

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В статье представлено анализ научной литературы по проблеме патогенеза психических и наркологических заболеваний. Исследованы основные тенденции развития исследований данной феноменологии в отечественной и зарубежной науке. Систематизированы основные теории и методологические подходы для клинического анализа данного вопроса.

Ключевые слова: зависимость, симптом, клинические исследования, патогенез, психические расстройства, наркологические заболевания.

По мере развития клинической наркологии как самостоятельной медицинской дисциплины проблемы патогенеза и феноменологии стержневых симптомокомплексов химической зависимости привлекают всё большее внимание исследователей. Разумеется, на первом месте стоит вопрос о содержании, структуре и динамике наиболее важного из этих симптомокомплексов – феномене патологического влечения.

Актуальность вопроса о дефиниции и систематике феномена патологического влечения (ПВ) к психоактивным веществам, вызывающим явления психической и физической зависимости, определяется необходимостью знания патогенеза и лечения наркоманий, - в первую очередь – поисков средств воздействия на психопатологический стержень наркомании – болезненное влечение.

Традиционным методологическим подходом для клинического анализа синдрома ПВ стала апелляция к категориям общей психопатологии, что позволило значительно приблизиться к пониманию сущности патогенетических механизмов этого многогранного и сложного болезненного образования.

Психопатологическая структура синдрома ПВ в большинстве отечественных работ 1960-1970 г.г. рассматривалась в определенной аналогии с обсессивными и компульсивными расстройствами (А.А.Портнов, И.Н.Пятницкая).

И.Н.Пятницкая и её сотрудники - В.И.Иванов, Д.Д.Еникеева, Н.Г.Найденова - отождествляли обсессивное влечение с психической зависимостью, а компульсивное – с физической.

Выделение этих двух форм патологического влечения явилось, бесспорно, важным шагом к пониманию его патогенеза и поиску адекватной терапии химической зависимости. Вместе с тем, нельзя не обратить внимания на спорность и искусственность дефиниций, предложенных этими авторами. По их мнению, определяющий критерий принадлежности синдрома патологического влечения к обсессиям только один - «борьба мотивов, колебания: «пить - не пить», «принимать наркотик - не принимать»». При этом полностью игнорируется главный признак обсессии: чуждость переживания по отношению к личности, что абсолютно несвойственно патологическому влечению к психоактивным веществам, - оно воспринимается индивидуумом как неотъемлемая часть своего «я». Стоит привести полностью описание И.П.Пятницкой феноменологии синдрома патологического влечения, которую она трактует как обессию: «...в духовном мире наркомана возникла аффективно насыщенная привязанность, кататимно искажившая мышление и снизившая субъективную ценность прежних интересов. Обсессивное влечение перестраивает психическую жизнь больного и его межличностные отношения, меняет социальную ориентацию личности. Факторы внешней ситуации начинают оцениваться с точки зрения их

способствующих или препятствующих наркотизации возможностей». Это – определение паранойяльного бреда или сверхценной идеи, но никак не обсессивного состояния.

Что же касается описаний компульсивного варианта ПВ, то его основные черты – безудержность, полная охваченность желанием – целиком соответствуют характеристике «сверхценного аффекта» по П.Б.Ганнушкину.

Дальнейшее развитие клинической наркологии привело к расширению представлений о сущности феномена ПВ. Среди отечественных клиницистов наиболее всесторонне и глубоко данный феномен исследовался Б.В.Альтшулером. Он трактует патологическое влечение (на примере больных алкоголизмом) как психопатологическое образование, близкое к паранойяльному бреду и существующее по законам доминанты, согласно А.А.Ухтомскому, которой присущи, как известно, такие основные свойства, как инертность возбуждения, его стойкость и способность к кумуляции. Доминанта способна "притягивать" к себе возбуждение, адресованное другим мозговым центрам, тормозя при этом всякую другую активность. Этой же позиции относительно патогенеза влечения к алкоголю придерживались И.В.Стрельчук, Н.Н.Тимофеев, Т.М.Воробьева, Л.П.Бакуменко.

Возникла насущная необходимость углубленного психопатологического анализа очень часто встречающихся типов ПВ, которые не могли быть с достаточной корректностью квалифицированы ни как обсессивные, ни как компульсивные его проявления. От обсессивного типа ПВ они отличались тем, что не воспринимались личностью как «чуждые», «внутренне паразитирующие», несмотря на формальную борьбу мотивов при своей реализации. От компульсивных они отличались отсутствием ощущения принудительности или насильственности. Характерными для него были: глубокая личностная опосредованность, - его тесное слияние с личностью, непоколебимая личностная установка. Больные не воспринимали его как чуждое, вторгшееся в сознание; напротив, - они видели в нем выражение собственной сущности, и в борьбе за его реализацию они вели борьбу за собственную личность.

Такая структура синдрома патологического влечения естественно вызывала предположение о его близости к бредовым или сверхценным образованиям, которое высказывали Р.Б.Брагин, М.В.Дёмина, О.А.Ровенская, Ю.В.Чайка, В.В.Чирко. Феноменологическая близость их доказывается рядом факторов.

Согласно сложившимся к настоящему времени представлениям о клинико-психопатологических проявлениях и патогенетических механизмах сверхценных идей формируется на основании исследований Л.Б.Дубницкого; В.В.Ковалева, А.Н.Молохова, В.М.Морозова, А.В.Снежневского, А.Б.Смулевича, В.В.Шостаковича, М.Г.Щириной, К.Schneider. Основными свойствами этих механизмов являются мощная эмоционально-аффективная заряженность и господствующее положение в психической жизни индивидуума. *Überwertigeideen*, по определению С.Wernicke, это “воспоминание о каком-либо особенно аффективно заряженном переживании или о целом ряде подобных, связанных между собой, переживаний”. Для зарождения сверхценной идеи необходима определенная “готовность” – соответствующая личностная почва, своеобразие личностного склада. Сверхценная идея развивается психологически понятными путями из личности и ситуации. Поддается анализу не только тематика, но и генез состояния, и бытие личности. В одних случаях сверхценное образование возникает чисто психогенно, в других эндогенно, благодаря особым, биологически заложенным детерминантам. В этой связи существует полярное толкование психопатологической природы сверхценных идей. Если одни исследователи (E.Bleuler и др.) не видят принципиальной разницы между сверхценными и бредовыми идеями, то другие (В.М. Морозов, А.Н. Молохов, А.В.Снежневский, В.В.Шостакович) допускают возможность возникновения сверхценных идей как варианта нормальных психических реакций.

Среди факторов, способствующих манифестации сверхценных образований, большое место занимает возрастной – период пубертатных психо-биологических сдвигов. Сверхценные идеи в одних случаях развиваются у личностей с достаточно весомым стеническим радикалом. В других случаях они отражают аутистические тенденции личности. Наиболее значительное место сверхценные идеи занимают в клинике пограничных психических расстройств, особенно при патологических реакциях и патологическом развитии личности.

От навязчивых идей их отличает отсутствие элемента «паразитичности», навязчивости, «пароксизмальности», а также тип отношения к самому их содержанию. От бредовых идей они отличаются психологически понятными механизмами возникновения и отсутствием изначально патологического толкования действительности. Сверхценные идеи могут возникать как на нормальном психическом фоне, так и на патологическом, - обрстая паранойяльными образованиями. Границы между нормальными и патологическими состояниями условны, они могут переходить из одних в другие.

Клинико-психопатологический анализ феномена патологического влечения у наркологических больных бесспорно свидетельствует о его постоянной и высокой эмоционально-личностной значимости. Непоколебимая личностная установка на потребление наркотических и других, изменяющих психическое состояние, средств выступает как неотъемлемый компонент самого образа жизни индивидуума. Хотя интенсивность и напряженность возникшего ПВ могут варьировать, - то ослабевать, то усиливаться, оно занимает доминирующее положение в сознании и определяет все поведение больного. При этом личность больного мало подвергает эмоциональной и интеллектуальной переработке содержание ПВ. Для больного не подлежит сомнению обоснованность своего стремления принимать наркотик. Отсюда происходит снижение критической самооценки и относительная легкость реализации ПВ, - даже при вербально декларируемыми самим больным «сомнениями», «колебаниями» и «борьбой мотивов».

Характер и полнота критической самооценки целиком определяется личностными особенностями и интеллектуальными возможностями пациента.

Иногда имеется действительно отрицательная оценка наличия ПВ, сопровождающаяся самостоятельными попытками личности сформировать «контрастные» установки и «отвлекающие» формы поведения – как психологические, либо патологические компенсаторные механизмы. При этом выявляются и аффективные реакции с попытками противостоять «давлению» патологической потребности, что оформляется в борьбу мотивов различной напряженности.

Однако чаще критическая позиция личности удручающе формальна и стереотипна: на уровне вербальных «порицаний» с одновременным поиском «рациональных» обоснований и смягчающих обстоятельств, «обусловивших» пристрастие к наркотикам. Такого рода нарушения критической самооценки очень полиморфны по своему содержанию и глубине: от легкого пренебрежения опасностью заболевания – до тотальной анозогнозии.

Вопрос о роли конституционально-личностной «почвы» в патогенезе психических и наркологических заболеваний всегда имел концептуальное значение. Он рассматривался как ключевой и принципиальный подавляющим большинством клиницистов-психиатров: Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин, Т.Т. Abrams, R. Dulit, M. Fyer, D. Klein, R.E. Hornman, F.T. Miller; психологов: R.V. Black, W.A. Canter, G. Connors, T. O'Farrel, A.L. Robin, P. Sutker, M.B. Smith, D. Upprer, и специалистами других направлений, касающихся данной проблемы, и служил предметом дискуссий на протяжении всей истории клинической медицины.

Решающую роль исходной, преморбидной личностной почвы в патопластическом оформлении клинической картины психической болезни и её дальнейшего течения большинство психиатров считают постулатом ещё с прошлого века.

Н.Ж.Weitbrecht считал естественным, что психоз развивается «в связи с биографией больного, а особенности личности влияют на «выбор» и формирование симптоматики».

Е.Стаехелин, как и многие другие клиницисты: Н.Прокор, Н.Малцман, В.А.Фросч, К.МсВикар, Л.Е.О'Коннор, Ж.В.Берри, А.Моррисон, С.Браун, признавал существование неких внутренних связей между психофизическим состоянием человека и тем наркотическим ядом, который им выбран. Он же сформулировал общий принцип «тропизма» личности и психоактивного вещества: наиболее уязвимы к определенному «яду» те личности, в чьих преморбидных природных свойствах уже есть такие черты, какие развиваются в результате длительного потребления данного «яда».

Наиболее последовательными сторонниками клинико-психопатологического подхода в изучении влияния личности на патофизику психических расстройств вообще, и для становления химической зависимости, в частности, являются психиатры Базельской школы (Р. Баттегей, В. Брон, А. Диллингер, Д. Хелл, Р. Мухлеман, Е. Стаехелин, Н.Ж. Weitbreht). По их мнению, движущий мотив аддиктивного поведения – неподдающаяся контролю потребность «изменить своё психическое состояние» реализуется по довольно ограниченному общему набору схем. Каждая из этих схем – отражение основных, определяющих всё содержание психической жизни, личностных императивов. По убывающему порядку их значимости они располагаются следующим образом: 1/ - замещение самоубийства; 2/ - оппозиция к обществу и ненависть к себе; 3/ - бегство в призрачный мир фантазий; 4/ - ненасытность, необузданность желаний; 5/ - желаемое усиление активности; 6/ - невозможность достижения спонтанных дружеских отношений и удовольствий; 7/ - дефицит истинных отношений и замкнутость; 8/ - желание видеть реальный мир таким, как хочется; 9/ - претенциозность; 10/ - душевная пустота (Т.В. Агибалова, О.Ж.Бузык).

В одних случаях «изменить своё состояние» означает: избавиться от усталости, скуки, душевной пустоты, болей, ощущения внутренней скованности, недовольства собой, поднять настроение и работоспособность.

В других случаях это стремление в чаду опьянения пережить такой внутренний подъём, ощутить такую силу и могущество, какого в повседневной жизни никогда не переживают.

Третьи ищут в тупой оглушенности, апатическом оцепенении или глубоком сне как «суррогате смерти» забвения себя, своих забот и безысходности.

Как легко видеть, эти мотивы, не чуждые, в сущности, никому, ничто иное, как отражение глубоко личных, сокровенных потребностей индивидуума. В жизни всякого человека бывают моменты тревог, отчаяния, страданий, и каждый хотел бы безболезненно и быстро избавиться от своего тяжелого настроения, притупить остроту конфликтов, забыть о заботах или укорах совести. Но, поскольку устранить свои тяжелые переживания напряжением воли очень трудно, а средю изменить еще труднее, понятен соблазн достичь такой цели быстро и легко с помощью химических средств. Иными словами, «поиск» или «выбор» того или иного психоделического эффекта строго определен исходными, имманентными личностными императивами (Н.Малцман, В.А.Фросч).

Что же касается социально-средовых влияний, значение которых подчас оказывается даже более важным, чем у исходно-конституциональных, то им отводится роль регуляторов, которые либо облегчают, либо тормозят реализацию такого личностного императива, что представлено в исследованиях отечественных ученых: Г.Ф.Колотилин, В.И.Михайлов, Г.В.Морозов, Ц.П.Короленко, В.Ю.Завьялов, И.П.Лысенко, А.Д. Ревенок; и зарубежных: Р.Ж.Кемптон, Т.Кемптон, Д.В.Кандел, Р.Е.Мейер, С.Зиммерманн-Танселла, С.Донини, А.М.Сiommei, О.Сicilliani, Р.ЗуккерНоллР., Д.С.Зурфф.

Клиническая картина одурманивания во многом отражает эти глубокие личностные детерминанты.

В работах, касающихся клинических аспектов проблемы, несмотря на их разноплановость и пестроту, прослеживается интерес к изучению синдромологии эндогенных психозов, при которой наиболее часто происходит злоупотребление одурманивающими веществами и развитие зависимости от них.

Многие авторы пытаются очертить круг основных позитивных и негативных психотических симптомов, которые выступали как «почва» для злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами и выяснить, - меняется ли значение (в синдромологическом, либо в нозологическом аспектах) этой «почвы» в зависимости от этапа и типа течения эндогенных психозов.

Естественно, выясняется и обратное соотношение - идентифицируются те позитивные и негативные симптомы, а также те этапы эволюции психозов, которые напротив – препятствуют развитию пристрастия.

Психопатология инициальных стадий юношеской шизофрении, как считают Беляев Б.С., Элиава В.Н., Weitbreht H.J., представляет собой базу для обращения больных к алкоголю, наркотикам различной направленности действия, психоделическим средствам.

В таких состояниях больные подавлены, беспомощны, но лишь немногие просят близких помочь им разобраться в происходящем. В большинстве же случаев больные упорно скрывают свои переживания, либо надеясь, что они прекратятся сами собой, либо пытаются облегчить свое состояние с помощью «стихийно-терапевтического средства» - алкоголя. Shands H.C. говорил, что с помощью алкоголя больные пытаются сохранить «разрушающееся «я»».

В других случаях мотивы обращения к наркотикам или психоделическим средствам полностью были обусловлены изменениями самосознания: соответствовали характеру субъективной оценки начинающейся шизофрении как «вступления в новый, более интересный внутренний мир» (J. Wuych). Больные объясняли обращение к наркотикам стремлением «познать иррациональное» (A.Assailly), «быть приобщенными к сонму избранных, посвященных», «открыть для себя свое подсознание», «облегчить поиски бога» (B.Bron, T.Leary) и т.п. Характерным было предпочтение выбираемого психоактивного вещества. Неприятие алкоголя аргументировалось квази-эстетическими «принципами», оформляясь резонерскими, философско-рассуждательскими сентенциями. В обширном перечне ПАВ на первом месте стояли различные психоделические средства, галлюциногены, затем каннабиноиды, а уже в последующем - опиаты (P.Furst, K.McVicar, N.J.Lavik, S. Onstad).

Если шизофренические дебюты протекали по астеническому типу, мотивом обращения к психоделическим средствам оказывалось стремление больных каким-то образом активизировать себя, поднять тонус, добиться большей активности. Здесь в перечне ПАВ главное место занимали стимуляторы, среди которых наиболее часто фигурировали амфетамины, а уже затем – алкоголь, каннабиноиды.

У больных с инициальными, еще не четкими и не систематизированными бредовыми переживаниями прием психоактивных средств осуществлялся с целью сгладить тревожное напряжение, настороженность, «забыться», «отвлечься». При этом предпочтительным оказывался массивный прием алкоголя, либо транквилизаторов.

Все указанные феномены, возникающие на инициальных стадиях шизофрении, объединяет одно их общее качество: глубокий эмоциональный резонанс и интимная личностная опосредованность их содержания. Они находят непосредственное отражение в самосознании больного, воспринимаются им как новое, совершенно особое состояние, изменяющее весь предшествующий строй своего «я» и оказывающее, тем самым, значительное влияние на всю его дальнейшее существование.

Налицо, таким образом, тесное переплетение привнесенных психическим заболеванием феноменов и личностных реакций индивидуума на них. Появление новых, вызванных патологическим процессом, психических переживаний не может не найти отражения в мире внутреннего «я» больного. Спектр реакций личности на появившиеся переживания чрезвычайно широк и многогранен: от любопытства и замороженного восхищения до растерянности и смертельного ужаса. В зависимости от характера этих переживаний «я», их содержания, продолжительности и силы, - с одной стороны, и преморбидных личностных особенностей индивидуума с другой, - выстраивается реакция на болезнь и поведение больного в связи развивающейся болезнью. В подавляющем большинстве случаев больной пытается – осознанно или нет – эти состояния изменить с помощью различных психоактивных веществ.

Американская классификация DSM-IV выделяет различия между первичными и вторичными психическими расстройствами, но не предусматривает надежных и валидных путей к диагностике сосуществующих психических и вызванных субстантным злоупотреблением расстройств.

В отечественной литературе к настоящему времени можно найти лишь единичные работы, которые касались бы типологии алкоголизма у психически больных.

И.И. Лукомский называл алкоголизм, развившийся на фоне существующих психических заболеваний, «вторичным», в отличие от «первичного», возникающего у больных без предшествующих психозов.

Н.Г. Шумский называл такой алкоголизм «симптоматическим», клиническим отличием которого являлось массивное, постоянное, потребление спиртного уже в юношеском возрасте, с «безудержным» влечением.

Г.М. Энтин различал вторичный истинный и вторичный симптоматический алкоголизм. В клиническом аспекте вторичный истинный алкоголизм предусматривал его развитие на фоне малопрогрессирующего или остановившегося шизофренического процесса (иногда – на фоне эпилепсии) и в целом сохраняющееся сходство его стержневых синдромов с таковыми при алкоголизме «банальном». Вторичный симптоматический алкоголизм рассматривался как отдельный симптом в общей цепочке развития эндогенного психического процесса, отличавшегося периодичностью течения. Например, алкогольные эксцессы развивались в периоды обострения психоза, а в ремиссиях прекращались, причем могло наблюдаться даже «умеренное» потребление алкоголя, не провоцирующее обострения вторичного патологического влечения.

Общепринятой аналогичной систематики взаимосвязей нарко(токсико)маний и психических заболеваний в отечественной литературе до настоящего времени нет.

Таким образом, следует признать, что несмотря на многочисленные усилия, общепринятой систематики взаимосвязей нарко- (токсико-) маний и процессуальных психических заболеваний ни в отечественной, ни в зарубежной литературе к настоящему времени не создано. Проблема требует дальнейших исследований.

Литература

1. Дёмина М.В. Нарушения самосознания в формировании аддикции у психически больных / М.В. Дёмина // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. - Матер. Рос. Конф. - М.: МГУ – 2004. – 297с.
2. Винникова М.А. Особенности клиники, диагностики и терапии алкогольной зависимости, протекающих на фоне эндогенных аффективных расстройств / Винникова М.А., Гуревич Г.Н., Агибалова Т.В., Бойко Е.О. - М.: НПУ – 2006. – 226 с.
3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров / Белокрылов И. В., Дудко Т.Н., Райzman Е.М. –М.: Престиж, 2006, - 374 с.

4. Крылов Е.Н. Поддерживающая терапия респиратором больных шизофренией, осложненной алкогольной зависимостью / Власова Р.П., Крылов Е.Н., Ларина Л.С. // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. - Матер. Рос. Конф. - М.: МГУ - 2004. - С. 306-307.

5. Литвинцев С.В. Аффективные расстройства при героиновой наркомании / Арбузов А. Л., Литвинцев С.В., Рохлина М. Л. - М.: МНИК - 2006. - 224 с.

References

1. Демьина М.В. Нарushenyaya samosoznaniya v formirovaniy addyktsyy u psykhychesky bol'nykh / M.V.Demyina // Sovremennyye tendentsyy orhanyzatsyy psykhyatrycheskoy pomoshchy: klynycheskiye y sotsyal'nyye aspekty. - Mater. Ros. Konf. - М.:МНУ - 2004. - 297s.

2. Вунныкова М.А. Osobennosty klynyky, dyahnostyky y terapyy alkohol'noy zavysymosty, protekayushchykh na fone endohennykh affektyvnykh rasstroystv / Vunnykova M.A., Hurevykh H.N., Ahybalova T.V., Boyko E.O. - М.: NPU - 2006. - 226 s.

3. Дудко Т.Н. Reabylytatsyya narkolohycheskykh bol'nykh v uslovyakh statsyonarov / Belokrylov Y. V., Dudko T.N., Rayzman E.M. -М.: Prestyzh, 2006, - 374 s.

4. Кгылов Е.Н. Podderzhyvayushchaya terapyya rypoleptom bol'nykh shyzofrenyey, oslozhnennoy alkohol'noy zavysymost'yu / Vlasova R.P., Kgylov E.N., Laryna L.S. //Sovremennyye tendentsyy orhanyzatsyy psykhyatrycheskoy pomoshchy: klynycheskiye y sotsyal'nyye aspekty. - Mater. Ros. Konf. - М.: МНУ - 2004. - S. 306-307.

5. Lytvynytsev S.V. Affektyvnyye rasstroystva pry heroynovoy narkomany / Arbutov A. L., Lytvynytsev S.V., Rokhlyna M. L. - М.: МНУК - 2006. - 224 s.

Овсянніков М.В.

Особливості патогенезу психічних та наркологічних захворювань

В статті представлено аналіз наукової літератури щодо проблеми патогенезу психічних та наркологічних захворювань. Досліджено основні тенденції розвитку дослідження даної феноменології у вітчизняній та зарубіжній науці. Систематизовано основні теорії та методологічні підходи для клінічного аналізу даного питання.

Ключеві слова: залежність, симптом, клінічні дослідження, патогенез, психічні розлади, наркологічні захворювання.

Ovsyannikov M.V.

Features of pathogenesis of mental illnesses and substance abuse

The article analyzes the scientific literature on the issue of pathogenesis of mental and substance abuse disorders. The basic trends of study of the phenomenology of domestic and foreign science. Systematized basic theories and methodological approaches for the clinical analysis of this issue.

Key words: addiction, symptoms, clinical trials, pathogenesis, mental illness, substance abuse disease.

Овсянніков Марк Вадимович – доктор медичних наук, доцент кафедри психіатрії Ростовського державного медичного університету.