным настойчивым расспросом, свой собственный внутренний мир, гораздо более значимый для больного, — все эти параметры свидетельствуют о тенденции аутизации аддиктивного больного. В этой ситуации, демонстрируя «псевдоабстинентную» картину, пациент даже не стремился, «работая на публику», в достижении своих целей так или иначе «задействовать» других больных наркоманией, находящихся в данный момент в стационаре, или хотя бы просто апеллировать к ним (последнее получалось иногда, скорее, случайно и зависело от «качественного» состава стационарного контингента больных, находившихся в данный момент времени в отделении). Поэтому приходилось наблюдать, как больной «вступает в борьбу» фактически только за себя и свои интересы (естественно, опосредующие болезненно детерминированные мотивации), почти не прибегая к довольно эффективному в данном случае механизму группирования и вовлечения «в протестное поведение» других обитателей клинического отделения. Если больной в период обострения находился вне стационара, в равной мере подобные манипулятивные техники отсутствовали при его апелляции к микроокружению. При этом характерным было полное отсутствие какого-либо «внутреннего отклика», «внутреннего диалога», которые так или иначе можно было наблюдать в описанных выше подгруппах (как проявления obsессивного порядка). Доступность больного на высоте приступа отсутствовал, что, однако, характерно для статуса больных этой подгруппы не только в период экстаза, но является достаточно жесткой статусной характеристикой в целом, что подтверждает психотический уровень наблюдаемой психопатологии. Только по прошествии нескольких дней и даже недель, на фоне стихания симптоматики, из больного, будто «клещами», удавалось «вытащить» его скудное описание имевших место в период обострения переживаний и их формальную самооценку: чувство внутренней измененности, насильственность побуждений и действий с полным и пассивным подчинением и несколько отсроченным редуцированным пониманием их болезненности (компонент ксенопатической проекции).

Влечение к интоксикации в данном случае также присутствует на уровне автоматизма. Оно никак больным не идентифицируется, не обсуждается, не анализируется и не корректируется. Наоборот, в процессе контакта, демонстрируя анозогнозию, диссиму-

лядию и негативизм, больной безапелляционно и абсолютно механически опровергает любые утверждения о наличии у него какого-либо влечения к наркотизации.

Сенсорный компонент у описываемой подгруппы больных нами обозначен как *сенестопатия* (данный термин здесь реализует свое именно традиционное психопатологическое понимание [30], несмотря на то, что часто имеет расширительное толкование и используется как более общее обозначение вообще всей сенсорной дисфункции). М.И. Рыбальский [22] более психопатологически точно квалифицировал подобное феноменологическое проявление термином *галлюцинаторная сенестопатия*. Мы, исходя из логики структурно-динамического эволюционного развития и усложнения психопатологической картины болезни по мере нарастания ее тяжести, также полагаем, что каждый уровень поражения демонстрирует свое собственное и присущее только ему феноменологическое представительство, требующее более точного препарирования своих симптоматических характеристик. Такое обозначение, будучи статусной характеристикой, подчеркивает исчезновение ведущей роли аффекта, выхолащивание эмоциональной составляющей и доминирование феноменологии наркоавтоматизма [3, 4]. Сенсорика «алгий» у данной подгруппы больных характеризовалась довольно точным и акцентированным воспроизводством, имеющим четкую выраженность, определенность ощущений и точную локализацию. При этом, уровень аффективной «проработки» сенсорики был самым низким, т.е. сенсорный компонент «отрабатывался» лишь идеаторной составляющей, которая четко и выверенно демонстрировала бредовую интерпретацию патологических ощущений наркомана. Несмотря на снижение продуктивности контакта с больным и его недоступность, болезненные переживания здесь представлены комплектно и вполне отражают целостную «уровневую патологическую гармонию» манифестного этапа злокачественно протекающей опиоидной наркомании. Сенсорный компонент, становясь более аутохтонным, демонстрирует полновесное качество сенсорного компонента наркоавтоматизма [3].

Идеаторный компонент формирует соответствующий фабуле наркодоминанты сюжет, особый наркоманический смысл (сверхценный и бредовой уровень идеаторики) с выраженной тенденцией к генерализации и сочетанное нарушение мышления. Паранойальный сверхценный бред (где паранойальной сверхценностью являются собственно наркоманическая фабула и ее психопатологическое развитие), как уже отмечено выше, являющийся стандартной статусной характеристикой в данной подгруппе вне фазы обострения (на фоне активного течения болезни и четко оформ-

ленного опиатного интоксикационного континуума), сопровождался постоянным и стойким компонентом катестезии. Клиника катестезического бреда описана В.А. Гиляровским [6]. В данной клинической ситуации при опиоидной наркомании имеется возможность наблюдать как образно-чувственный (транзиторный на пике «псевдоабстиненции»), так и панойальный сверхценный (базовая статусная характеристика активной болезни вне ремиссии при постоянной наркотизации) бредовые варианты. Эти компоненты служат важнейшими психопатологическими характеристиками аддиктивной болезни качественного порядка, отражающими именно злокачественность патологического процесса. На пике клинического обострения (фаза «псевдоабстиненции») отмеченная катестезия, сопровождаемая описанной выше характерной сенсорикой, *de facto* формировала важные составные части фабулы и целостной картины транзиторного острого чувственно-образного бреда, безусловно, имеющего свою «аддиктивную» специфику.

Обобщенная оценка клинической картины в целом позволяла отметить, что бредовая охваченность, выхолащенность, запрограммированность идеаторики, сенсорики и моторики были характерными и демонстративными проявлениями психопатологии в данной подгруппе больных.

Кроме того, необходимо зафиксировать еще ряд важных общих деталей психического статуса больных описываемой подгруппы. Здесь в их поведении и высказываниях, наряду с описанными нарушениями функции сознания и мышления, довольно ярко начинают проявляться своеобразная нажитая истероформность, вычурность мотиваций и поведения, импульсивность. Таким образом, синдром волевых расстройств, характерных для клиники злокачественно текущего аддиктивного патологического процесса, становился комплектным. Особо отметим, что указанные расстройства в меньшей степени соответствуют психопродуктивному уровню и в большей степени проявляются как специфическая наркоманическая *дефектная* модальность. Этот специфический наркоманический дефект играет основную роль у описываемой категории больных в ремиссии. Заметны проявления рентности и манипулятивности на фоне ослабления интенсивности приступа.

Таким образом, психотический уровень психического расстройства при описываемом варианте фиксируется во всех фазах аддиктивной болезни на этапе ее манифестации, когда проявляется максимально вся синдромология протекающей злокачественно аддиктивной болезни (позитивная, негативная). Сверхценный и бредовой характер наркоманической идеаторики проявляются клинически как практически идентичные картины, отличающиеся лишь степенью своей

комплектности и выраженностью болезненной энергетикой с формированием либо сверхценного (бредоподобного), либо бредового качества, и в любом случае свидетельствует о психотическом уровне психического поражения.

Психотропная фармакотерапия, проводимая urgently (выполняя здесь функцию не лечения, а коррекции), у данной категории больных малоэффективна. Возникновение манифестных приступов «псевдоабстиненции» в описываемой подгруппе мы наблюдали на фоне отсутствия активной терапии эффективными современными антипсихотиками. Если больной находился в стационаре, то его выписка становилась неизбежной, так как все «мотивирующие беседы» здесь вообще не являются каким-либо предметом серьезного влияния на ситуацию (как почему-то ошибочно полагают некоторые недостаточно клинически подготовленные специалисты). Альтернативой в данном случае может быть только насильственное удержание больного в клиническом отделении. Оно, однако, имеет смысл лишь при наличии правильно организованной инфраструктуры, когда недобровольное пребывание больного в клинике получает реальную возможность быть дополненным адекватным как по продолжительности, так и по качеству активным психотропным лечением. К сожалению, в настоящее время современные наркологические ЛПУ пока такими возможностями не обладают, о чем уже было сказано в начале данного материала.

При наличии превентивного (в данном случае) активного лечения «псевдоабстинентный» приступ не достигал степеней своей наибольшей выраженности, демонстрируя «смазанные» и некомплектные картины. В любом случае продолжительность приступа «псевдоабстиненции» составляла не менее суток, в ряде случаев достигая нескольких суток.

Подводя итоговую клинико-психопатологическую оценку феномена психотического варианта «псевдоабстиненции», необходимо отметить следующие важные позиции:

1. Клиническое обострение («псевдоабстинентный» комплекс) наркомании возникает на фоне *терапевтической* ремиссии, для которой характерна частая, с той или иной степенью клинической выраженности актуализация формаций аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (регулярность возникновения);

2. Внезапное мощное усиление всей психопатологической палитры аддиктивной болезни: идеаторного, аффективного, сенсорного, моторного компонентов, выраженных синдромами аддиктивного доминантного комплекса;

3. Манифестация характеризуется своей неустойчивостью, тотальностью вовлечения всех функций

психики, на пике демонстрируя бредовую охваченность (от бредоподобного уровня вплоть до кратковременных транзиторных картин острого чувственного бреда по сценарию катестезии). Расстройства не имеют клинических характеристик кататимности;

4. Четкий характер расстройств с психотическим стержнем, малая их вариабельность, большая стойкость (не только на пике приступа, но и вне его, приступ лишь «проявляет» замаскированные конструкции болезни). Вне пика «псевдоабстиненции» идеаторный спектр расстройств структурно представлен формациями сверхценности, бредоподобными и в наиболее злокачественных клинических проявлениях — паранойальным сверхценным бредом наркомана. Тяжелый уровень поражения делает редкими спонтанные ремиссии, которые, наряду с терапевтическими, не относятся к категории комплектных. Может отмечаться реверсивный характер симптоматики;

5. Приступ «псевдоабстиненции» характеризуется отсутствием выраженного аффекта, для него характерны выхожденность, запрограммированность (автоматизация психических реакций и интерпретации), стереотипная ходульность, независимость от внешних причин. Характерна полная недоступность больного, диссимуляция, анозогнозия, активный негативизм. Диалог с больным не ведет к коррекции поведения;

6. Заметные проявления рентности и манипулятивности на фоне ослабления интенсивности приступа;

7. Отсутствие критики в период манифестных проявлений феномена псевдоабстиненции в данной подгруппе было обязательным элементом психического статуса;

8. Быстрая медикаментозная коррекция оказывалась неэффективной.

Клиническими характеристиками психического статуса у данной подгруппы обследованных больных являются следующие.

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

Мышление: отсутствует выраженная кататимия, присутствует весь синдромологический спектр аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (позитивная и негативная симптоматика). Целостная структура сверхценного, бредоподобного и бредового (паранойальный сверхценный бред наркомана, острый чувственный транзиторный бред) идеаторного компонента аддиктивного доминантного психопатологического комплекса на этапе своей максимальной выраженности. Доминируют синдромы абсолютной анозогнозии и легитимации аддикции.

Волевая сфера: наркоманическая парабулия (импульсивность, негативизм), автоматизированная гипербулия (обслуживание аддиктивных мотиваций).

При стихании приступа — начальные тенденции нарастания апатии и снижения спонтанной активности.

Аффект: монотонная выхолощенность или дисфорноподобные реакции.

Поведение: на высоте — может быть импульсивным, чаще — возбужденность, монотонная напористость, не знающая преград, не обращающая внимания на препятствия истинные и мнимые в реализации доминантных мотивирующих установок. По мере ослабления интенсивности приступа детерминировано астенией и элементами апатии.

Длительность: от нескольких часов до нескольких суток.

Характер: относительно равномерный, без выраженного усиления или ослабления в период манифестации. Аутохтонность и независимость от внешних средовых параметров.

Ведущий психопатологический механизм: наркоманический автоматизм (компоненты идеаторный, сенсорный, моторный). При усилении психоорганического радикала — элементы пароксизмальности.

Патологическое влечение реализуется в рамках описанных психопатологических конструкций на психотическом уровне.

Сенсорный компонент: сенестопатия в ее общепринятом понимании (аналог «галлюцинаторной сенестопатии», по критериям М.И. Рыбальского [22]).

Регрессивный вариант «псевдоабстиненции» отмечен в 27% случаев (11 больных) в возрасте от 36 до 54 лет, при давности болезни от 12 до 34 лет. В преморбиде психоорганический компонент (резидуально-органической природы) выявлен в трех случаях (27% от числа больных изучаемой подгруппы). Расстройства личности в преморбиде (с признаками акцентуации и психопатии) выявлены в четырех случаях (36% из числа больных рассматриваемой подгруппы). Признаки неустойчивости и психического инфантилизма отмечены в одном случае (20% от числа расстройств личности в подгруппе и 9% от общей численности подгруппы); признаки истеро-возбудимости — в трех случаях (80% от числа расстройств личности в подгруппе и 27% от общей численности подгруппы).

Характеристика синдрома отмены. У описываемой подгруппы больных синдром отмены опиатов постепенно и закономерно нивелирует разницу между посттоксическим дистрессом и собственно абстинентным состоянием. Сама хроническая интоксикация в данной подгруппе, приобретая характер полинаркотоксикомании, как правило, не сопровождается тяжелыми посттоксическими проявлениями, демонстрирующими в период отмены наркотика уровень тяжелого соматического расстройства. Эти больные в первой

фазе синдрома отмены демонстрируют устоявшиеся и ставшие вполне и давно рутинно-привычными переходные состояния на уровне выраженной астении, со слабой выраженностью аффективных, алгических и вегетативных компонентов, их размытостью и неакцентированностью. Несмотря на повышенную потребность в седативной терапии (бензодиазепины и другие мягко действующие седативные средства), выраженной сонливости даже на этом фоне не отмечается. При плохой переносимости нейролептиков и сильных седатиков на данном этапе болезни, больные довольно терпеливо и, как правило, без каких-либо особых требований переносили посттоксическую фазу синдрома отмены. Характерным (как в специализированном стационаре, так и вне его) был также самостоятельный несанкционированный прием больными дополнительных фармакологических средств (как правило — бензодиазепинов и комбинированных препаратов (реладорм), обладающих выраженными седативными свойствами, «по самочувствию» и с целью самокоррекции своего состояния.

Абстинентная фаза синдрома отмены опиатов у этих больных начинала проявляться постепенно, в течение 3—4 суток, на фоне улучшения общего соматического состояния. Она характеризовалась определенной активизацией больных, проявлениями раздражительности, аффективной лабильности, гневливости, иногда дисфорическими реакциями. В этот момент больные начинали предъявлять повышенные требования к микроокружению, становились капризными, стремились получить дополнительные «удовольствия», в разряд которых попадали дополнительные назначения бензодиазепинов, вкусная еда (к которой, впрочем, больные быстро охладевали), примитивные развлечения в форме просмотра видео и т.п. (каковые также не вызывали особого интереса, оставаясь механически-формальным занятием). Здесь можно отметить пассивный характер абсолютно привычного (на сформированном аддиктивной болезнью мотивационном уровне) получения подобного рода «удовольствий», что в полной мере соответствовало общим доминирующим рентным установкам данной категории больных. Состояния повышенной активности, однако, довольно быстро угасали, сменяясь пассивностью, апатическим настроением и моторной заторможенностью. Эти периоды вялости и апатичности в своем чередовании с периодами повышения психомоторной активности (протекавшей уже без особых «эмоциональных выбросов», но с преобладанием капризности, рентности, жалобами на плохой сон, общими претензиями к режиму и отрывочными идеями отощания) некоторое время чередовались, постепенно трансформируясь в монотонное, лишенное красок, пассивное времяпрепровождение.

На таком астено-апатическом фоне, с постепенной нивелировкой абстинентного симптомокомплекса, в течение 1—2 мес. отмечались лишь периодические всплески активности, накрепко связанные с довольно малодифференцированным стремлением тем или иным способом «покайфовать». Постепенная стабилизация состояния больных, при этом, вполне характерно сопровождалась периодической флюктуацией, когда не слишком сильно повышенная и несколько хаотически представленная малодифференцированная активность сменялась вяло-апатическим статусом со снижением спонтанной активности, отсутствием интенции к какой-либо продуктивной деятельности и, тем более, к творчеству, с выраженным доминированием статусных рентно-манипулятивных компонентов аддиктивного дефекта.

«Псевдоабстиненция» в изучаемой подгруппе также демонстрировала свой «регрессивный» (т.е. исходный) вариант. Здесь на фоне постепенного затухания и выхолащивания активности специфических клинических проявлений патологической аддикции в целом отмечалось ослабление интенсивности проявлений данного фазового обострения, которая была характерна для рассмотренных выше подгрупп больных. Несмотря на периодическую актуализацию болезненной картины, амплитуда этих колебаний не отличалась значительностью даже в те моменты, когда становилось возможным квалифицировать клиническую картину как «псевдоабстинентную». Таким образом, наблюдались сглаживание и нивелировка клинических проявлений аддиктивной болезни с их своеобразной унификацией уже во всех ее фазах. Главными клиническими чертами здесь становятся проявления специфического дефекта наркомана [4]. «Псевдоабстиненция» в исследуемой подгруппе, таким образом, клинически проявлялась лишь некоторой активизацией больных, когда астено-апатический статус постабстинентной фазы трансформировался в несколько хаотичную и лишённую понятной цели достижения интоксикации малодифференцированную активность. В поведении больных обращала на себя внимание приобретающая уже абсолютную значимость манипулятивность. Она, тем не менее, также демонстрировала черты стереотипности и ходульности, что проявлялось на уровне идеаторики и специфики эмоциональной экспрессии. Отмечались постепенное и все более явное размывание структур наркоавтоматизма, их выхолащивание и фактическая дезактуализация. Идеаторный компонент доминанты становился все более блеклым и вялым, лишённым необходимой болезненной энергетике и напора, превращаясь, по образному выражению психиатров-классиков, в «старую затертую купюру», постепенно утрачивающую свою первоначальную стоимость и ценность. Ре-

дукция паранойяльного сверхценного бреда и его уход на уровень сверхценности с ее последующей инволюцией и фактическим распадом как целостной структуры были у этих больных характерным признаком фазовой «псевдоабстинентной» экстацербации.

Аффективный компонент доминанты также утрачивал свое характерное качество и энергетiku, трансформируясь в стойкую дистимию, сопровождающуюся «занудно-ноющими» модуляциями и бесконечными жалобами на плохое самочувствие. Рентная направленность поведения наркомана с востребованным инструментом ее реализации — манипулятивностью становилась «визитной карточкой» клиники в описываемой подгруппе. Отсутствие необходимой энергетике обуславливало достаточную подчиняемость больных. Демонстрируемая ими специфическая дефектная истероформность отличалась особой ходульностью, вплоть до вычурности. Возникал весьма реалистичный и, вместе с тем, гротескный «образ юродивого», вымалывающего и вымогающего себе те или иные льготы и преференции (как правило, так или иначе увязанные с попытками «заполучить кайф», причем невзирая на его «качество»). Это происходило, скорее, рефлекторно, нежели с обозначением какой-либо отчетливо проявляемой мотивированной потребности. Здесь у больных отмечается выраженный эгоцентризм, но и тут он проявляется именно как манипулятивный фактор, обеспечивающий «политику льгот», «пробивание» всевозможных «договоренностей о нестеснении», с апелляцией «к совести врача» и с конечной целью организации выхода из отделения, но с четко декларируемым (и выполняемым) обязательством вновь возвратиться «под опеку доктора». Влечение к интоксикации, приобретая малодифференцированный характер, демонстрирует признаки стереотипизации. Его практическая реализация в случае «открывшейся возможности» поэтому происходит в форме любой интоксикации (полинаркотоксикоманический паттерн).

Другие мотивации, кроме наркоманических, декларируются, но не имеют своего реального представителя (проявление резонерства). Рентность здесь также находится «на первых позициях». Больные, демонстрируя своеобразное резонерство (как правило, на фоне некоторой эмоциональной лабильности), начинали много рассуждать о наркотиках, их пагубных и «очевидных абсолютно для всех в этой пагубности» последствиях для своего здоровья. Здесь всегда имелось в виду эгоистическое сотование на пагубные последствия для своего собственного здоровья, и, вместе с тем, начинались «великодушные» и пространные рассуждения по поводу колоссального вреда наркотиков для всех людей, кто «стал жертвой этого страшного зла». Тем не менее, уже следующим

предложением наркотики начинают именоваться не иначе как «лекарство».

В этих клинико-психопатологических «композициях» помимо аддиктивного дефекта отчетливо прослеживаются признаки психоорганического синдрома и нарастающее органическое слабоумие.

Сенсорный компонент «псевдоабстиненции» здесь становится размытым и так же, как вся другая психопродуктивная болезненная фактура, будучи мало дифференцированным, мог быть представлен всеми перечисленными выше феноменологическими характеристиками (от сенсорной obsессии до сенестопатии). Для больных этот сенсорный компонент уже становится настолько привычным, что не модифицировал их поведение по сценарию, наблюдавшемуся в предыдущих подгруппах. Таким образом, он фактически не проявлял специфическую феноменологическую характеристику эссенциального сенсорного порядка, а являлся *концентрированным поведенческим расстройством в рамках рентно-манипулятивного комплекса наркомана*.

Наркоманический «опиатный» дефект, соседствуя с психоорганическим синдромом, определяет, таким образом, структуру наркоманического регресса «постпсихотического» этапа наркомании. Вся симптоматика здесь, несмотря на ее фазовую актуализацию, — это лишь бледная тень «прошлых бурь» и «наркоманических страстей», имеющая скорее свое рефлекторное воспроизводство, нежели отчетливые признаки экзальтации психоза. Тут в полной мере начинает доминировать постпроцессуальная наркоманическая личность, а сама болезнь постепенно все более становится «воспоминанием», в том числе реализуемым в форме упомянутого стереотипа сенсорики и идеаторики (своеобразной «галлюцинацией телесной памяти»). Волевое выхолащивание здесь окончательно нивелирует наркоманическую парабудию, делая все более актуальным феномен дрейфа наркомана (универсальный компонент психического дефекта).

Резюмируя описание клинико-психопатологической картины «регрессивного» варианта «псевдоабстиненции» при опиоидной зависимости, можно отметить ряд положений. У данной группы больных наблюдались следующие особенности:

1. Утрата главных качественных психопродуктивных «достижений» наркомании. Выход на первый план «постболезненных» формаций личности при их достаточной выраженности;

2. Доминирование специфических постпроцессуальных наркоманических личностных стигм, составляющих психопатологическую основу наркоманического дефекта и регресса: ходульная истероформность, утрированная демонстративность, манипулятивность, эгоцентризм, рентность, апелляция к окружению с

попытками получения льгот и предпочтений общего плана (не ограничиваясь более узким наркодоминантным мотивационным спектром);

3. Тенденции снижения общей энергетике, что отличает фазу «псевдоабстиненции» у данной подгруппы больных;

4. Резонерские рассуждения как в плане общенаркотической тематики, так и «о вреде наркотиков» и мерах по его устранению наряду с идентификацией наркотика как «лекарства», статус страдальца. Полное отсутствие интереса к общежитейским и любым другим темам, слабая осведомленность о них;

5. Патологическое влечение отражает малодифференцированный болезненный уровень, характеризующийся утратой наиболее ярких признаков своей остроты и специфичности аддиктивной психопродукции, с тенденциями стереотипизации и преобладания полинаркотоксикоманического интоксикационного паттерна;

6. Размытость сенсорного компонента, его слабая дифференцированность (общее плохое самочувствие без четкости локализации и сенсорно-идеаторной конкретики) и возможность быть представленным всем сенестопатическим спектром от сенсорной obsессии до «галлюцинаторной сенестопатии» или его фактическая невыраженность. Присутствие, скорее, утрированных «воспоминаний о ломке», нежели какое-то ее реальное воспроизводство;

7. В поведении — монотонная активность, не имеющая четко выраженных и сформулированных потребностей, просьб, желаний, реализуемая на общем дистимическом фоне (от легкой гипомании до тяжелой дисфории);

8. Психоорганические стигмы с «эпилептизацией» психической жизни (когнитивное снижение, лъстивость и злопамятность, дисфории);

9. Монотонная продолжительная ситуация, с периодическим послаблением и обострением, длящаяся несколько дней. Ее тенденция к «размазыванию» и неакцентированность;

10. Быстрое купирование имеющимися средствами неэффективно. Расстройство литически затухает аутохтонно.

Клинические характеристики психического статуса в данной подгруппе квалифицировались в следующих критериях.

Сознание: измененное.

Мышление: кататимия отсутствует, значительная нивелировка идеаторного компонента аддиктивного доминантного психопатологического комплекса как целостной структуры бредоподобного и бредового (паранойяльный сверхценный бред наркомана) уровней, их фактическая дезактуализация. Сохранен сверхценный уровень. Резонерские тенденции.

Волевая сфера: «дефектная» трансформация наркоманической парабулии с нарастанием пассивного негативизма, выраженные тенденции нарастания апатии и снижения спонтанной активности (тенденции дрейфа).

Аффект: нивелировка аффекта, утрированные реакции, дисфория, дистимия. Общими статусными характеристиками по минованию обострения становятся астения, апатия.

Поведение: не имеет четкой мотивационной цельности в достижении определенной (выстроенной в «аддиктивном векторе») цели, утрированно демонстрирует общие тенденции манипулятивной рентности.

Продолжительность: несколько суток с нерезкими и клинически малозаметными переходными состояниями, аутохтонность и независимость от средовых параметров.

Ведущий психопатологический механизм: угасание компульсии и автоматизма, стереотипизация психических процессов и самого патологического влечения с формированием полинаркотоксикоманического интоксикационного паттерна.

Сенсорный компонент: может демонстрировать весь «сенестопатический спектр», а также свою клиническую невыраженность.

Выводы

1. Феномен «псевдоабстиненции» — комплексное психопатологическое расстройство при аддиктивной болезни (опиоидной зависимости), представленное всеми видами психических нарушений — *сенестопатическими, интрапсихическими и моторными*, — отображаемое большинством основных характеристик психического статуса: состоянием сознания, функции мышления, волевой, аффективной, поведенческой.

2. Является транзиторным клиническим феноменом простого синдромального уровня, отмечается при аддиктивной болезни в фазе формирования клинической ремиссии.

3. Проявляется как эксацербация (рецидив) патологического процесса — химической (опиоидной) зависимости, — на этапе его клинической манифестации, свидетельствуя об актуализации большинства структур аддиктивного доминантного психопатологического комплекса и дестабилизации состояния ремиссии. Он также отмечается на исходном этапе аддиктивной болезни, что имеет свое характерное клиническое выражение.

4. Реализуется на всех психопатологических регистровых уровнях: *неврозоподобном, психотическом, психоорганическом* (включающем структуры дефектно-регрессивной модальности), что является важной клинико-динамической психопатологической

характеристикой этапного развития аддиктивной болезни.

5. Основными психопатологическими механизмами проявления психопатологической структуры «псевдоабстиненции» являются *обсессия, компульсия, автоматизм* (имеющие свою аддиктивную природу и нозологическую специфику опиоидной наркомании).

6. Сенсорный компонент «псевдоабстиненции» фиксируется на уровне *сенсорной обсессии, неврологической иллюзии, сенестопатии (галлюцинаторной сенестопатии)*, отражающих уровневую и этапную клиническую динамику аддиктивной болезни (опиоидной зависимости).

7. Идеаторный синдромальный уровень выраженности психопатологии при опиоидной наркомании включает палитру расстройств, имеющих характеристики своего качественного «утяжеления» по мере прогрессирования основного психического заболевания. Этими идеаторными образованиями являются: *сверхценная идея, бредоподобное расстройство, паранойяльный сверхценный бред наркомана, острый чувственный бред* (на пике абстиненции и «псевдоабстиненции» в их наиболее манифестных формах. Его структурную основу определяют кататимность Н.В.Маиер, катестезия В.А.Гиляровского).

8. Патологическое влечение к интоксикации фигурирует как яркий признак обострения аддиктивной болезни (опиоидной зависимости) при всех вариантах феномена «псевдоабстиненции», сочетаясь с другими симптоматическими проявлениями наркомании, отражающими психопатологическую структуру наркодминантного комплекса.

Заключение

«Псевдоабстиненция», будучи одним из клинических проявлений (компонентов) *патологической аддикции*, а следовательно — важным признаком болезни, является ее эффективной клинической характеристикой, демонстрирующей примат психопатологии аддиктивной болезни. Она является отражением ее закономерной динамики *психопатологического процесса* с отображением уровня психического поражения и ведущих механизмов клинико-психопатологического воспроизводства аддиктивной болезни.

Отсутствие в периоды обострения симптоматики «псевдоабстиненции» **интоксикационных расстройств** нивелирует аспект токсикологии и акцентирует психопатологический контекст болезненного проявления.

Личностно-средовой фактор при актуализации «псевдоабстиненции» является вторичным феноменологическим образованием и в большей степени задействован при *малой злокачественности* проявле-

ний аддиктивной болезни. Этот фактор, оказывая влияние на ее нюансы и варианты клинического проявления (дискретный вариант течения, относительно легкий, а потому — фактически «обязательный путь» достижения клинической ремиссии), не меняет принципиально приоритет психопатологического клинико-диагностического и клинико-терапевтического детерминизма работы с аддиктивным больным. На *высоких уровнях злокачественности* патологической аддикции доминируют общие для нее психопатологические симптоматические и синдромологические комплексы, идентично узнаваемые и предьявляющие необходимость интенсивной работы с психопатологией зависимости.

Структура феномена «псевдоабстиненции» отражается клинико-психопатологическими характеристиками психического статуса аддиктивного больного. Она формируется компонентами: **сенсорным, идеаторно-аффективным, моторным**. Психопатологическая модель «псевдоабстиненции» — слепок и соответствие в своих наивысших проявлениях психопатологической модели абстиненции на соответствующем уровне исполнения. Клиническая динамика феномена отражает клиническую динамику аддиктивной болезни в ее эволютивном формировании позитивных и негативных психопатологических характеристик (этапы манифестации и последовательное усложнение клинического механизма проявления психопатологии).

Идеаторный синдромальный уровень выраженности психопатологии при опиоидной наркомании: сверхценная идея, бредаподобное расстройство, паранойяльный сверхценный бред наркомана, острый чувственный бред (на пике абстиненции и «псевдоабстиненции» в их наиболее манифестных формах).

Именно выраженный и акцентированный (кризовый) характер «псевдоабстиненции» отмечен при анализе нашего клинического материала в пропорции один к десяти, о чем было сказано выше. Однако менее акцентированный характер расстройства (когда квалификация собственно «псевдоабстиненции» нами не осуществлялась лишь по определенным этическим соображениям и для выявления именно качественного субстрата болезненного расстройства с возможностью его более точной идентификации и клинического описания рассматривались только явные манифестные случаи), по сути, встречается значительно чаще. В этих ситуациях клиницисты, как правило, фиксируют простое обострение патологического влечения к наркотической интоксикации. Тем не менее, мы полагаем, что здесь в любом случае вполне правомочно вести речь о редуцированных проявлениях «псевдоабстиненции» как предеденте именно с точки зрения характерной феноменологии фазового расстройства.

Это означает важную и востребованную констатацию природного единства психопатологии (в понимании ее структуры, динамики и эволюции, в том числе развития главных механизмов психопатологического клинического воспроизводства) в рамках одной нозологии и в равной мере констатацию синдромальной общности (как общепатологического начала) в рамках всей клинической наркологии — части клинической психиатрии. Все эти параметры влияют на клинический прогноз и определяют стратегические приоритеты и тактику активного лечения аддиктивной болезни.

Изученный клинический материал, демонстрируя представленную здесь палитру психопатологических проявлений аддиктивной болезни, также демонстрирует понятные клинические закономерности. Это позволяет говорить об особенностях динамики аддиктивной болезни с достаточной степенью полноценности понимания ее основных клинико-психопатологических тенденций, формируя клинико-динамический аспект и не прибегая, помимо прочего, к обязательному предьявлению результатов продолжительных катамнестических исследований, роль которых в клинической психиатрии и наркологии, между тем, никак не оспаривается и не преуменьшается. Клиническая описательная методология, демонстрируя известное разнообразие клинической картины, дает возможность оценки синдромального и нозологического уровня патологии, оставаясь при этом на должном уровне доказательности и клинической валидности.

Необходимость дальнейшего и комплексного изучения феноменологии патологической аддикции (нейронауки, патофизиология) по психопатологически детерминированному алгоритму («креативная симфония») становится на сегодня определяющей. На уровне стратегического рассмотрения это, несомненно, позволит более точно и комплексно анализировать клинику и синдромологическую феноменологию аддиктивной болезни как **целостный** познавательный блок и, формируя исследовательские коллективы, избегать взаимного непонимания в исследовательской среде. Это требуется для достижения необходимой результативности в преодолении патологии и обеспечении необходимых параметров «качества жизни» не только аддикта, но и его окружения всех уровней.

Список литературы

1. Альшулер 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.: ИЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
4. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-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: 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 опиоидной наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 22 с.
15. Найденова Н.Г. Компulsive влечение в клинике наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 142 с.
16. Погосов А.В. Опиоидные 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