

Влечение к наркотикам, сверхценные идеи и сверхценность при наркоманиях

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии
Казанского государственного медицинского университета; e-mail: mend@tbit.ru

С позиции теории клинической психопатологии анализируется отечественная концепция патологического влечения к наркотикам. Делается вывод о том, что нет никаких научных оснований признавать, что при наркоманиях в структуре феномена влечения к наркотикам присутствуют сверхценные идеи в классическом психиатрическом понимании данного симптомокомплекса.

Ключевые слова: аддиктивное влечение, сверхценные идеи, бред

Проблема изучения и клинико-психопатологической оценки феномена так называемого патологического влечения к наркотикам остается для отечественной наркологии дискуссионной до настоящего времени [5, 6, 9—11, 13, 17—19, 21—23]. Этот клинический феномен обозначается в научной литературе как «стержневой психопатологический синдром», определяющий «нарушение адекватного отношения больного к своей болезни» и препятствующий «успешному лечению» [2, 3, 8, 12, 14, 15, 26, 27]. На данном теоретическом предположении строится вся терапевтическая тактика, оформленная в стандарты лечения, предлагаются законодательные инициативы [4].

Дискуссия вокруг вопроса о психопатологической квалификации феномена влечения к наркотикам еще более обострилась после выхода в свет Национального руководства по наркологии и некоторых статей в центральных профильных журналах [1, 10, 17, 18], в которых данный феномен приравнивается к бредовому синдрому. В частности, по мнению В.Б. Альтшулера [1], «при патологическом влечении к наркотикам суждения больных в пользу потребления ПАВ являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного». То есть автор перечисляет все известные характеристики бреда. Еще более открыто обозначил данную позицию М.А. Михайлов, опубликовав в журнале «Вопросы наркологии» статью с названием «Влечение как бред» [18]. После перечисленных публикаций в научной среде развернулась оживленная дискуссия [11, 13, 17, 22], в рамках которой никто из коллег, за исключением Е.А. Брюна [5], не поддержал идею о том, что влечение является бредовым синдромом.

Ведь действительно, если согласиться с тем, что влечение к наркотикам — это «ошибочное суждение, не поддающееся коррекции, возникающее на болез-

ненной основе» (т.е. бред), то придется признать, что пациент с аддиктивным влечением *ошибочно признает своё влечение к наркотику влечением* и его поведение определяет лишь идея, не основанная на реальности. То есть фактически получается, что у пациента *никакого влечения к наркотикам и нет*. Данную позицию критиковал более двадцати лет назад А.С. Тиганов [20]: «Было бы ошибочным считать <наркологического> больного бредовым больным, с вытекающими правовыми и организационными следствиями». Однако законодательные инициативы последнего времени [4, 5] демонстрируют игнорирование мнения научного психиатрического сообщества.

Если исключить из психопатологического анализа очевидно ошибочную позицию о бредовой интерпретации влечения к наркотикам, то останется оценить другую дискуссионную позицию отечественных наркологов о том, что *влечение к наркотикам является сверхценной идеей* (по Н.Н. Иванцу, В.В. Чирко [14] — «сверхценной структурой доминантного типа», по В.В. Чирко, М.В. Деминой [26, 27] — «сверхценной синдромальной структурой»).

В качестве доказательств правоты своей позиции авторы [1, 26] указывают на наличие в структуре влечения к наркотикам следующих параметров:

- 1) убеждённости в необходимости принять вещество;
- 2) отстаивании «права» употребления ПАВ как одного из неотъемлемых прав личности;
- 3) отрицании или преуменьшении проблемы употребления;
- 4) игнорировании очевидных фактов и некоторых иных параметров.

В.Б. Альтшулер [1] считает, что суждения больных о «пользе» употребления ПАВ можно расценить как сверхценные на основании того, что они «могут грубо противоречить реальным фактам жизни самого больного, т.е. искажённо отражать действительность».

Известно, что в психиатрии *сверхценные идеи* рассматриваются в континууме, на одном из полюсов которого располагаются сформированные под влиянием значимых жизненных ситуаций, ставшие устойчивыми мнения, взгляды, суждения, но сопровождающиеся критичностью человека по отношению к ним (психологические феномены или симптомы непсихотического уровня), на другом полюсе — так называемый *сверхценный бред* [24]. По отношению к первым справедливо высказывание С.Ю. Циркина [25] о том, что «сверхценности как таковые не служат признаком нарушения психической деятельности». А в отношении вторых аргументированна позиция А.Б. Смулевича и М.Г. Шириной [24] о том, что «в динамическом аспекте *сверхценные идеи* и *бред* представляются в качестве психопатологических проявлений последовательно сменяющихся этапов заболевания... эти данные... указывают на отсутствие непреодолимой границы между рассматриваемыми синдромами».

Однако обратим внимание на одно примечательное противоречие в позиции сторонников причислять влечение к наркотикам к *сверхценным образованиям* — противоречие между декларируемым наличием у наркологически больного непсихотического (нередко психологического) феномена *сверхценных идей* [11] и настоятельными рекомендациями купировать данный непсихотический феномен с помощью антипсихотиков.

Примечательно, что авторы часто используют сходные по звучанию, но принципиально различающиеся по психопатологической сути феномены: *сверхценные идеи* и *сверхценность*. Логично предположить, что их ошибочно используют в качестве синонимов.

Известно, что в общей психопатологии *сверхценные идеи* помещены в раздел расстройств мышления, наряду с навязчивыми идеями и бредом. Данный факт указывает на то, что, с одной стороны, *сверхценные идеи* рассматриваются как психопатологический синдром, с другой, что они имеют дифференциально-диагностические отличия от других ассоциативных расстройств. Тогда как понятие *сверхценность* не относится к сфере психопатологии, не входит в психиатрический тезаурус и отражает лишь специфику личностного реагирования. Понятно, что *сверхценность* отражает крайнюю степень значимости, важности той или иной сферы жизни, того или иного события или явления. Так же, как и *ценность*, *сверхценность* экстраполирована вовне, но личность имеет с предметом *сверхценности* тесную взаимосвязь. Можно говорить о существовании *сверхценностной ориентации личности*, отражающей не ка-

кую-либо мыслительную патологию, а систему индивидуальных приоритетов.

Под психопатологическим синдромом, названным *сверхценными идеями*, понимаются «продуктивные расстройства мышления, при которых возникает логически обоснованное убеждение, тесно связанное с особенностями личности, базирующееся на реальной ситуации...» [7, 16].

По мнению А.С. Тиганова [20], *сверхценные идеи* близки по структуре к паранойяльным, носят интерпретативный характер и отличаются от бреда тем, что «в основе их лежат реальные факты и события, в то время как для интерпретативного бреда с момента его возникновения характерны ошибочные, паралогические умозаключения». Таким образом, *сверхценные идеи*, так же, как и бредовые, могут рассматриваться как расстройства мышления, построенные на искаженной или ложной интерпретации реальных событий. В отличие от бреда *сверхценные идеи* не могут носить чувственный или образный характер.

Немаловажным является структурное сходство — и бредовые, и *сверхценные идеи* проявляются в практически идентичных клинических формах. К ним относятся [7]:

1) *сверхценные идеи*, связанные с переоценкой биологических свойств своей личности (дисморфофобические, ипохондрические, *сверхценные идеи* сексуальной неполноценности и *сверхценные идеи* самоусовершенствования);

2) *сверхценные идеи*, связанные с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества (изобретательства, реформаторства, талантливости);

3) *сверхценные идеи*, связанные с переоценкой социальных факторов (виновности, эротические, ревности).

В приложение к позиции о том, что влечение к наркотикам будто бы характеризуется наличием *сверхценных идей*, возникает очевидное противоречие: если это так, то к какой форме *сверхценных идей* следует отнести влечение к наркотикам? Влечение к наркотикам нельзя обозначить никакой из известных форм *сверхценных идей*, ничто из перечисленного не соответствует клинической реальности поведения больного наркоманией. Получается, что сторонники позиции о влечении как *сверхценной идее* игнорируют необходимость диагностировать и обозначить термин клиническую форму.

У больного наркоманией действительно присутствует стремление употребить наркотическое вещество, но суждения типа «я хочу употреблять наркотики» являются вербализацией потребности, а не *сверхценной идеей*. Ведь не обозначается же сексуальное

влечение при парафилиях как «сверхценная идея совершить сексуальное действие». Парафилия отражает искаженную волевую, а не мыслительную деятельность.

Убеждения больного в том, что «употребление ПАВ является одной из неотъемлемых прав личности» или суждения о «пользе» ПАВ не могут считаться искажающими действительность. *Сверхценная идея не идентична ложным убеждениям*, особенно в случаях, когда его (убеждение) разделяет определенная часть людей. Сверхценная идея как психопатологический синдром всегда имеет для больного уникальный индивидуально-личностный смысл. Она отражает неверную интерпретацию поведения и высказываний окружающих людей или неверную интерпретацию собственных ощущений и переживаний. На этом основании больным выстраивается система искаженного понимания действительности. Так случается при сверхценных идеях реформаторства, изобретательства, кверулянтства, ревности и пр. Но этого не наблюдается при реально существующем у больного наркоманией влечении к наркотику.

Еще одним значимым фактом, противоречащим представлению о том, что влечение к наркотику является сверхценным образованием, следует признать несходство динамических особенностей данных феноменов. Известно, что в клинической картине наркомании отмечается отчетливая тенденция к колебаниям психического состояния в связи с повышением или снижением интенсивности влечения к наркотикам [19, 23]. Типичным является относительно быстрая, фазная смена состояния длительностью от нескольких минут до нескольких часов. Причина колебаний кроется в нейробиологических эффектах наркотиков и закономерностях течения наркомании, в то время как сверхценные идеи носят устойчивый и длительный характер — от дней до месяцев [16, 20]. В их происхождении важная роль отводится кататимным и интерпретативным факторам, а не нейробиологическим механизмам, и на их динамику могут влиять колебания аффективного фона. В психиатрии неизвестен ундулирующий или флюктуирующий характер сверхценных идей. Так же, как и бред, сверхценные идеи — это стойкие ложные убеждения.

Таким образом, можно констатировать, что *нет никаких научных оснований считать, что влечение к наркотикам является сверхценным образованием и характеризуется наличием сверхценных идей*.

Возможно, привлекая к оценке состояния влечения к наркотикам термин *сверхценное образование*, авторы имеют в виду не сверхценные идеи как психо-

патологический синдром, а *сверхценность* как личностно-психологическое качество.³ Можно согласиться с тем, что у наркологически больного действительно изменяется иерархия ценностей, а стремление употребить наркотик начинает определять его интересы, поступки, образ жизни, отношение к окружающим. Но в таком случае речь идет о психологической деформации личностной сферы больного. *Сверхценность начинает проявляться не как влечение, а как Увлечение*. Сверхценное увлечение отражает доминирование в системе ценностей человека определенного вида деятельности, повышенный интерес и внимание к конкретной сфере жизни. Оно может быть связано с социальными и психологическими факторами у лица, сталкивающегося с проблемами адаптации к реальности, с экзистенциальными проблемами.

Несомненно, у больного наркоманией можно обнаружить сверхценность как личностно-психологическое образование. Но оно напрямую не связано с влечением к наркотику, т.е. не может быть им вызвано. Доминирующее положение наркопотребления в иерархии ценностей наркологически больного возникает задолго до становления признаков болезни и до формирования аддиктивного влечения. Можно утверждать, что сверхценность является скорее преморбидным условием, чем феноменом клинической картины заболевания.

Понятно, что признание факта наличия у больного наркоманией сверхценности как личностно-психологического феномена не позволяет считать обоснованным его психофармакологическое лечение, тем более с использованием таких средств как нейролептики.

По мнению С.Ю. Циркина [25], если сверхценное увлечение отличается от других свойственных больному сверхценностей только идеаторным содержанием, оно представляет собой *ложную психопатологическую категорию*. Однако при аффективной патологии заинтересованность каким-то предметом может быть особенно глубокой. Тогда она представляет собой *условную симптоматику*.

Таким образом, на основании проведенного психопатологического анализа можно констатировать, что нет никаких научных оснований признавать, что при наркоманиях в структуре феномена влечения к наркотикам присутствуют сверхценные идеи в классическом психиатрическом понимании данного симптомокомплекса. При этом, можно согласиться с тем, что при болезнях зависимости наличествует сверхценность как личностное качество. Исходя из этого, нельзя признать адекватной входящую в стандарты лечения терапевтическую тактику применения антипсихотиков для воздействия на искаженно понимаемые механизмы аддиктивного влечения.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. В Национальном руководстве по наркологии. — М., 2008. — 720 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, 1994. — 216 с.
3. Благоев Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологические аспекты. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
4. Брюн Е.А. «Без «недобровольной» госпитализации не обойтись» // Медицинская газета. — №93. — 02.12.2011.
5. Брюн Е.А. Краткие комментарии к письму Менделевича В.Д. в РОП // <http://www.g-p-l.ru>
6. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом // Вопросы наркологии. — 2011. — №2. — С. 26—37.
7. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 416 с.
8. Винникова М.А. Ремиссии при героиневой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2004. — 33 с.
9. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
10. Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. — 2011. — №3. — С. 123—126.
11. Гофман А.Г. Комментарии к положениям В.Д.Менделевича, Е.А.Брюна, Ю.П.Сиволапа, М.А.Зобина // <http://www.psychiatr.ru/home>
12. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. — М.: Медпрактика-М., 2006. — 191 с.
13. Зобин М.А. Отклик на комментарии А.Г. Гофмана к статье В.Д.Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред» // Вопросы наркологии. — 2011. — №1. — С. 110—115.
14. Иванец Н.Н., Чирко В.В. О лечении больных эндогенными психозами, страдающих наркотической зависимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т.4, №3.
15. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Наркология и психиатрия. М., 2006. — 832 с.
16. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина, 3-е изд-е перераб. и доп. — М., 2004. — 528 с.
17. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №5. — С. 95—102.
18. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—26.
19. Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
20. Руководство по психиатрии / Под ред. академика РАМН А.С. Тиганова. Т. 2. — М.: Медицина, 1999.
21. Сиволап Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии // Наркология. — 2011. — №12. — С. 79—81.
22. Сиволап Ю.П. Заметки к комментариям // <http://www.psychiatr.ru/home>
23. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
24. Смулевич А.Б., Цирина М.Г. Проблема паранойи. — М.: Медицина, 1972. — 182 с.
25. Циркин С.Ю. Ревизия психопатологических категорий // Независимый психиатрический журнал. — 2008. — №2.
26. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. — 2009. — №5. — С. 67—72.
27. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология. — 2009. — №7. — С. 77—85.

CRAVING, SUPERVALUABLE IDEAS AND SUPERVALUE AT DRUG ADDICTION

MENDELEVICH V.D. Kazan State Medical University

In article from a position of the theory of clinical psychopathology the domestic concept of a pathological craving to drugs is analyzed. Position that carry an craving to drugs to supervaluable ideas is criticized.

Key words: craving, supervaluable ideas, delirium