

В.Д.Менделевич, М.Л.Зобин

АДДИКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ



Москва
«МЕДпресс-информ»
2012

УДК 616.89-008.441.33
ББК 56.14
М50

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Книга печатается в авторской редакции. Мнение издателя может не совпадать с мнением авторов.

Рецензенты:

Ю.П.Сиволап – д-р мед. наук, профессор.
А.Ю.Егоров – д-р мед. наук, профессор.

Менделевич В.Д.

М50 Аддиктивное влечение / В.Д.Менделевич, М.Л.Зобин. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 264 с. : ил.
ISBN 978-5-98322-889-4

Монография посвящена анализу феномена аддиктивного влечения при наркологических заболеваниях. На основании клинко-психопатологического подхода оценивается его синдромальная и нозологическая специфичность. Приводятся современные концепции формирования аддиктивного влечения. Сравнивается доминирующая в отечественной наркологии концепция «патологического влечения к ПАВ» с современными взглядами на этиопатогенез аддиктивного влечения. Делается вывод о том, что аддиктивное влечение нельзя отнести к психопатологическим расстройствам, а «становой хребет» отечественной наркологии – учение о патологическом влечении к психоактивным веществам – является научным казусом, ошибкой и нуждается в пересмотре.

Монография предназначена для врачей-наркологов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, занимающихся вопросами профилактики, терапии и реабилитации наркологических больных.

УДК 616.89-008.441.33
ББК 56.14

ISBN 978-5-98322-889-4

© Менделевич В.Д., Зобин М.Л., 2012
© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2012

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	8
1.1. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии	12
1.2. Современная отечественная концепция «патологического влечения к психоактивным веществам»	15
1.3. Характеристика феномена анозогнозии в структуре наркологических заболеваний	23
1.4. К уточнению понятий «психопатизация» и «деградация личности» при наркомании	26
Глава 2 . ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ АДДИКТИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ	30
2.1. Условно-рефлекторные модели аддиктивного влечения	35
2.2. Когнитивные модели аддиктивного влечения	40
2.3. Психобиологические модели аддиктивного влечения	46
2.4. Психологические модели аддиктивного влечения	58
2.5. Мотивационные модели аддиктивного влечения	63
2.6. Психопатологические модели аддиктивного влечения	69
Глава 3. АДДИКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ: КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	78
3.1. Аддиктивное влечение и бредовый спектр расстройств	78
3.2. Аддиктивное влечение, сверхценные идеи и сверхценность при наркомании	87
3.3. Аддиктивное влечение как парапсихопатологический феномен	92

Глава 4. ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ АДДИКТИВНОГО ВЛЕЧЕНИЯ	96
4.1. Одномерные психометрические шкалы.....	98
4.2. Надежность и валидность психометрического инструмента	101
4.3. Многомерные психометрические шкалы.....	107
4.4. Методы опосредованной оценки аддиктивного влечения.....	129
4.5. Диагностическое и прогностическое значение аддиктивного влечения.....	141
Глава 5. СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ И АНТИКРЕЙВИНГОВАЯ ТЕРАПИЯ	157
5.1. Стандарты терапии наркологических заболеваний: международные и российские традиции.....	163
5.2. Купирование аддиктивного влечения агонистами опиоидов.....	177
5.3. Купирование аддиктивного влечения антагонистами опиоидов.....	179
5.4. Место антипсихотиков, антидепрессантов и антиконвульсантов в купировании аддиктивного влечения	180
5.5. Психотерапевтические методы коррекции аддиктивного влечения	185
Глава 6. АНТИКРЕЙВИНГОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ	189
6.1. Реабилитация наркозависимых как хронически больных.....	189
6.2. Наркологические расстройства и проблема недобровольной госпитализации наркологических больных	200
ЛИТЕРАТУРА	210
ПРИЛОЖЕНИЕ	258

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на многолетнюю историю изучения, феномен влечения к психоактивным веществам (ПАВ) остается предметом острой научной дискуссии, вызывающей живой интерес российских специалистов. Высказываются диаметрально противоположные точки зрения, отстаиваются конфронтрующие научные позиции. Одну из них представляет официальная российская наркология, приписывающая синдрому патологического влечения к ПАВ основополагающую, стержневую роль в формировании аддиктивного расстройства и признающая его психопатологическим симптомокомплексом психотического регистра. Данная позиция отражается сегодня и на разработке основных направлений научной деятельности, и на организации наркологической помощи и на выработке стандартов терапии. Иную позицию представляет мировая наркологическая наука, к которой обращается всё большее число отечественных специалистов. В ней аддиктивное влечение не рассматривается как психопатологический синдром, а понимается как клинический феномен нейробиологического происхождения.

Противоречие между российской и мировой наркологией, с нашей точки зрения, в значительной степени обусловлено тем фактом, что уже более 35 лет наркология в РФ развивается вне психиатрии, и организационно, и методически разделена с ней. Современные отечественные психиатры не занимаются изучением наркологических проблем, не участвуют в дискуссиях с наркологами по вопросам психопатологии. Это привело к тому, что отечественная наркология стала «вещью в себе», т.е. по Канту, «в нечто, сущность и смысл которого известны только умопостигающему». Изоляционизм российской наркологии с годами только усиливается.

Описанные в конце 70-х – середине 80-х годов прошлого столетия на модели алкоголизма, а затем наркомании, характеристики синдрома патологического влечения в последние годы начали экстраполироваться и на нехимические зависимости. Термин патологическое влечение без должного осмысления из биологических переко-

чевал в психологические сферы. Появились исследования патологического влечения к азартным играм, к виртуальному общению, к воровству, к пище. Стало непонятным, подразумевается ли под одним и тем же термином (феноменом) идентичный психический процесс или это случайное стилистическое (паронимическое) совпадение?

Сегодня в официальной отечественной наркологии под патологическим влечением понимается психопатологический синдром с доминирующей идеаторной установкой на необходимость принятия ПАВ. Во главу угла ставится неадекватность поведения наркологически больного, который стремится употребить ПАВ даже понимая, что тем самым наносит себе вред. Упор делается на том, что это понимание носит искаженный, болезненный, психопатологический характер. То есть феномен патологического влечения искусственно отрывается от его нейробиологической сущности – витальной потребности – и переносится в идеаторную сферу, в мир ценностей, суждений и мировоззренческих установок. В официальных документах Министерства здравоохранения РФ и действующих стандартах лечения подобную «ошибку мышления» (бред) рекомендуется лечить главным образом антипсихотическими средствами (нейролептиками). Ничего подобного в стандартах ВОЗ нет.

В настоящей работе делается попытка осмыслить феномен аддиктивного влечения с *современных теоретических* позиций, пересмотреть психопатологическую доктрину в оценке данного клинического феномена проанализировать иные научные парадигмы. **В монографии термин «аддиктивное влечение» используется вместо «патологического влечения».** Мы считаем этот термин более корректным и более адекватно отражающим суть явления. *Традиционно и в психиатрии не принято использовать слово «патологический», «патологическое» при описании симптомов и синдромов заболеваний, поскольку сам по себе симптом/синдром уже относится к сфере патологической психической деятельности и не нуждается в усилении значения.* В толковом словаре психиатрических терминов (Блейхер В.М., Крук М.В., 1995) имеется всего четыре термина с указанием на их патологичность – патологическая ревность, патологический альтруизм, патологический педантизм и патологический полисемантизм. Термин «патологическое влечение» можно было бы принять, если бы это означало только то, что указанный феномен имеет иное содержание, чем бытовое понимание «влечения» как контролируемого желания. Однако термину «патологическое влечение» придается сугубо психопатологический смысл.

Во избежание диагностических и терапевтических ошибок, возможно, настало время провести пересмотр дефиниций, приписав понятию **аддиктивного влечения** исключительно нейробиологический смысл (в рамках зависимостей от ПАВ, сексуальных аддикций, некоторых форм пищевых зависимостей) и предложив использовать термин **парааддиктивные влечения** в случаях сверхценных увлечений (гемблинга, Интернет-зависимостей, фанатизма, воровства и др.).

Написание любой научной монографии, статьи имеет как внутренние (субъективные), так и внешние (объективные) основания. С одной стороны, учёного может интересовать решение теоретической проблемы, с другой могут волновать сугубо практические вопросы. В случае изучения аддиктивных феноменов оба этих процесса тесно взаимосвязаны. Без точного и правильного понимания этиопатогенеза наркологических расстройств невозможно построение адекватного и эффективного лечения. Кроме того, важно иметь в виду, что мир психиатрии и наркологии в силу повышенной чувствительности к общественно-политическим процессам особо нуждается в поиске теоретико-методологического консенсуса в отношении организации специализированной помощи.

Понятно, что поиск истины невозможен без свободного обмена идеями и фактами с коллегами, получения обратной критической или одобрительной реакции. Авторы рассчитывают на то, что изложенная в этой книге научная позиция будет способствовать продолжению дискуссии и, возможно, пересмотру некоторых основополагающих принципов современной российской наркологии.

Мы задумали написание данной монографии давно. С одной стороны, это было обусловлено внутренней неудовлетворенностью существующими в отечественной наркологии теоретическими представлениями в отношении многих клинических феноменов наркологических расстройств, с другой, *появлением в российском профессиональном наркологическом сообществе тенденции используя сомнительные концепции, внедрить неэффективные и негуманные технологии лечения и организации медицинской помощи.*

Мы убеждены, что **«становой хребет» отечественной наркологии – учение о патологическом влечении к психоактивным веществам – является научным казусом, ошибкой и нуждается в пересмотре.**

С уважением Владимир Менделевич, Михаил Зобин

Глава 1 ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Учитывая тот факт, что патологическое влечение к ПАВ как одно из основных наркологических расстройств причисляют к грубым и выраженным психопатологическим синдромам, крайне важным в теоретическом и практическом плане представляется анализ критериев вычленения наркологического расстройства из группы психических и поведенческих отклонений. Традиционным для отечественной наркологии на протяжении всех этапов ее развития стало выделение так называемых *специфических наркологических расстройств*, отличающихся, по мнению авторов, от психопатологических и поведенческих расстройств. Возможно это было обусловлено искусственным разделением наркологии и психиатрии в СССР и стремлением новой специальности приобрести свой предмет деятельности. В Международной классификации болезней (World Health Organization..., 1992) приводится описание только психических и поведенческих расстройств, а т. н. *наркологические* считаются их составной частью, а не особыми видами нарушений.

При разработке новой редакции МКБ данный факт всё чаще подвергается критике со стороны российских наркологов. Так, В.Б.Альтшулер (2010), участвовавший в разработке МКБ-11, негативно относится к мнению международных экспертов о необходимости объединения группы т. н. «болезней зависимости» (аддиктивных расстройств) и считает, что «представленные вне нозологических рамок и патогенетических концепций, они не ориентируют на лечение, то есть обрекают врача на терапевтический нигилизм и пассивность».

Отечественная наркология исходит из теоретико-методологической позиции, в соответствии с которой «наркологические рас-

стройства [в том числе аддиктивное влечение] – это *нозологически специфичная симптоматика*, имеющая, главным образом, психопатологический характер¹» (Альтшулер В.Б., 2008). Такая дефиниция определяет наркологическое расстройство, как психопатологическое (а не поведенческое), и при этом нозологически специфическое. Следует иметь в виду, что понятие «нозологическая специфичность» (патогномоничность) подразумевает, что конкретный синдром имеет непосредственную этиопатогенетическую связь с конкретной нозологической формой. В психиатрии известно не так много «нозологически специфичных» синдромов, причем, как правило, говорится даже не о нозологической, а об «уровневой» специфичности (невроз – психоз) или симптомах и синдромах, относимых к определенному кругу психопатологических расстройств (эндогенных, экзогенно-органических, психогенных). По мнению А.В.Снежневского (1960), выдвинувшего концепцию нозологической специфичности психопатологических синдромов, при квалификации психического расстройства должны учитываться статика и динамика синдромов, стереотип развития заболевания и перерастание в патокинезе «малых» синдромов в «большие» соответственно степени генерализации патологического процесса. Автор писал о том, что определенные психопатологические синдромы соотносятся с определенным кругом заболеваний, чем и обусловлена их меньшая или большая нозологическая специфичность.

В ракурсе наркологической патологии основной вопрос заключается в том, целесообразно ли вычленять наркологические расстройства из экзогенно-органических? Можно согласиться с мнением С.Ю.Циркина (2009) о том, что «вряд ли стоит пытаться установить нозологическую специфичность психических нарушений при разном происхождении экзогенно-органической патологии... С последствиями со стороны психической деятельности коррелируют не происхождение, а локализация и (или) массивность неврологической патологии, а также наследственная предрасположенность к психической патологии».

Принципиально важным для понимания сути наркологических расстройств и формирования научно-обоснованных стандартов терапии является также вопрос о том, рассматривать ли эти расстрой-

¹ На деле автор признает психопатологическими практически все клинические феномены (а не «главным образом»), наблюдаемые в структуре наркологического заболевания.

ства как психопатологические (психотические) или как аддиктивные (аномально-мотивационные и поведенческие)? При этом немаловажным оказывается понимание того, какие поведенческие расстройства доминируют к клинической картине наркологического (аддиктивно-го) заболевания – первичные, вторичные или третичные? К первичным, с нашей точки зрения, следует причислять поведенческие нарушения, возникающие вследствие и на базе личностных девиаций и расстройств, ко вторичным – те, которые формируются вследствие патофизиологических изменений, отражающих патогенез заболевания, а к третичным – отклонения, имеющие в своей основе вынужденно приобретенные в ходе болезни условно патологические формы адаптации¹.

В соответствии с МКБ-10, *психическим расстройством* называется «болезненное состояние с психопатологическими или поведенческими проявлениями², связанное с нарушением функционирования организма в результате воздействия биологических, социальных, психологических, генетических или химических факторов».

Психические расстройства, характерные для наркологического заболевания вне периода интоксикации, сводятся по большей части к поведенческим симптомам. При этом расстройства эти могут носить первичный (патохарактерологический), вторичный (патофизиологический) и третичный (ситуационно-дезадаптивный) характер, а чаще всего проявляются совместно, обнаруживая подвижное «амальгамное» содержание, но ни в одном из вариантов не являются мишенью для психотропной терапии в качестве базового лечения.

Считается (Альтшулер В.Б., Чирко В.В., Рохлина М.Л., 2008), что наркологические расстройства включают в себя: *синдром зависимости (патологическое влечение), абстинентный синдром, синдром психической деградации, синдромы нарушения самосознания и сознания болезни (анозогнозию, деперсонализацию и переживание отчуждения), изменения толерантности, а также психозы и аффективные синдромы*. Из перечисленных только синдром зависимости, абстинентный синдром и изменения толерантности могут быть признаны условно «нозологически специфичными». Но остается открытым во-

¹ Похожую клиническую типологию при опиоидной зависимости предлагают Ю.П.Сиволап и В.А.Савченков (2005), разделяя все расстройства на проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные.

² В данной дефиниции поведенческие проявления представлены третичными поведенческими расстройствами.

прос, к какой группе расстройств их следует относить – к психопатологическим, поведенческим или патофизиологическим?

По мнению Ю.В.Шарпань (2010), *механизм абстинентного синдрома* при алкоголизме состоит в том, что перестроившиеся из-за толерантности к этанолу биохимические процессы не успевают адекватно реагировать на исчезновение привычно противостоящих им эффектов повышенных концентраций этанола (при отмене его приема). В результате происходит резкое нарушение работы вегетативной нервной системы, проявляющееся в активации ее симпатического отдела при одновременном ослаблении холинергических эффектов. В ЦНС происходит ослабление центрального торможения, активизируется работа К-Na- и Са-АТФ-аз. Клинически это проявляется тахикардией, гипертонией, ангиоспазмами, резким возбуждением, чувством тревоги и страха, риском развития эпилептиформного приступа. Все эти нарушения могут быть купированы очередным приемом алкоголя и являются проявлениями вынужденной и неэффективной адаптации в условиях нарушенного метаболизма.

Опираясь на известные механизмы синдрома отмены и измененной толерантности при наркологических заболеваниях, можно констатировать, что они являются не психопатологическими и не поведенческими, а в основном патофизиологическими и требуют назначения не антипсихотиков, а анксиолитиков.

Несколько сложнее обстоит дело с квалификацией *синдрома зависимости* в ракурсе причисления его к психопатологическим, поведенческим или иным расстройствам. Этим аспектам уделяется внимание в одной из следующих глав монографии. Однако забегая вперед, обозначим тезисно нашу позицию.

Представляется научно доказанным, что специфичность физических признаков зависимости является клиническим проявлением патофизиологических (нейробиологических, метаболических) изменений, возникших в результате систематического приема психоактивного вещества. Характер этих расстройств в значительной степени определяется фармакологическими свойствами самого вещества и отражает сдвиг компенсаторных механизмов, связанных с нейроадаптацией. Эти расстройства требуют метаболической, нейробиологической и вегетостабилизирующей терапии. Психопатология же здесь носит надстроечный характер и оформлена преимущественно аффективными переживаниями разной степени выраженности. Что же касается психической зависимости, то ее характеристики в значитель-

но меньшей степени связаны с фармакологическими свойствами самого вещества, что, впрочем, может не отражаться на выраженности аддиктивного влечения. Но и в этом случае расстройство проявляется мотивационно-поведенческими сдвигами, то есть состояниями, неподвластными прямому психофармакологическому воздействию.

Таким образом, можно констатировать, что выделение в отечественной наркологии группы т.н. «нозологически специфичных» наркологических расстройств нуждается в научно-теоретическом обосновании и критическом переосмыслении. Поскольку в данном случае теория (концепция) напрямую определяет терапевтические стратегии, то если она (концепция) не верна, то и организационно-лечебные мероприятия, строящиеся на ее основе, как минимум, окажутся не эффективными.

1.1. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии

Известно, что развитие наркологической науки и практики в Российской Федерации имеет свою специфику. С 1976 года наркология фактически стала самостоятельной и «разорвала пуповину», связывавшую ее с психиатрией. Были созданы специализированные диссертационные советы, открыты узкопрофильные научные журналы. Научные исследования в области наркологии перестали быть предметом дискуссий в психиатрическом сообществе. Так произошло «инкапсулирование» отечественной наркологии. За 35 лет развития были сформулированы базовые научные концепции, отличавшиеся от мирового научного тренда и затрагивающие вопросы этиопатогенеза и клиники наркологических расстройств, были разработаны уникальные принципы терапии, неприменяемые нигде в мире. Доминирующим стал процесс психопатологизации наркологических расстройств и применение целого арсенала антипсихотических средств для лечения болезней зависимостей. *Одной из основополагающих стала концепция т.н. «патологического влечения к ПАВ».*

В течение последнего десятилетия в отечественной наркологической науке эта тенденция психопатологизации аддиктивных расстройств, в особенности опиоидной зависимости приобрета-

ет все более воинствующий характер¹. Возросло число научных изысканий, в которых авторы ставят своей целью изучить и описать структурно-динамические закономерности и особенности наркологической патологии с позиции теории общей психопатологии. Множится число публикаций, посвященных описанию новых психопатологических феноменов, обнаруживаемых у наркологических пациентов (Благов Л.Н., 2005, 2009; Демина М.В., Чирко В.В., 2006, 2009 и др.). Отдельные авторы даже обвиняют «большую психиатрию» в «определенном «снобизме» по отношению к наркологии за «поверхностное рассмотрение психопатологических феноменов наркологического заболевания и поверхностное использование... клинико-психопатологической методологии классической психиатрии» (Благов Л.Н., 2009). Утверждается, что аддиктивное заболевание следует рассматривать как «психопатологический процесс, имеющий свои дебютные характеристики, свою динамику, те или иные особенности своего формирования и «психопатологического насыщения», тот или иной уровень активности».

Научным гипердиагностическим казусом следует признать причисление, пусть даже не конструктивных, но психологически понятных реакций созависимых родственников больных наркоманией к кругу психотических расстройств (Благов Л.Н., Демина М.В., 2005). В.В.Чирко, М.В.Демина, М.А.Винникова и соавторы (2005) настаивают на том, что «проявления созависимости у родственников... следует с полным основанием отнести к категории реактивных психозов», а «синдромологическое содержание данного реактивного психоза можно интерпретировать в качестве затяжной атипичной эндоформной депрессии с ведущей тревожно-деперсонализационной симптоматикой и паранойяльными включениями». Исходя из этого, авторы считают обоснованным *применение по отношению к созависимым родственникам больных психофармакотерапевтического воздействия, включая использование нейролептиков.*

¹ Под психопатологизацией («психиатризацией» по Ю.С.Савенко) понимается процесс приписывания психологически или физиологически обусловленным психическим изменениям качеств психической патологии (расстройств), который основан на гипердиагностической парадигме. Психопатологизация противоположна «психологизации» (по Гуссерлю) при которой доминирует гиподиагностическая (антипсихиатрическая) парадигма, и психопатологические симптомы и синдромы трактуются как психологически понятные и объяснимые феномены жизни.

Это отечественное увлечение клинико-психопатологическим пре-парированием аддитивных расстройств с поиском «структурно-динамических нюансов» болезненного процесса может считаться уникальным для мировой наркологии явлением. В других странах подобные исследования являются большой редкостью и не приводят к клиническим открытиям. Принято считать, что актуальных теоретико-диагностических проблем в области алкоголизма или опиоидной зависимости не осталось. Однако российские ученые объясняют это недооценкой возможностей психопатологического метода и «клиническим верхоглядством» своих западных коллег.

Парадокс заключается еще и в том, что увеличение числа исследований и публикаций российских ученых по данной проблематике не приводит к сколько-нибудь значимому повышению эффективности терапии опиоидной зависимости. К примеру, выделение и описание таких психопатологических образований как «наркоавтоматизм» и «рентно-манипулятивный психопатологический комплекс аддитивного больного» (Благов Л.Н., 2005), «отчуждение» аддитивной болезни (Демина М.В, Чирко В.В., 2006) или «синдром абсолютной анозогнозии» (Благов Л.Н., 2009) только подкрепляет установки на использование нейрорептиков. Выделение таких вариантов течения наркологического заболевания как прогрессивно-злокачественный, стационарный, приступообразный, прогрессивный, интермиттирующий, транзиторный, безрецидивный (Галактионова Т.Е., 2009) представляет собой попытку перевода хорошо известной динамики наркопотребления на псевдотаксономический язык. Описание уровней т. н. патологического влечения к наркотикам – идеаторного, аффективного, волевого, вегетативного, сенсорного отражает лишь многомерную концепцию этого феномена. Как указывалось выше, показатель годовой ремиссии опиоидной зависимости в РФ на протяжении двух десятилетий не превышает 10%, а при алкоголизме – 22% (Кошкина Е.А., 2010), и это не связано с недостаточной разработанностью клинико-диагностических и/или дифференциально-диагностических критериев.

Стержневым для отечественной наркологии стало понятие «патологического влечения к психоактивным веществам».

Стержневым для отечественной наркологии стало понятие «патологического влечения к психоактивным веществам», которое уже на протяжении почти 30 лет определяет развитие наркологической теории и практики в России.

Аддитивные расстройства по видимому действительно занимают особое место в ряду расстройств психического и поведенческого спектра. Однако внешняя «неадекватность поведения» в виде стремления к употреблению ПАВ не может служить доказательством психотического характера заболевания. Научно обоснованная квалификация психического состояния не должна строиться на субъективистских подходах «ортодоксальной психиатрии» (Менделевич В.Д., 2004; Ясперс К., 1997), когда неправильное поведение, завернутое в «психиатрическую» терминологию, выступает диагностическим критерием расстройства. Только феноменологический (в понимании К. Ясперса) подход признается в современной клинической психиатрии научным, позволяющим избегать субъективизма и диагностических ошибок.

В российской наркологии в качестве основных концептов химической зависимости и, соответственно, мишенной терапии после преодоления синдрома отмены, принято выделять «патологическое влечение», анозогнозию аддитивной болезни, нажитую психопатизацию и т. н. «деградацию личности» вследствие употребления ПАВ. Эти феномены рассматриваются исключительно в психопатологическом аспекте, и вопрос о пересмотре данного положения до последнего времени не ставился. Между тем, в тезаурусе психопатологических симптомов двух первых феноменов нет. Этот парадокс нуждается в осмыслении и позволяет говорить об особой значимости клинико-теоретического анализа и адекватных научных интерпретациях отдельных проявлений наркологического расстройства.

Внешняя «неадекватность поведения» пациентов в виде склонности к употреблению ПАВ не может служить научным доказательством того, что это поведение является однозначно психопатологическим.

1.2. Современная отечественная концепция «патологического влечения к психоактивным веществам»

Рубрика «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ», прочно заняла свое место в международных диагностических классификаци-

ях (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1994). Болезненному пристрастию к употреблению психоактивных веществ¹ (ПАВ), посвящено необозримое количество исследований. Собраны подробные сведения относительно механизмов химической зависимости и характера их проявлений. Несмотря на это важнейшие аспекты аддиктивного поведения остаются все еще недостаточно изученными. Так, из-за различий в теоретических подходах, не удается сформировать единую концепцию одного из ключевых феноменов аддикции – влечения к ПАВ. Дискуссии ведутся относительно определения самого понятия аддиктивного влечения, способов его оценки и его значимости для формирования зависимости (Kozlowski L., Wilkinson D., 1987; Pickens R., Johanson C., 1992; Drummond D. et al., 2000). В течение последних 50 лет было опубликовано свыше 10 000 статей по вопросам связанным с аддиктивным влечением, более 60% которых только за последние 10 лет (Tiffany S., Wray J., 2012). Среди них обзоры, посвященные базовым научным аспектам теории аддиктивного влечения (Drummond D., 2001) и клиническим характеристикам влечения при злоупотреблении различными ПАВ (Addolorato G. et al., 2005; Ferguson S., Shiffman S., 2009).

Разрешение вопроса относительно роли влечения в аддиктивных процессах и способах его выявления наталкивается на множество концептуальных и методологических трудностей. Особый интерес у клиницистов вызывает вопрос в какой степени влечение определяет употребление ПАВ и риск рецидива в условиях зависимости (Anton R., 2000; Weiss F. et al., 2003; Paliwal P. et al., 2008; Perkins K., 2009). Ответ на этот вопрос имеет принципиальное значение, поскольку понимание фундаментальных механизмов аддиктивного влечения и его содержательных характеристик является базой для разработки научно обоснованных подходов к лечению зависимости. Вместе с тем, кроме непосредственного объекта вмешательства, потенциал клинической значимости аддиктивного влечения охватывает более широкий спектр областей, включая вопросы клинического диагноза, прогностические характеристики и оценку результатов лечения.

В юбилейной статье, посвященной двадцатилетию Национального научного центра наркологии, Н.Н.Иванец (2007) особо отметил заслуги отечественных ученых центра в разработке концепции пато-

¹ Под психоактивными веществами в контексте обсуждаемой проблемы подразумеваются наркотические вещества, алкоголь и никотин.

логического влечения к ПАВ. Он указал, что «специальные исследования позволили детально описать структуру и динамику патологического влечения..., выделить его варианты, показать, что патологические влечение... является стержневым синдромом алкоголизма». Кроме того, в ННЦН «разработан инструмент количественной оценки патологического влечения к алкоголю в целом и отдельных его компонентов, что открыло пути для дальнейших объективных исследований в области терапии заболевания».

Таким образом, выделение синдрома «патологического влечения к психоактивным веществам» преподносится в качестве главного научного достижения отечественной наркологической науки за 20 лет. Различным аспектам этого феномена посвящено множество работ (Найденова Н.Г., 1975; Альтшулер В.Б., Анучин В.В., 1979; Валентик Ю.В., 1984; Иванец Н.Н., Валентик Ю.В., 1984; Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1987; Воронин К.Е., 1987; Ибрагимова Ш.Х., 1991; Черденченко Н.В., Альтшулер В.Б., 1992; Колодный В.М., 1993; Надеждин А.В., 1995; Клименко Т.В., 1996; Шарахов Ю.А., 1999; Михайлов М.А., 2010; Брюн Е.А., Михайлов М.А., 2011). Публикации на данную тему до сих пор занимают лидирующее положение в российских научных журналах наркологического профиля, а также среди проблем, формулируемых в диссертационных исследованиях (Крылов Е.Н., 2004; Уткин С.И., 2004; Гуревич Г.Л., 2005; Шатуновский Н.Е., 2005; Басманова Т.Б., 2006; Ковалев А.А., 2006; Ясникова Е.Е., 2006; Кургак Д.И., 2007; Русинова О.А., 2007; Волкова Е.В., 2008; Габрилянц О.А., 2008; Галактионова Т.Е., 2009; Исраелян А.Ю., 2009; Кузнецов А.Г., 2010; Морозова С.Н., 2010; Смышляев А.В., 2010; Солдаткин В.А., 2010 и др.). В последние годы проблема «патологического влечения» экстраполировалась на нехимические зависимости, появились многочисленные работы по изучению и описанию «патологического влечения» к игре, виртуальному пространству (Давтян С.Э., 2000; Даренский И.Д., Акопян В.С., 2006; Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л., 2006; Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2006; Бузик О.Ж., 2007; Егоров А.Ю., 2007; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2007; Бобров А.Е., 2008, 2010; Автономов Д.А., 2009, 2011; Малиночка С.А. 2009; Кузнецова-Морева Е.А., 2010; Мармылева Е.И., 2011; Дейч Р.В., 2012). Помимо этого, в отечественной наркологии описывается феномен «патологического влечения» к табаку, который по клиническим описаниям практически не отличается от «патологического влечения» к алкоголю и наркоти-

кам (Смирнов В.К., Ермолова О.И., Сперанская О.И., 2004; Сперанская О.И., 2011 и др.).

Несмотря на то, что сам термин «патологическое (болезненное) влечение к алкоголю» в научной литературе присутствовал достаточно давно (Жислин С.Г., 1965; Стрельчук И.В. 1966), по мнению В.Б.Альтшулера (1994), ему «не придавалось самостоятельного значения». Заслуга наполнения этого термина новым психопатологическим содержанием принадлежит В.Б.Альтшулеру (1984, 1994). Отдавая дань своим предшественникам, автор, в частности, указывал что И.В.Стрельчук еще в 1940 году «разработал классификацию хронического алкоголизма..., в основу которой положил динамику *болезненного влечения к алкоголю*».

Впервые в отечественной наркологии понятие потери волевого контроля над количеством выпиваемых напитков как признака болезни ввели в 1933 году Н.В.Канторович и И.А.Оссовский. Профессор А.А.Портнов (1959) дифференцировал влечение, описав две его формы – обсессивную (с борьбой мотивов «пить – не пить») и компульсивную (с непреодолимой потребностью пить).

Попыткой обобщить существующие подходы клинической оценки первичного влечения к алкоголю явилась типологическая схема, предложенная Н.Н.Иванцом и А.Л.Игоным (1983). Авторы выделили следующие виды первичного влечения:

1. Симптом ситуационного обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю. Актуализация патологического влечения наблюдается лишь в ситуациях, привычно связанных с употреблением алкоголя.

2. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов. Влечение возникает не только ситуационно, но и спонтанно, четко ощущается, осознается, сопровождается противоборством желанию выпить.

3. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов. Влечение возникает спонтанно и не осознается – больные связывают употребление алкоголя с различными внешними поводами.

4. Симптом неодолимого первичного патологического влечения к алкоголю. Влечение возникает спонтанно и отличается крайней интенсивностью, которую можно сравнить лишь с выраженностью таких витальных побуждений, как голод или жажда.

Занимаясь проблемами влечения к алкоголю, В.Б.Альтшулер пришел к выводу, что этот феномен является продуктивным психопатологическим расстройством. Далее он выделил две основные формы охваченности влечением – генерализованную и парциальную. По психопатологическому содержанию генерализованная форма влечения близка к сверхценным или паранойальным расстройствам. Психопатологическим выражением парциального влечения служит симптоматика, близкая к навязчивостям. Таким образом, оставляя за парциальным влечением обсессивное содержание, компульсивное влечение в понимании А.А. Портнова (1959), автор относит к бреду. При этом оба варианта влечения рассматриваются в рамках единого динамического симптомокомплекса, имеющего общую патогенетическую основу, но различное, в зависимости от выраженности, клиническое оформление.

С самого начала изучения синдрома патологического влечения В.Б.Альтшулер (1984, 1994) рассматривал его как психопатологическое расстройство «в основе которого лежит патологическое состояние нервных центров, особенно коры головного мозга, т.к. именно мозговая кора, согласно теории А.А.Ухтомского, является органом возобновления и поддержания доминанты». Именно «*патологическая доминанта деятельности*», по мнению автора, выступает общей закономерностью влечения к алкоголю. В таком виде концепция патологического влечения к ПАВ и вошла в теорию отечественной наркологии.

Последователи В.Б.Альтшулера, развивая учение о психопатологической природе влечения применительно к опиоидам уже целиком определили этот феномен в разряд эндогенных синдромов психотического регистра (Благов Л.Н., 2005; Михайлов М.А., 2010; Брюн Е.А., Михайлов М.А., 2011 и др.). В последние годы теория «патологического влечения» стала предметом острой научной дискуссии между наркологами и психопатологами (Обращение в РОП, 2011; Брюн Е.А., 2011, 2012; Гофман А.Г., 2012; Дворяк С.В., 2012; Евтушенко В.Я., 2012; Зобин М.Л., 2012; Кожинова Т.А., 2012; Менделевич В.Д., 2012; Пашковский В.Э., 2012; Сиволап Ю.П., 2012; Снедков Е.В., 2012; Софронов А.Г., Пашковский В.Э., 2012). Проблема вышла за рамки чисто теоретической, поскольку сторонниками «психотической» трактовки аддиктивного влечения были высказаны предложения о необходимости изменить Закон «О психиатрической помощи...» (1992) и применять недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар.

нар наркозависимых лиц на основании выявленного синдрома «патологического влечения» (Брюн Е.А., 2011).

В Национальном руководстве по наркологии (2008) описание синдрома патологического влечения к ПАВ размещено в разделе «общая психопатология наркологических заболеваний», подчеркивая тем самым, что концепция патологического влечения исходит из приоритета психопатологических (а не патофизиологических) механизмов формирования этого клинического феномена. Именно в этом заключена суть концепции. Указывается на то, что наличие выраженных доминантных свойств влечения к ПАВ определяет власть над поведением больного и другими его мотивациями, отражающими существенные интересы личности. В результате «потребление психоактивного вещества становится психологически непонятым, не поддается различным «мотивационным» объяснениям и утрачивает здравый смысл» (Национальное руководство по наркологии, 2008). Возможно именно по причине «утраты здравого смысла» аддиктивное влечение стало представляться бредовым расстройством. Подразумевается, видимо, что «нормальный» человек не станет употреблять вредные психоактивные вещества, а потому его «психологически непонятое» поведение является не чем иным как проявлением психоза.

Критикуя позицию разработчиков МКБ-11, В.Б.Альтшулер (2010), настаивает на том, что «патологическое влечение к ПАВ представляет собой не извращение, а чрезмерное усиление «нормального», то есть психологически понятного, влечения, что придает ему характер патологической доминанты, отрицательно влияющей на психическое функционирование и принимающей довольно четкие психопатологические очертания – паранойяльные, сверхценные, обсессивно-фобические, пароксизмальные и даже галлюцинаторные». Таким образом, используя по существу физиологическую концепцию патологической доминанты, автор без труда связывает «чрезмерное усиление «нормального» влечения» с паранойей и галлюцинациями. При этом ошибочно полагая, что сторонники иной точки зрения, не рассматривающие аддиктивное влечение как психотическое расстройство, не признают биологических методов лечения химической зависимости. Просто иная терапевтическая тактика не исходит из психопатологической парадигмы и того, что В.Б.Альтшулер называет «явной подсказкой», имея в виду необходимость применения антипсихотиков для подавления влечения. Показательной в этом от-

ношении представляется позиция ученых института психиатрии им. В.П.Сербского (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2002), проводивших сравнение терминологии принятой в МКБ-10 с формулировками принятыми в отечественной наркологии. Так, термин «сильное желание употребить ПАВ» они, обоснованно, приравнивали к «первичному патологическому влечению». При этом формулировка В.Б.Альтшулера была признана в большей степени «отвечающей задачам подбора медикаментозных препаратов, купирующих данный синдром».

С точки зрения В.В.Чирко и М.В.Деминой (2009), синдром патологического влечения – это «психопатологический симптомокомплекс, характеризующийся чувством охваченности переживаниями¹, связанный с употреблением психоактивного агента, при котором отсутствует внутренняя переработка возникающих побуждений и когда на смену психологически мотивированного потребления одурманивающего психотропного яда приходит неспособность к воздержанию». Включение в научную дефиницию столь эмоционально-оценочной характеристики как «одурманивающий яд» для оценки «психопатологического симптомокомплекса» (уже ненормативного по сути явления), видимо понадобилось для подтверждения его «патологичности».

Таким образом, можно отметить стремление авторов отечественной концепции «патологического влечения» сделать упор не столько на выраженности, витальности и непреодолимости влечения к ПАВ, возникающих в условиях зависимости, сколько на неадекватной мыслительной переработке потребности употребления.

Концепция патологического влечения рассматривает в качестве составляющих: идеаторный (мыслительный), эмоциональный, вегетативный, сенсорный и поведенческий компоненты; а также две разновидности – влечение первичное и вторичное. При этом основополагающим признается идеаторный компонент, включающий «точки зрения, убеждения, размышления, воспоминания и сомнения» (Альтшулер В.Б., 1994). Остается, однако, неясным это мозг владеет человеком, определяя содержание и направленность его мышления или это убежденность человека в том, что употребление ПАВ является его правом (или выбором) определяет нейробиологические характеристики влечения?

¹ Оставляем над скобками наше отношение к словосочетанию «чувство охваченности переживаниями».

Получается, что больной отказывается от лечения не по причине невозможности справиться с витальным характером влечения к ПАВ, а вследствие неверных мировоззренческих установок и вытекающего из них протестного поведения.

Под поведенческим компонентом патологического влечения понимается, в первую очередь, уклонение от лечения. Получается, что больной отказывается от лечения или преждевременно его прерывает не по причине невозможности справиться с витальным характером влечения, а вследствие доминирующей сверхценно-паранойальной установки с измененным мировоззрением и вытекающим отсюда протестным поведением.

Природа влечения к ПАВ характеризуется большей или меньшей степенью охваченности субъекта самим «переживанием», что и дало основание В.Б.Альтшулеру (1994, 2008) выделить тотальную (генерализованную) и парциальную (локализованную) форму этого феномена. Однако различия этих состояний, по мысли автора, находятся в плоскости системы взглядов (мировоззрения) больного на роль и место ПАВ в его жизни, а также способности критически оценивать «патологичность» влечения и противостоять ему. Эмотивные и сенсорные компоненты влечения в этой парадигме, похоже, сильно недооцениваются.

Далеко не все отечественные ученые-наркологи поддерживают концепцию патологического влечения к ПАВ. Некоторые избегают использовать этот термин (Пятницкая И.Н., 2008), и не усматривают признаков бредаобразования в механизмах возникновения обсессивного или компульсивного влечения. В частности, И.Н.Пятницкая (2008) пишет о том, что «появление синдрома физической зависимости свидетельствует о качественном изменении функции организма. Можно полагать, что систематическая наркотизация, вызывая вначале приспособительную компенсацию, выражающуюся в изменяющейся реактивности на наркотик, в конце концов, преодолев эту компенсацию, приводит к качественному сдвигу гомеостаза. Теперь для функционирования организма на новом качественном уровне дальнейшее поступление наркотика необходимо. Только при поддержании уровня постоянной наркотической интоксикации жизнедеятельность протекает в относительно удовлетворительных условиях».

Существуют и несколько иные взгляды на понятие патологического влечения как общеаддиктивного процесса. Так, Д.А.Автономов

(2009) предлагает следующее определение первичного патологического влечения, базирующееся на психологическом подходе – «это специфическая интенция к объекту зависимости, возникающая посредством активизации в памяти аффективно заряженного положительного впечатления и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем». При этом, автор особо акцентирует внимание на критике психиатрического подхода и признании патологического влечения психотическим расстройством. С его точки зрения, использование термина «компульсивное влечение» и «обсессивное влечение», широко распространенное в отечественной наркологической и психиатрической литературе, следует признать малоуместным и терминологически неправильным. Верным было бы, с его точки зрения, обозначать патологическое влечение как импульсивное влечение.

Таким образом, можно утверждать, что в отечественной наркологии помимо ортодоксально психиатрической присутствует, ортодоксально психоаналитическая позиция и позиция, отражающая здравый смысл. Однако концепция патологического влечения к ПАВ считается официальной доктриной, единственно верной научной парадигмой современной отечественной наркологии. На ней строится стратегия и тактика терапии, выработка стандартов лечения и коррекция аддиктивных расстройств.

1.3. Характеристика феномена анозогнозии в структуре наркологических заболеваний

Помимо феномена аддиктивного влечения, о котором еще пойдет речь в следующих главах, неразрывно связанным с ним в отечественной наркологии рассматривается понятие *анозогнозии* (Благов Л.Н., 2005, 2009; Чирко В.В., Винникова М.А., Демина М.А. с соавт., 2005; Познизовский П.А., 2007; Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В., 2008; Поляк О.Б., 2009 и др.).

По мнению В.В. Чирко и М.В. Деминой (2006), «в клинике наркологических заболеваний нарушения сознания болезни и адекватной самооценки представляют собой имманентный психопатологический феномен, который нельзя рассматривать как проявление «психологической защиты», поскольку он тесно вплетается в доминант-

ную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с его динамикой». Подобный подход к оценке феномена анозогнозии не совпадает с традиционной для медицинской психологии и нейропсихологии дефиницией анозогнозии как «нежелания или неспособности распознать расстройство или болезнь и соответственно себя вести» (Оксфордский толковый словарь по психологии, 2002). В словаре психиатрических терминов анозогнозией называется отрицание больным с органическим мозговым синдромом наличия у него инвалидизирующего физического заболевания или дефекта, при этом симптом рассматривается как проявление защитных механизмов. Существует точка зрения о неправомерности применения термина анозогнозия для описания неосознания психически больным своего психотического состояния (напомним, авторы расценивают патологическое влечение как психотическое расстройство). В таких случаях используется термин «некритичность».

Как справедливо замечает Б.Д.Карвасарский (1999), «недостаточная изученность проблемы анозогнозии у наркологических больных обусловлена её сложностью и терминологической путаницей, когда как синонимы употребляются выражения: анозогнозия, некритичность, внутренняя картина болезни, самооценка и идентификация». Можно согласиться с тем, что не вполне обоснованно то, что феномен, скрывающийся за вышеперечисленными терминами, одновременно описывается как симптом, как состояние и как структурное личностное образование. «Стремясь сохранить свои представления о мире и самом себе, больной наркоманией строит систему психологической защиты. При этом собственный негативный опыт искажается или игнорируется полностью, а структура личности становится все более ригидной. У больных наркоманией основными формами защиты являются: отрицание, регрессия и компенсация. Активность психологических защит, способствующих социальной адаптации у зависимых от ПАВ, достаточно высока. Это подтверждается тем, что в некоторых жизненных ситуациях, особенно связанных с приобретением наркотиков, больные ведут себя вполне «адекватно», проявляя при этом повышенную энергию и целенаправленность» (Карвасарский Б.Д., 1999).

То есть, суммарный показатель активности психологических защит, создающих трудности для социальной адаптации человека, от-

рицательно коррелирует с пониманием наркомании как болезни. Это свидетельствует о *формальном признании больными наркоманией своего заболевания*. С точки зрения Ф.С.Сафуанова, О.В.Барановой, А.Л.Иголина (2011) в формировании алкогольной анозогнозии преобладающее значение имеют механизмы психологической защиты. Авторами выделено несколько типов психологической защиты с соответствующими вариантами: деструктивный тип – отрицание и регрессия; умеренно деструктивный тип – вытеснение, замещение и проекция; конструктивный тип – компенсация и рационализация.

Таким образом, данные, полученные в психологических исследованиях, не позволяют согласиться с трактовкой анозогнозии как психопатологического симптома.

Избыточным представляется усиление в названии симптома «абсолютная анозогнозия» (Благов Л.Н., 2009), поскольку частица «а» уже предполагает полное отрицание.

С точки зрения некоторых авторов (Благов Л.Н., 2009), у наркологического больного «неприятие болезненного характера расстройств обусловлено стойким поражением психики... [при котором] патологическое мышление, отображая функцию критики, демонстрирует именно неспособность идентифицировать болезнь ни как абстракцию, ни как конкретику, поскольку болезнь создает уже на своем первом... этапе мощный барьер, препятствующий осуществлению объективной оценки негативных последствий интоксикации и всего поведения в целом». Высказывается идея о том, что «болезненно искаженное мышление [с некритичностью] приводит к зарождению и развитию негативной симптоматики». То есть, помимо анозогнозии в качестве психопатологического симптома при наркоманиях рассматривается также некритичность.

В связи с этим, следует отметить, что изучению феномена некритичности посвящено множество работ известных психопатологов (Савенко Ю.С., 2006; Циркин С.Ю., 2006 и др.). В настоящее время данный феномен определяется как «игнорирование (обычно на неосознанном уровне) или грубый недоучет информации, которой располагает индивидуум, или не использование в полной мере своих интеллектуальных способностей» (Циркин С.Ю., 2006). При этом справедливо указывается на то, что в рамках этого относительно широ-

Больные наркоманией формально признают наличие у них заболевания. Данный факт противоречит трактовке анозогнозии как психопатологического симптома.