

# Отклик на комментарии А.Г. Гофмана к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред»

ЗОБИН М.Л.

Медицинский центр по лечению наркотической и алкогольной зависимости,  
Москва, ул. Суцневская, д.21; e-mail: dr.zobin@mail.ru

В продолжение дискуссии на страницах журнала «Вопросы наркологии», начатой В.Д. Менделевичем (№5. — 2010), в связи с публикацией М.А. Михайлова (№4. — 2010), и поддержанной А.Г. Гофманом (№3. — 2011). Автор полемизирует с А.Г. Гофманом по поводу психопатологических характеристик влечения к психоактивным веществам. Отстаивается необходимость использования принципов доказательности при проведении клинических исследований.

Ключевые слова: патологическое влечение, психоактивные вещества, аддиктивное влечение, психопатология, принципы доказательности

В своём комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» [4] проф. А.Г. Гофман соглашается с основной позицией автора в том, что влечение это не бред [2]. Это заключение, сформулированное в последней фразе, выглядит довольно неожиданным, так как на протяжении всего текста проф. А.Г. Гофман оппонирует автору статьи по множеству позиций, упрекая его в подмене содержательной научной дискуссии «терминологическими упражнениями».

В частности, А.Г. Гофман не находит оснований для замены термина *патологическое влечение* на *аддиктивное влечение*, полагая, что речь идет лишь о подгонке терминологии под англоязычные стандарты. Справедливости ради следует отметить, что термин *аддиктивное влечение* не является калькой аналогичного понятия, используемого в англоязычной литературе. Влечение к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) в англоязычной литературе традиционно обозначается термином *craving* иногда подменяясь близким по значению термином *urge*.

В ICD (МКБ)-10 термин *craving* не используется, но сам феномен определяется как непреодолимое желание или компульсивное влечение к употреблению ПАВ и выступает в качестве одного из диагностических критериев зависимости.

Начиная с известной работы В.Б. Альшутлера [1], в отечественной наркологии ведется разработка концепции *патологического влечения к ПАВ* как стержневого психопатологического образования сверхценно-паранойальной структуры, определяющего основные клинические проявления наркологического заболевания. В развитие этих представлений М.А. Михайлов [5] рассматривает патологическое влечение к интоксикации как аффективно-бредовый психоз со всеми присущими ему характеристиками

расстройств сознания и мышления. Такой подход имеет далеко идущие последствия:

- во-первых, он выступает как теоретическая основа для использования нейролептиков в качестве базовой терапии химической зависимости;
- во-вторых, предполагает возможность принудительного лечения больных алкоголизмом и наркома-ниями по тем же основаниям, которые сформулированы для психотических больных;
- в-третьих, исключает использование терапевтических стратегий, ориентированных на снижение вреда;
- в-четвертых, не согласуется с указанными в МКБ-10 критериями зависимости, отражающими внутренний конфликт с постоянными или периодическими попытками прекратить употребление.

Такая концепция «патологического влечения» определяет собственный путь развития отечественной наркологии и расходится с представлениями, существующими в мировой медицинской науке и клинической практике. В связи с этим, противопоставление аддиктивной потребности «патологическому влечению» имеет не терминологический, а содержательный характер. По существу, полемика ведется относительно того, является ли психопатологическая (психотическая) модель зависимого поведения достижением или заблуждением.

По мнению проф. Гофмана, описание М.А. Михайловым абстинентного синдрома является серьезным достижением, так как «ничего подобного ни в отечественных, ни в западных публикациях нет». Это утверждение хотелось бы оспорить. В отечественной литературе абстинентные расстройства многократно и подробно описывались психопатологами достаточно высокой квалификации, и среди них — М.Я. Серейский, В.А. Горовой-Шалтан, И.В. Стрельчук, В.В. Бориневич, И.Н. Пятницкая, Н.Г. Найденова и др. Никто из них не решился возвести наблюдаемые рас-

стройства в ранг «бредовой трансформации сознания». Не допускаем мысли, что проф. А.Г. Гофман не знаком с этими работами. Что же касается «западных публикаций», то полный перечень работ, исследующих характеристики влечения, в том числе в периоде синдрома отмены ПАВ, не поддается исчислению. Лишь более сотни из них, наиболее значимых, представлены в обзоре, публикуемом частями в «Неврологическом вестнике» [3].

Профессор А.Г. Гофман не видит причин, почему переживания, возникающие в период вынужденной депривации искомого состояния (в данном случае состояния комфорта, связанного с употреблением ПАВ) нельзя облекать в термины *паранойальное образование* или *сверхценность*. Возможно, этого не следует делать по нескольким причинам. Во-первых, это противоречит принципу «экономии мышления», сформулированному еще У. Оккамом для случаев, когда сущности умножаются без необходимости. Во-вторых, это избыточное «опсихиатричивание» феноменологии предельных состояний бытия, в отношении чего предостерегал К. Ясперс.

Переживания, определяемые М.А. Михайловым как *качественный сдвиг мировосприятия со своеобразной аутизацией*, многократно описывались в художественной литературе у персонажей, находящихся в условиях недостижимости объекта любви. При этом возникали нарушения сна и аппетита, вегетативные расстройства, депрессии, сужение сознания и кататимные переживания в виде чувственно окрашенных образов и представлений, достигающих уровня «бреда воображения». Вольтер описывал переживания заключенного как метания «от конвульсий тревоги к летаргии скуки». Можно ли считать все это этапами бредовой трансформации? Сравнения переживаний, возникающих в ситуации депривации объекта любви или свободы, с психофизиологическими характеристиками синдрома абстиненции приведены здесь лишь для демонстрации сходства их внешних проявлений. Патологическая основа этих реакций может существенным образом различаться, но если следовать утверждению проф. А.Г. Гофмана о том, что «метод аналогий — это традиционный путь исследования», можно с полным основанием отождествлять эти состояния. Но все ли с этим согласятся?

Консультируя врачей сосудистого хирургического отделения, нам приходилось наблюдать больных облитерирующим эндартериитом после ампутации одной из конечностей. На костылях, перед лицом реальной угрозы остаться вовсе без ног, они продолжали курить. Следовало ли считать их «псевдорационалистические размышления о неизбежности смерти» идеаторными расстройствами в рамках «аутопсихической деперсонализации», как предлагает это делать в

отношении больных наркоманиями М.А. Михайлов? Или признать их иррациональные объяснения саморазрушающего поведения «эндогенноморфной» симптоматикой и «тяжелым психическим заболеванием», используя метод аналогии, предлагаемый профессором Гофманом?

Целевое поисковое поведение при витальной потребности в условиях затрудненного доступа и сопутствующих рисков может не только изменять систему приоритетов и дезорганизовывать деятельность, как справедливо отмечает А.Г. Гофман, но и, напротив, организовывать ее с привлечением всех наличных ресурсов. Кто не знает, какие изощренные способы активные наркопотребители используют порой для получения вожделенной субстанции? Какую стеничность, изобретательность и целеустремленность они демонстрируют, насколько бывают артистичны и убедительны? Эта тонкая подстройка к быстро меняющейся ситуации и эмоциональная пластичность больных плохо согласуется с представлениями о бредовой отрешенности с калейдоскопическими наплывами идеаторных автоматизмов.

Описание доктором М.А. Михайловым рассказов его пациентов указывает на их необычайную красочность и своеобразную увлекательность при сохранении логической связанности и последовательности, а также неизменной направленности на заинтересованного слушателя. Про свои идеаторные нарушения они лишь рассказывают, но в беседе не обнаруживают. Так не бывает. Вернее, бывает, когда речь идет о псевдологических построениях, подогреваемых искренним интересом врача к «глубинным переживаниям» своих подопечных. Поэтому представление автора о «единых механизмах бредообразования» расстройств влечения и эндогенного психоза выглядит неубедительно. Не бывает образного бреда без структурных нарушений мышления, и не бывает нарушений мышления без отражения их в речевой продукции. Непонятно, правда, о каких 20 «непосредственных» наблюдениях в клинике сообщает нам доктор Михайлов, описывая утрату интереса к общению с ним у пациентов в момент, предшествующий употреблению, «когда шприц уже в руке». Действительно, в такие минуты присутствие врача может вызывать раздражение.

Профессор А.Г. Гофман возражает против того, что потребность в приеме наркотика отражает лишь стремление предотвратить наступление абстинентного синдрома. И с этим трудно не согласиться. Сохраняющаяся потребность в дополнительных ощущениях нередко приводит к употреблению уличного героина у реципиентов программ заместительного лечения метадонем, когда не существует угрозы возникновения абстинентных расстройств. Но далее профессор

А.Г. Гофман ставит в заслугу М.А. Михайлову то, что он «прекрасно показал» потребность в достижении «гипоманиакального или маниакального состояния». М.А. Михайлов наблюдал своих пациентов в состоянии острой абстиненции и раннего постабстинентного периода, когда основным мотивом употребления действительно является стремление избежать субъективно тягостных переживаний синдрома отмены. Мы не нашли в статье М.А. Михайлова упоминаний о маниакальных состояниях, но это скорее достоинство, чем недостаток работы. Состояние после употребления опиатов мало напоминает маниакальное, при нём не наблюдается ни двигательного, ни идеаторного оживления и аффект характеризуется скорее умиротворённостью, чем приподнятостью. Это состояние физического комфорта, которое трансформируется в ощущение психического благополучия, не соответствует клиническим признакам маниакального содержания.

Профессор А.Г. Гофман утверждает, что «абстинентный синдром у героинового наркомана сопровождается постоянно возникающей неврологической симптоматикой, двигательным возбуждением, в редких случаях глубоким помрачением сознания с гиперкинетическим возбуждением». Однако подобные клинические проявления вовсе не характерны для синдрома отмены опиоидов. Наши европейские и американские коллеги, имеющие многолетний опыт деморфинизации героинового аддикта, никогда такого не видели. То, что описывает уважаемый профессор, является отличительной особенностью национальной наркологии и объясняется массивной седативно-снотворной фармакологической нагрузкой больных с синдромом отмены опиоидов нейролептиками и антидепрессантами с холинолитической активностью.

Профессор А.Г. Гофман справедливо указывает на то, что наркотическая зависимость сопровождается серьезными нарушениями функционирования различных отделов головного мозга, и зависимое поведение невозможно объяснить нормальными психологическими механизмами. Но ведь никто не оспаривает болезненную природу химической аддикции. Хорошо известно, что в основе потребностной мотивации при наркотической зависимости лежат устойчивые патофизиологические механизмы. Возникающая при этом нейроадаптация характеризуется перестройкой функционирования мозговых трансмиссивных систем и сопровождается альтерацией когнитивных ресурсов, модифицирующих характеристики внимания, памяти и восприятия. Но нет никаких оснований отождествлять эти процессы с эндогенной природой аффективно-бредового психоза. Несостоятельность подобной точки зрения подтверждается и тем, что в доказа-

тельных клинических испытаниях антикрэйвинговых эффектов нейролептиков выявить не удалось.

Игнорируя все клинические аргументы проф. В.Д. Менделевича, указывающие на несостоятельность психопатологических трактовок аддиктивного влечения, проф. А.Г. Гофман считает, что автор ничего не противопоставляет позиции М.А. Михайлова. При этом стандартные требования к описанию дизайна исследования относит к разряду «мелких замечаний». Однако современные клинические исследования требуют, во-первых, ясных формулировок критериев включения в группу обследуемых, во-вторых, максимальной объективизации наблюдаемых расстройств с привлечением психометрических шкал, в-третьих, указаний, на фоне каких лекарственных назначений оценивались когнитивные функции больных. По всем трём позициям работа М.А. Михайлова представляется чрезвычайно уязвимой.

Так, например, по критериям включения совершенно невнятной выглядит группа «полинаркомания», выделяемая автором «в основном из-за использования каннабиноидов в сочетании с другими наркотиками». Если автор определяет ананас как «базовый» наркотик, факт эпизодического употребления других ПАВ без признаков зависимости не может служить основанием для диагноза *полинаркомания*. Если зависимость от других наркотиков все же существует, то непонятно, каким образом «базовый» наркотик может выступать в качестве викарной субстанции. Известно, что наиболее частым замещением опиатов у зависимых субъектов в период абстиненции является алкоголь, а не ЛСД с галлюциногенными грибами. Но автор об этом даже не упоминает. Сомнительным также является выделение коаксила в отдельную группу токсикоманий. Возможно, автор и смог бы ответить на эти вопросы, только их, при корректном дизайне исследования, не должно было быть вовсе. Использовать стандартизированные инструменты оценки психического состояния, в том числе «патологического влечения», М.А. Михайлов, видимо, не посчитал нужным, поскольку применялся «клинико-психопатологический метод с уделением особого внимания структурно-динамическому анализу». Ну, что тут можно сказать? Никто не отрицает важность, а иной раз незаменимость клинико-психопатологического метода. Однако психиатр В.Д. Менделевич находит убедительные аргументы, указывающие на несостоятельность «структурно-динамического анализа» психиатра М.А. Михайлова. При этом оппоненты вряд ли когда-нибудь договорятся. Кто не видел клинических разборов, когда трое маститых профессоров высказывали четыре несовпадающие точки зрения на одного больного? Вся история психиатрии пронизана подобными дискуссиями. Именно

для того, чтобы свести до минимума эти разногласия, в клинических исследованиях используются унифицированные валидные инструменты оценки психического состояния. Более доказательных методов наука сегодня предоставить не может, и эти требования не являются «мелкими замечаниями».

Мы согласны с мнением А.Г. Гофмана о том, что надо заниматься клиникой наркоманий. Хотелось бы только, чтобы энтузиазм исследователей не выходил за рамки строгих научных принципов доказательности, а творческий полет фантазии ограничивался бы профессиональной взыскательностью.

### Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
2. Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. — 2011. — №3. — С. 123—126.
3. Зобин М.Л. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Обзор // Неврологический вестник. — 2011. — №3. — С. 44—54; №4. — С. 65—74.
4. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №5. — С. 95—102.
5. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—26.