

УДК 159.97

Михайлов М.А., Цветков А.В.

Московский научно-практический центр наркологии

**ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
МОДЕЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ
К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ**

M. Mikhailov, A. Tsvetkov

Moscow Research and Practical Centre for Narcology

**INTEGRATIVE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL MODEL
OF THE MORBID ATTRACTION TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

Аннотация. Показано, что формирование патологического влечения к психоактивным веществам имеет двойственный характер в виде сочетания мотивационных и личностных нарушений с нарушениями телесной компоненты «Образа Я» и особыми аффективными сдвигами мышления. На основе сочетания психопатологического и нейропсихологического анализа выделены механизмы актуализации патологического влечения. Полученные данные позволят по-новому подойти к психодиагностике и терапии больных зависимостями. Кроме того, данная работа ставит вопрос о соотношении нейрохимической базы и личностной надстройки в формировании патологических поведенческих феноменов.

Ключевые слова: патологическое влечение, нейропсихологическая диагностика, психопатология.

Abstract. It is shown that the formation of morbid attraction to psychoactive substances has dual nature in the form of motivation and personality disorders with disorders of corporal components of the "I image" and special, affective deviances of thinking. On the basis of combination of psychopathological and neuropsychological analysis the author singles out the mechanisms for actualization of the morbid attraction. The data obtained enable to use a new approach to psychological testing and treatment of patients with addictions. In addition, this paper raises the question of the correlation of neurochemical base and personality superstructure in the process of pathological behavioral phenomena formation.

Key words: morbid attraction, neuropsychological diagnostics, psychopathology.

Проблема злоупотребления психотропными и наркотическими веществами является реальной угрозой здоровью нации – так, по данным ООН, Россия входит в пятерку стран с наибольшим количеством наркоманов в процентном отношении. За последние 10 лет (с 2001 по 2010 гг.) число официально состоящих на наркологическом учете выросло с 369 до 550 тыс. человек, при этом, учитывая международные методики, следует применять мультипликатор 1:5, получая цифру в 2-2,5 млн человек, т. е. около 2% населения страны [11]. Для всех заболеваний зависимости осевым, по мнению ряда авторов [1], является синдром патологического влечения (ПВ) к психоактивным веществам (ПАВ), представленный интенсивным стремлением к употреблению ПАВ, охватывающим всю сознательную и бессознательную деятельность индивидуума. Впрочем, существует и противоположная точка зрения (работы В.Д. Менделевича [6]), относящая «зависимость» исключительно к поведенческим (а не психопатологическим) феноменам.

При этом суть зависимого поведения, несмотря на активные медицинские, психологические, физиологические исследования, остается малоисследованной. Профессиональная принадлежность и теоретическая ориентация конкретного ученого часто определяет и взгляд на природу зависимого поведения как дефект мозговых структур, сдвиг в нейрохимическом

балансе, нарушение мотивационно-потребностной сферы [4].

Не отрицая реальности и значимости указанных феноменов в формировании аддиктивного поведения, следует указать на неполный характер таких трактовок.

Так, нейрохимический дисбаланс может корректироваться разными путями: приемом антидепрессантов, соблюдением диеты, через увлечение экстремальными видами спорта. Причем медикаментозный путь хорошо изучен и апробирован в психиатрической и наркологической клинике. Действительно, антидепрессанты и нейролептики позволяют сгладить патологическое влечение, но большая часть больных по выписке из клиники прекращают прием препаратов и возвращаются к наркотизации.

На этом этапе к интерпретации зависимого поведения подключается теория мотивации. Фактически же, если рассматривать потребностно-мотивационную сферу с позиций А.Н. Леонтьева [5], выделившего биологические, социальные и личностные мотиваторы, получается довольно банальный спектр объяснений зависимости как «нарушения биологической среды организма» (иное название того же нейрохимического дисбаланса), «дурного социального влияния» или «гедонистической установки личности». Более здравым в рамках этого подхода кажется концепция Б.С. Братуся [2] об иллюзорно-компенсаторной деятельности – способе переработки неприемлемой для индивида информации в измененном состоянии сознания. Механизмом возникновения такого способа психологической защиты автор считает патологический «сдвиг мотива на цель» – первоначальное стремление отметить позитивное событие или «снять стресс» превращается в склонность изменять сознание ради самого измененного сознания, в котором все социальные (это Б.С. Братусь подчеркивает особо) «недостатки» сглаживаются.

Однако описанный подход учитывает лишь экспериментально-психологические данные, игнорируя динамику ПВ и ряд клинически наблюдаемых феноменов.

В данной работе мы постараемся представить концепцию ПВ, связывающую воедино как психологические, так и психопатологические механизмы влечения к ПАВ.

В настоящем исследовании базовым было предположение о том, что патологическое влечение в разных группах потребителей ПАВ имеет свою специфику и отличается по максимальной возможной интенсивности своих проявлений и степени дезорганизации психики. Всех потребителей ПАВ условно можно подразделить на эпизодически употребляющих ПАВ; употребляющих ПАВ с вредными для здоровья последствиями (F1x.1 по МКБ-10); страдающих нарко- или токсикоманиями (синдром зависимости F1x.2 по МКБ-10). Хотя такое разделение и отражает в целом общую картину заболеваний зависимости, в определенных случаях оно недостаточно информативно для решения конкретных научных и терапевтических задач.

В клинической практике нередко приходится иметь дело с группой прогностически неблагоприятных больных зависимостями, которые характеризуются крайне тяжелым течением заболевания, его высокой прогрессивностью и патологическим влечением к ПАВ, достигающим до психотического уровня [1]. Кроме вопросов, связанных с лечебной стратегией и тактикой, данная группа представляет существенный научный интерес – это как бы квинтэссенция всех проявлений заболеваний зависимости. Таким образом, учитывая существования подобной клинически очерченной группы больных, весь массив употребляющих психоактивные вещества был разделен на четыре группы: с нарушениями на уровне личностных девиаций; на невротическом уровне патологического влечения, проявляющемся в конфликте формирующегося наркоманического мировоззрения и объективных отрицательных последствий наркотизации; с нарушениями психики уровня сверхценных и паранойальных образований; с бредовым уровнем патологического влечения к ПАВ.

Описание подобных больных можно встретить в доступной литературе [1]. Для

подобных больных характерен изначально негативный настрой к лечению, они выделяются в отделении неопрятным внешним видом, вызывающим негативным или агрессивным поведением, отчетливо асоциальным образом жизни (хулиганством, бродяжничеством, кражами, проституцией), многие из них были неоднократно судимы. У таких больных, по данным анамнеза, формирование психической, а затем и физической зависимости протекало стремительно.

В исследование были включены 215 женщин в возрасте 20-35 лет, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы в 2008–2011 гг. Из них 169 человек страдали опийной наркоманией, 13 – наркоманией, вызванной употреблением психостимуляторов, 11 больных токсикоманией (использовали коаксил) и 22 пациентки с полинаркоманией, преимущественно употреблявшие каннабиноиды. Можно сказать, что проявления ПВ исследовались в максимально возможном нозологическом диапазоне.

В работе использовались клинико-психопатологический (структурированное наблюдение и беседа по специально разработанным диагностическим картам) и экспериментально-психологический (нейропсихологическая диагностика по лурьевским методам в адаптации Л.С. Цветковой [10]) методы исследования.

Анализ полученных результатов проводился с позиций Е.А. Брюна [3], выделившего три компонента ПВ: телесный, аффективный, идеаторный. Из них в литературе наиболее полно представлена аффективная составляющая ПВ, которая, по мнению исследователей [1], находится как бы на «фасаде» синдрома ПВ, но малоспецифична.

Срезы психопатологической симптоматики, полученные при исследовании в телесной, аффективной и идеаторной сферах, были рассмотрены в динамике их клинических проявлений в процессе актуализации острого ПВ, что дало возможность обнаружить определенные общие закономерности.

Инициальным проявлением актуализации ПВ на первом этапе процесса оказывается на-

рушение «общего чувства», по И.М. Сеченову, – изменение общего психического и физического состояния больного наркоманией, воспринимаемое в виде общего дискомфорта, отчетливого ощущения «телесной физической измененности». Далее имеет место целая гамма расстройств общего чувства, характерных для «больших» психозов (шизофрения, биполярное аффективное расстройство). В предельном случае расстройства общего чувства последовательно проходят через четыре этапа: 1) инициальные проявления (общий дискомфорт); 2) неврологические сенсации; 3) этап сенестопатий; 4) галлюцинаторный этап. В аффективной сфере в процессе актуализации ПВ развитие симптоматики также представлено четырехэтапно: 1) этап негативного моноаффекта (разлитое чувство недовольства реальностью); 2) этап смешанного аффекта (сочетание негативных и позитивных эмоций по типу «качелей»); 3) этап полной утраты контроля над аффектом; 4) этап кульминации аффекта. Расстройства идеаторной сферы развиваются в три этапа: 1) этап протопатического изменения поля сознания («что-то не так!»); 2) этап метафизического сдвига сознания («я знаю, как мне вылечиться, измениться, стать совсем другим!»); 3) этап бредовой трансформации сознания («употребление мне жизненно необходимо и точка!»).

Иными словами, развитие острого ПВ может быть представлено в качестве уровневой, последовательно возникающей дезорганизации психики:

1) сочетает в себе общий психосоматический дискомфорт, негативный и затем смешанный аффект, приводящие к общему протопатическому изменению сознания;

2) сочетает сенестопатии, утрату контроля над аффектом и, как следствие, формирование метафизического сдвига сознания;

3) на финальном уровне телесные ощущения доходят до острых эндосоматических галлюцинаций, аффект доходит до кульминации, а идеаторная сфера – до бредовой трансформации сознания.

Базовыми триггерами, или психопатологическими механизмами, развития острого

ПВ являются телесные феномены, запускающие процессы самопознания, окрашенного при этом чувством дискомфорта и негативного аффекта. Вторым по значимости триггером являются бредовая трансформация сознания как единственно возможный для пациента выход из противоречия осознанной, но не принятой личностно установки на трезвость, телесные галлюцинации и стремления к разрядке аффекта, своего рода «патологическая интеграция» психики. Наконец, последним триггером является поведенческий сдвиг – переход трансформированного сознания в систему остро переживаемых установок на немедленную наркотизацию.

При этом можно утверждать, что в кульминационной точке процесса он достигает психотического уровня расстройств психики, но специфические особенности его структуры и динамики позволяют выделить острое патологическое влечение к ПАВ в особую форму атипичного аффективно-бредового психоза, не относящегося к шизофрении или биполярному расстройству.

Нейропсихологические симптомы у больных с зависимостями позволяют рассмотреть вопрос о преобладающих детерминантах формирования влечения на разных стадиях болезни. Очевидным оказывается и влияние спонтанного, или имитационного, обучения (передача симптоматики от больного к больному), и роль личностных факторов (личностные расстройства в анамнезе, снижение диапазона личностного реагирования на критические ситуации), и психопатологическую динамику в формировании аддикции. Точкой пересечения концепций зависимости, адресующихся ко всем уровням психического функционирования, служат идеи «компенсаторного» и «гедонистического» употребления или употребления как итога дефекта мозговых, интеллектуальных, личностных систем. Вероятно, ни один из этих видов употребления не встречается в клинике «в чистом виде», накладываясь один на другой или сменяя друг друга по мере развития болезни, что соотносится и с работами Л.Н. Благова (цит. по [8]) (неврозоподобный,

психотический, энцефалопатический этапы можно соотнести с гедонистическим, компенсаторным, «дефектно обусловленным» типами ПВ), и с нашими собственными результатами. При исследовании структуры дефекта у больных алкоголизмом и наркоманиями нами выделено 4 типа такого дефекта [9]: интеллектуальный при относительной сохранности личности, личностный при относительной сохранности интеллекта, «гармоничное» снижение интеллекта и личности и личностный кризис – утрата смысловых ориентиров при сохранной в целом личности и интеллекте.

Кроме того, существующий подход к ПВ как обсессивно-компульсивному расстройству [4], иными словами как к патологии мотивации личностного уровня, пересекается с выделением «пароксизмального» типа влечения. Представляется, что такое ПВ основано на так называемом «аффективном обобщении», т. е. мышлении на основе эмоций, а не логики. Закон Блонского-Рибо не только указывает на этапность в развитии памяти (моторная, аффективная, образная, вербальная), но и показывает общий ход развития и распада ВПФ. В нашей работе, посвященной обобщению в наглядно-образной форме [9], показано: вначале у детей формируется способность вербализовать существенный признак группы предметов, заданный извне; затем – способность самостоятельно выделять существенный признак, конечным этапом является интеграция способности выделять существенный признак и вербализовать его. При героиновой наркомании частотным является нарушение регуляции психической деятельности, что приводит к обобщению на неполном (охватывающем лишь часть объектов) или неадекватном (случайном, латентном) признаке, для больных алкоголизмом наиболее свойственны трудности с выделением признака, затем – с его вербализацией, и в наиболее тяжелых случаях – с усвоением инструкции в сочетании с резонерством. В целом больные алкоголизмом решают задачи хуже, чем больные наркоманией. Пароксизмальное влечение также может быть

охарактеризовано как «протекающее вне осознания» (полного или частичного), что позволяет критически подойти к «обсессивно-компульсивной» теории – обсессия предполагает «борьбу мотивов», осознание патологичности своего поведения, однако для больных зависимостями характерны искажения идеаторной сферы, оправдывающие употребление. «Постоянный» (генерализованный) тип ПВ характеризуется полной не критичностью больных к заболеванию и даже своеобразной «удовлетворенностью» им – так, одна из наших пациенток заявила: «попробовала героин и поняла – это мое!». Такие пациенты часто живут в отрыве от реальности – на вопрос о планах на следующие 5 лет больная 30-ти лет со стажем наркотизации 10 лет заявляет: «стану актрисой!», что наглядно показывает роль «аффективного мышления» в формировании ПФ [7]. Этот вариант формирования ПВ можно отнести за счет «изначального» интеллектуального и личностного дефекта. Нами ранее показано, что для аддитивных больных характерны искажения «Образа Я» со «сверхосознанием» тела при алкоголизме и «игнорированием» тела у героиновых наркоманов (с обеднением эмоций) [7]. Следовательно, если для больных алкоголизмом последовательность стадий ПВ скорее «компенсаторная дефектнообусловленная», то для героиновых наркоманов – «гедонистическая дефектнообусловленная».

Подводя итог, можно сделать вывод: а) влечение протекает на разных уровнях (телесных и аффективных реакций; уровне формирования наркотического мировоззрения и наркогенной личности), и только реализация уровневого подхода позволяет полностью учесть клинически выявляемые феномены; б) точками пересечения всех теорий влечения являются понимание влечения как компенсации, как стремления к «простым

удовольствиям и как следствие «дефекта», которые, по итогам проведенного исследования, являются не альтернативными вариантами ПВ, а последовательными стадиями его развития в ходе болезни; в) с учетом качественных различий в дефекте познавательных и личностных процессов при разных типах зависимости можно предположить преобладание разных детерминант влечения с неизбежным финалом в виде энцефалопатической (дефектнообусловленной) формы патологического влечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994. – 216 с.
2. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М., 1988. – 315 с.
3. Брюн Е.А. Опыт использования антропологического принципа в анализе наркологических проблем // Этнографическое обозрение РАН. – 1998. – № 1. – С. 50-59.
4. Зобин М.Л. Теоретические модели аддитивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением // Неврологический вестник. – 2011. – № 3. – С. 44-54.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. – М., 1975. – 320 с.
6. Менделевич В.Д. Аддитивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. – 2010. – № 5. – С. 94-100.
7. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. – 2011. – № 1. – С. 95-104.
8. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. – 2010. – № 4. – С. 15-26.
9. Цветков А.В. Закономерности наглядно-образного обобщения // Прикладная педагогика и психология: монография / Под ред. В.В. Колмакова. – Тюмень, 2010. – С. 91-116.
10. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М., 1995. – 304 с.
11. Электронный ресурс: режим доступа – URL: <http://www.rian.ru/spravka/20100422/225438645.html> (дата обращения: 7.10.2012).