

Аффективная составляющая патологического влечения в контексте патокинеза синдрома

МИХАЙЛОВ М.А.

к.м.н., заместитель директора по науке Московского научно-практического центра наркологии
Департамента здравоохранения г.Москвы; e-mail: mick956@gmail.com

Патологическое влечение к наркотику рассмотрено с позиции структурно-динамического подхода в терминах традиционной психопатологии. Внимание сконцентрировано на изменениях в аффективной сфере и взаимовлияниях телесной, аффективной и идеаторной составляющих патологического влечения на патокинетические закономерности его развития. Показано, что первоначальные клинические проявления патологического влечения выражаются расстройствами общего чувства, обусловленными нарастающим нейротрансмиссивным дисбалансом. В результате этого запускается мощная цепная реакция аффективной патологии. В аффективной сфере в предельном случае патологическое влечение проходит через четыре последовательных этапа, в результате чего инициируется запуск идеаторных расстройств.

Ключевые слова: патологическое влечение, идеаторные расстройства, аффективные расстройства, патокинез влечения

Введение

Синдром патологического влечения к психоактивным веществам является осевым синдромом всех заболеваний зависимости. Взгляды исследователей на природу этого явления сильно разнятся и, порой, оно трактуется с диаметрально противоположных позиций [2, 5, 8, 11, 14, 15, 21]. Мы рассматриваем данный синдром с точки зрения теории единого психоза [18, 19, 20]. Такой подход позволяет обнаружить общность многих базисных патологических механизмов в случае даже таких далеко отстоящих одна от другой нозологий, как заболевания зависимости и периодические психические расстройства [10, 24].

А.К. Ануфриев [3] рассматривал первичное психическое расстройство в виде комплекса, включающего в себя 2 компонента: телесный и аффективный. При этом он указывал на задействованность в этом процессе и элементов идеаторной сферы. Поскольку патологическое влечение представляет собой интегративный психопатологический феномен, целесообразно ставить вопрос о триаде его обязательных составляющих: телесной, аффективной, идеаторной. Ранее в рамках исследовательской программы по изучению психопатологических аспектов патологического влечения нами были описаны структура и динамика изменений в телесной и идеаторной сферах при этом явлении [11].

В телесной сфере в предельном случае патологическое влечение в своем развитии проходит через пять последовательных этапов: от инициальных проявлений в виде изменения «здорового тона во всем теле» (*vigor vitalis*), через парестезии, гомо- и гетерономные сенестопатии до эндосоматических галлюцинаций [9].

В идеаторной сфере в предельном случае патологическое влечение проходят через три последовательных этапа: от качественного сдвига в мировосприятии

на фоне эмоциональной депривации через «метафизический сдвиг» сознания до бредоподобных фантазий, или «брёда воображения» Дюпре [11].

В настоящей работе мы сконцентрируемся на изменениях в аффективной сфере и взаимовлияниях всех трёх составляющих патологического влечения на патокинетические закономерности его развития.

Объект и методы исследования

В исследование были включены 215 женщин, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии ДЗ г.Москвы в 2008—2010 гг. Средний возраст исследуемых — 26,6 года. Из всех больных 169 чел. — пациентки, страдающие опийной наркоманией (они использовали героин, метадон, буторфанол, золдиар, терпинкод); 13 чел. злоупотребляли психостимуляторами — кокаином, «первитином», метамфетамином; 11 больным ставился диагноз *токскомания*, эти пациентки использовали коаксил. 22 больные страдали полинаркоманией в основном из-за использования ими каннабиноидов в сочетании с вышеперечисленными наркотиками. Все они употребляли анашу как «базовый» наркотик или викарно при невозможности достать препараты других групп. Основным методом, используемым в работе, стал клинико-психопатологический с уделением особого внимания структурно-динамическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

Теснейшая связь аффекта с влечениями известна давно. Некоторые авторы придают аффективной составляющей приоритетное значение [1, 16, 17], другие отводят ей подсобную, «обслуживающую» роль [7]. В любом случае в клинической практике аффек-

тивная составляющая патологического влечения нередко выходит на первый план и детерминирует грубые поведенческие расстройства, что приводит к срыву социальной адаптации или возобновлению наркотизации.

Рассматривая процесс обострения патологического влечения в аффективной сфере, можно выделить несколько этапов, закономерная смена которых приводит, в конечном счёте, к актуализации патологического влечения.

На *первом этапе* меняется аффективный фон — из нормотимического он становится субдепрессивным или гипоманиакальным. В условиях клиники это чаще всего происходит у опийных наркоманов на 8—10-й день пребывания в стационаре; у злоупотребляющих психостимуляторами — с 3—5-го дня пребывания; у злоупотребляющих каннабиоидами определить время начала актуализации влечения достаточно трудно, однако у большей части наших пациентов это происходило с 13—15-го дня пребывания.

Изменению аффективного фона обычно предшествуют инициальные изменения в сфере общего чувства, некий кратковременный соматопсихический дискомфорт. Иногда отделить первичные изменения в телесной и аффективной сфере друг от друга вообще не удаётся, они переплетаются, образуя единое целое [4].

При гипоманиакальном изменении фона больные становятся энергичными, оживляется их моторика, голос становится громче, они активно жестикулируют, часто улыбаются. Возникает повышенная потребность в общении, желание чем-то заняться, ощущение прилива сил. Они «вдруг» понимают, что совершенно выздоровели. Их суждения в этот момент отличаются легковесностью, отчётливой переоценкой своих возможностей. Критика значительно снижена.

При субдепрессивном изменении фона пациенты становятся гипомимичными, подавленными и пассивными. Большую часть времени они проводят в постели, снижается аппетит. В эмоциях преобладают тоскливые или тоскливо-апатические переживания. Они обращаются с жалобами на «тоску», «скуку», «душевную пустоту», безразличие к окружающему. Возможна инверсия аффекта, больные с гипоманиакальным фоном резко, в течение нескольких часов или даже минут, становятся субдепрессивными, и наоборот.

На *втором этапе* чистый аффект становится смешанным, к симптоматике присоединяются эмоциональная лабильность, раздражительность, тревога, явления дереализации-деперсонализации. Базовый фон настроения при этом может оставаться прежним. Никаких принципиальных различий между проявлениями второго этапа при разных формах нарко- или токсикомании не обнаруживается. Переживания больных здесь как бы унифицируются, определённая

индивидуальность этих переживаний сохраняется лишь из-за преморбидных особенностей личности. Длительность второго этапа — от нескольких минут (чаще часов) до 1 суток.

Эмоциональная лабильность чаще всего выражается в плаксивости. Больные легко начинают плакать по любому поводу, после разговора с родственниками, во время беседы с врачом или соседкой по палате: «не знаю, что со мной происходит, плачу и всё». Кроме того, проявлением эмоциональной лабильности может быть повышенная ранимость и обидчивость: «становлюсь как комок нервов», «будто без кожи». Эта симптоматика наиболее ярко выражена у истероидных и эмоционально неустойчивых личностей.

Довольно скоро присоединяется раздражительность. Больные становятся сварливыми, конфликтными, придирчивыми, вступают в ссоры с соседями по палате и персоналом: «Раздражает всё, телевизор, собственный макияж, одни и те же разговоры в курилке, передушила бы всех!». Раздражительность в сочетании с гипоманиакальным фоном настроения вызывает своеобразное чувство «злорадного удовольствия», «как бы подначивает», «даже заводит». Наиболее ярко этот симптом проявляется у эпилептоидных личностей. Появление раздражительности может как бы провоцировать появление тревоги или сосуществовать с ней одновременно.

Тревога на втором этапе наблюдается как при гипоманиакальном, так и при субдепрессивном фоне настроения.

При базовом гипоманиакальном фоне настроения у пациентов при сохраняющемся преобладании положительных эмоций появляется беспокойство. Они становятся суетливыми, не могут найти себе места, начинают бесцельно ходить из угла в угол по коридору или палате. Свои ощущения больные здесь описывают в таких выражениях: «в груди волнение, ноги как на пружинках», «как будто чего-то не хватает», «в душе что-то прямо зудит». Нередко появление тревоги может быть спровоцировано разговором на темы об употреблении наркотиков. В такие моменты пациенты становятся навязчивыми, изводят персонал многообразными мелкими просьбами, выклянчивают у врача любые дополнительные назначения. Вне клиники тревога на этом этапе часто приобретает форму безудержного стремления к перемещению по городу, беспрестанным телефонным звонкам и т.п.

При базовом субдепрессивном фоне настроения больные, до этого залёживающиеся в постели, начинают испытывать необъяснимое беспокойство, появляется неусидчивость, немотивированная «внутренняя тревога», необъяснимые предчувствия. Они не находят себе места, назойливо требуют разрешения срочно позвонить по телефону родным или знакомым,

«неожиданно вспоминают», что в предыдущем разговоре забыли передать им нечто очень важное, что на деле оказывается банальной просьбой прислать побольше сигарет или подтверждением давно известного факта. Другие больные требуют пересмотра терапии, увеличения дозы седативных препаратов — «сделайте так, чтобы я уснула на 3 суток», обращаются за помощью к психологу. Нередко наши пациенты начинают здесь сомневаться в правильности своего решения лечь в больницу: «Всё равно вы мне не помогаете, зря я сюда пришла, надо было лечиться в частной клинике».

Интенсивность тревоги на втором этапе патологического влечения постоянно меняется, она то усиливается, то ослабевает, однако полностью не исчезает никогда. Тревожные проявления являются здесь облигатным признаком, они наблюдались у всех 215 обследованных (100%).

Деперсонализация-дереализация завершает второй этап актуализации патологического влечения. Соматопсихическая деперсонализация проявляется в изменённости своих телесных ощущений — «не только с настроением что-то происходит, но и тело чувствуешь как-то по-другому», «всё какое-то ватное внутри, словно в одеяле», «тело как будто отдельно от головы», собственный голос воспринимается «тусклым», «глуховатым». Аутопсихическая деперсонализация проявляется в ощущении ухудшения контакта с окружающим — «и настроение неустойчивое, и тревога, но всё это как будто тебя по-настоящему не касается», «как видеоклип про себя». Дереализация проявляется в изменении восприятия цвета и контрастности окружающего — «все как через стекло», «цвета предметов тусклые». При гипоманиакальном фоне настроения может повышаться контрастность видимых предметов — «все чётче, контрастнее, но какое-то ненатуральное», «чего-то в этом не хватает». Отмечаются также феномены искажения восприятия времени: замедление, ускорение, периодические остановки его течения.

На *третьем этапе* происходит полная утрата контроля над аффектом. Тревога нарастает. В некоторых случаях она достигает уровня панического расстройства. Больные крайне угнетены, неусидчивы, эмоционально лабильны. Состояние больных волнообразно меняется, периодически появляется растерянность, мышление аффективно дезорганизуется. Они с трудом понимают, что с ними творится. Чувство напряжённости, тревожного ожидания, беспричинного беспокойства присутствует на протяжении всего этапа. Однако осознания влечения к наркотику здесь не происходит. Многие больные в таком состоянии начинают заводить разговоры о досрочной выписке. При этом они обычно даже неспособны как-то аргу-

ментировать свои требования. В отличие от других этапов процесса, пациенты здесь не склонны к изощрённой лжи или хитроумным объяснениям. Чаще всего требования о прекращении лечения выражаются в примитивных стереотипных фразах: «мне просто надо», «не могу здесь больше», «отпустите на один день, клянусь, что завтра вернусь» и т.п. В поведении больных в такие моменты также отмечаются некоторые элементы стереотипий. При отрицательном ответе врача пациенты чаще выглядят растерянными, чем раздражёнными, многие начинают плакать. Аффект всегда смешанный: преобладают тревожно-тоскливые проявления, бывает тревожно-апатический и тревожно-дисфорический. В некоторых случаях аффект на этом этапе оставался настолько лабильным, что определить его характерные черты не представлялось возможным, однако тревога и у этой части обследованных присутствовала в структуре аффекта обязательно. Длительность третьего этапа никогда не превышает 24 ч, обычно он продолжается не более 4 ч.

Четвёртый этап представляет собой кульминационную точку в развитии патологического процесса. Как и на предыдущем этапе, аффект остаётся смешанным, его базовым фоном всегда является разлитая тревога, которую дополняют тоскливые, апатические и дисфорические включения. Выраженность тревоги максимальна. Феноменологически это проявляется аффективной лабильностью, крайней неусидчивостью, моторными стереотипиями, невозможностью сосредоточения; поведение часто становится неадекватным ситуации и определяется только аффективными переживаниями. Больные мечутся, порой плохо понимают окружающую ситуацию, дают вспышки немотивированной агрессии или слезливости, некоторые становятся угрюмо замкнутыми, аутичными. Отмечаются проявления микрокататонии в виде изменения тембра голоса, застывшего взгляда, несовпадения мимики верхней и нижней части лица, гримас и шмыганья носом, тугоподвижности шейных мышц и мышц плечевого пояса, аспонтанности. Неусидчивость больных здесь очень часто сопряжена с ощущениями особого мышечного напряжения и покалывания в нижних конечностях, которое уменьшается или исчезает при движении. Этот феномен известен под названием «синдром беспокойных ног», и его, несмотря на преимущественно телесные проявления, принято относить к аффективной патологии [9, 13, 21].

На пике аффективных переживаний происходит осознание влечения к наркотику. Чаще всего отчётливое понимание непреодолимой потребности в наркотики приходит внезапно по типу «мгновенного понимания» или «озарения» и представляет собой совершенно не разрушимую психопатологическую конст-

рукцию. Ни о какой критике в этот момент не может идти и речи — влечение к наркотику поглощает все смыслообразующие, телесные и аффективные возможности психики. Здесь мы имеем дело с моментом патологического смыслообразования, т.е. происходящим в альтернативном состоянии сознания мгновенным программированием нового, глубоко патологического по своей сути, смысла, при слиянии аффективного, телесного и идеаторного компонентов влечения [12]. После этого у больных обычно появляется чувство некоторого облегчения, кратковременное разрешение внутреннего напряжения. В такие моменты они на короткое время совершенно замыкаются в себе, на любые вопросы дают односложные ответы или под благовидными предлогами вообще отказываются отвечать. Исчезает тревожность, моторика остаётся ускоренной, но приобретает особую чёткость и даже определённую плавность, больные сосредоточены и погружены в себя. Таким образом, мы видим, что на четвёртом этапе нарастание аффективной патологии инициирует катастрофические изменения в идеаторной сфере, которые можно квалифицировать как кристаллизацию бреда, по М.И. Балинскому [6] или бредовое озарение, по К. Шнайдеру [23].

Момент осознания влечения является как бы точкой бифуркации процесса: сразу же вслед за подобным осознанием часть больных обращается к врачу за помощью, другие же, напротив, как бы получают сигнал к дальнейшему нарастанию симптоматики, которая ведёт их к неминуемой наркотизации.

В этом случае всё поведение больных отчётливо направлено на употребление наркотика: для этой цели они начинают изобретательно и очень правдоподобно врать, находят «железные» аргументы для немедленной досрочной выписки или совершают сложные поведенческие комбинации для совершения побега. Попытки какой-либо внешней коррекции в такие моменты совершенно лишены смысла. По образному выражению одной из больных, «в такие моменты меня не остановишь, я — просто биоробот». В речи, мимике и пантомимике присутствуют стереотипии. Напряжённость аффекта максимальна. Больные не слушают доводов за продолжение лечения, требуют немедленной выписки, при отказе дают выраженные дисфорические или истерические реакции. Критика к состоянию резко снижена. В таком состоянии они чаще всего досрочно выписываются из отделения по «отказу от лечения».

Примерно у 20% больных с преобладанием в личности истероидного радикала процесс актуализации патологического влечения в аффективной сфере достигает уровня аффективно суженного сознания. В случае досрочной выписки на четвёртом этапе практически все пациенты в течение первых суток

возобновляют употребление наркотика. Об этом сообщали 98% обследованных. Неупотребление наркотика в этом случае всегда было связано лишь с «неблагоприятными» внешними обстоятельствами: арестом, невозможностью достать наркотик и т.п. Длительность четвёртого этапа — не более 24 ч.

Заключение

Поскольку интоксикация клинически идентична эндоформному психозу [10], а патологическое влечение фактически является его пусковым механизмом, можно рассматривать это явление как продром психотического эпизода. Если добавить к этому естественно следующую за интоксикацией абстиненцию с её астено-депрессивной симптоматикой, образуется замкнутый «наркоманический цикл» [22], в котором отчётливо прослеживаются все патокинетические закономерности эндогенных заболеваний. С позиции теории единого психоза, это позволяет чётко определить место и роль патологического влечения в формировании и течении болезней зависимости — патологическое влечение в большей степени принадлежит психозу, чем постпсихотической депрессии (хотя развивается оно именно на фоне этой депрессии), т.е. это не составная часть депрессии, это уже составная часть психоза.

В развитии патологического влечения прослеживаются 2 триггера:

- 1-й триггер — это расстройства в сфере общего чувства, которые, по-видимому, служат пусковым механизмом собственно аффективной составляющей влечения. Эти инициальные расстройства общего чувства в виде труднопередаваемых ощущений представляют собой глубинные, протопатические переживания, в которых чувствительность и аффективность тесно спаяны. Эти феномены можно квалифицировать как «сенсации», по А.К. Ануфриеву [3] или «кайнестопатии», по М.И. Аствацатурову [4];

- 2-й триггер — кульминация аффективной патологии на 4-м этапе, которая запускает механизм идеаторной составляющей патологического влечения. Здесь на фоне разлитой тревоги происходит осознание влечения к наркотику в виде бредового озарения, по К. Шнайдеру [23] или кристаллизации бреда, по М.И. Балинскому [6]. В результате подобной дезорганизации мышления патологическое влечение становится абсолютно неуправляемым, что неминуемо приводит больных к употреблению наркотика.

Эти факты указывают на то, что собственно аффект, скорее всего, не является ведущей силой патологического влечения. Во взаимоотношении аффекта и идеаторных расстройств приоритет безусловно следует отдавать расстройствам в идеаторной сфере. Если к этому добавить ещё предшествующие аффек-

тивной патологии изменения в сфере общего чувства, то выстраивается некая «скелетная» схема развития патологического влечения.

Первоначальные клинические проявления патологического влечения выражаются расстройствами общего чувства, обусловленными нарастающим нейротрансмиттерным дисбалансом. В результате этого запускается мощная цепная реакция аффективной патологии, которая, в свою очередь, инициирует запуск идеаторных расстройств. Идеаторные расстройства являются, в свою очередь, базой для запуска поведенческих паттернов, в конечном счёте, обеспечивающих неминуемую наркотизацию. Таким образом, происходит восстановление нарушенного абстиненцией патологического гомеостаза.

Список литературы

1. Агibalова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника, терапия): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2007. — 47 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М., 1994. — 216 с.
3. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами // Психосоматические расстройства при циклотимии и циклотимоподобных состояниях. — Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1979. — С. 8—22.
4. Аствацатуров М.И. Избранные работы. — Л., 1939.
5. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М., 1987. — 336 с.
6. Балинский И.М. Этиология и патогения душевных болезней // Клинические лекции по психиатрии. — СПб., 1859.
7. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
8. Брагин Р.Б., Чайка Ю.В. Выделение сверхценной формы патологического влечения в клинике токсикоманий и наркоманий // Сб.: Психиатрические аспекты наркологии, 1985. — С. 74—77.
9. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом // Вопросы наркологии. — 2011. — № 2. — С. 37—49.
10. Михайлов М.А. Психопатологическая структура и динамика острой «эфедрон-»первитиновой» и опийной интоксикации: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1992. — 194 с.
11. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—25.
12. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. — 2011. — №1 (XIX). — С. 95—104.
13. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1995. — 150 с.
14. Найденова Н.Г. Компulsive влечение в клинике наркоманий: Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1975. — 142 с.
15. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 333 с.
16. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания // Наркология. — 2005. — №12. — С. 36—39.
17. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
18. Снежневский А.В. О клинических закономерностях течения психических заболеваний // Вестник АМН СССР. — 1971. — №5. — С. 79—83.
19. Снежневский А.В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н.К. Боголепова, И. Темкова. — М.: Медицина, 1974. — С. 156—169.
20. Штернберг Э.Я. Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. — №9. — С. 1403—1413.
21. Lopez-Ibor J.J. Depressive Illnes. — Baltimore, 1972. — P. 34—38.
22. Mikhaylov M.A. Toluene addiction: the psychopathological aspect // Papers of 22-nd International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence. — Trieste, Italy, 1995. — P. 147.
23. Schneider K. Klinische psychopathologie. — Stuttgart, 1962. — P. 115.
24. Tabakov S.N. Book of Abstracts of the 38-th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence. — Prague, Czech Republic, 1994.

AFFECTIVE COMPONENT OF PATHOLOGICAL CRAVING IN CONTEXT OF THE SYNDROM PATHOKINESIS

MIKHAYLOV M.A.

Deputy Director on Research of Moscow Research and Practical Center on Addiction, Moscow;
e-mail: mick956@gmail.com

Pathological craving for drug is considered in terms of structural-dynamic approach and traditional psychopathology. Changes in affective sphere and interferences of common sensibility, affective and ideatoric components of a pathological craving and pathokinetic laws of its development are in attention focus. It is shown that initial clinical displays of a pathological craving are expressed by the frustration of the common sense caused by a disbalance of neurotransmitters. It results in a powerful chain reaction of an affective pathology. In a limiting case the pathological craving in affective sphere passes through four consecutive stages initiating start of ideatoric disturbances.

Key words: pathological craving, pathokinesis of craving, ideatoric disturbances, affective disorders