

ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, ОСЛОЖНЕННАЯ АЛКОГОЛИЗМОМ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ*

Доцент А.Н. БЛАГОВ, Д.И. КУРГАК

*Российский государственный медицинский университет, Москва,
Камчатский областной наркологический диспансер, Петропавловск-Камчатский,
Российская Федерация*

Рассматривается проблема опиоидной зависимости, осложненной алкоголизмом. Показано, что уход от синдромального подхода позволяет разделять состояния, имеющие коморбидный характер и представляющие собой единый патологический континуум. Сделано заключение, что определение психопатологической картины болезни и ее динамики открывает возможность адекватной терапии.

Проблема опиоидной зависимости, осложненной алкоголизмом, в настоящее время занимает одну из главных позиций в клинике тяжелых наркологических заболеваний. Для России она является общей и не имеет очевидных региональных различий. При этом проблема недостаточно изучена: отмечаются вполне определенные трудности в толковании клинических проявлений данной патологии, затруднено четкое понимание и разделение клинической феноменологии, в достаточной степени понятное при «чистой» опиоидной зависимости или при «банальном» алкоголизме, когда эти два вида расстройств выступают отдельно. Однако подобное утверждение не всегда полностью отображает «клиническую правду». Дело в том, что существующие на сегодня в клинической практике наиболее реальные клинико-диагностические подходы и толкования ориентируют специалиста рассматривать наркологическую патологию с точки зрения диагностики стадии болезни. Здесь всегда четким критерием является абстинентный синдром, в первую очередь его наличие или отсутствие. Вторым критерий диагностики — степень выраженности психоорганического компонента зависимости, что так или иначе находит свое отражение в объяснении феномена «деградации личности». Эти аспекты наркологического заболевания получили в литературе практически исчерпывающее описание.

В последнее время помимо абстинентного синдрома все большее значение приобретает обсуждение феномена патологического влечения к интоксикации, обуславливающего, по сути, само существование наркологического заболевания. Поиск здесь идет в направлении описания всей довольно богатой клинической палитры проявлений, делаются попытки ее интерпретации с общепатологических и психологических позиций. Выведение данного феномена в ряд оформленного синдрома и придание ему статуса стержневого, с одной стороны, завершает целостную картину клиники наркологического заболевания, а с другой — ориентирует исследования, выполняемые на мультидисциплинарной основе, в отношении

вполне определенных направлений дальнейшего изучения рассматриваемого синдрома. На сегодняшний день такая разработка наркологической проблематики является для клиники главным направлением.

Следует, однако, отметить слабость подобного подхода. Он, на наш взгляд, отражает, с одной стороны, стремление к определенной «унификации» клинических представлений в целях достижения полного «идеологического взаимопонимания» между специалистами разных стран и разных школ, что само по себе, естественно, является позитивным. С другой стороны, четкое методологическое следование синдромальному характеру рассмотрения патологии (заложенному, кстати, в современной международной и американской классификациях — МКБ-10 и DSM-IV) значительно обедняет это рассмотрение именно в клиническом ракурсе и ведет наркологическую клинику в конечном счете к серьезному кризису. Не вызывает сомнения пригодность упомянутых классификаций для ведения статистики, но они совершенно не пригодны для диагностических целей, не способствуют полноценному восприятию и пониманию психиатрической (наркологической) клиники, а потому не могут иметь серьезного клинического значения. Они не соответствуют принципиальному требованию к психиатрической классификации, сформулированному Карлом Ясперсом: любая классификация должна стремиться к максимальному отражению сути наблюдаемого патологического явления. При строгом подходе следует признать, что упомянутые классификации по существу не являются таковыми. Прямо или косвенно, но они выступают в качестве серьезного тормоза в понимании патологии, особенно присутствующей в наркологии. Об этом надо говорить, чтобы не допускать углубления системного кризиса в этой медицинской дисциплине.

Кризис, реально присутствующий в российской наркологии, на наш взгляд, значительно сдерживает развитие именно клинической наркологии. Он заключается в углубляющейся тенденции рассматривать наркологическую патологию либо как имеющую

* Настоящая статья печатается в дискуссионном порядке, и изложенные в ней положения и подходы авторов не всегда разделяются редакционной коллегией журнала.

четкие токсико-биохимические корреляты, либо, наоборот, как являющуюся неким преходящим расстройством на уровне личности и среды и не реализующуюся как психиатрическая. Упускается (сознательно или по причине недостаточных знаний) именно психопатологический субстрат наркологической патологии, что, по нашему мнению, значительно упрощает ее понимание и делает малореальным серьезный прорыв в достижении позитивных результатов лечения наркологических больных [1]. Что же касается стремления к выведению на передний план именно молекулярных теорий и концепций в объяснении психической патологии в ущерб психопатологическому ее пониманию, то это довольно скептически оценивается даже некоторыми авторитетными американскими психиатрами [2]. Следует отметить и чрезмерное увлечение молекулярными теориями, находящимися, кстати, фактически на начальных стадиях своей эволюции, а потому часто декларативными и не претендующими на исчерпывающее объяснение наблюдаемой в клинике феноменологии. Это особенно касается теорий, разрабатываемых в отрыве от клинических реалий и насущных клинических потребностей и тем самым создающих почву для чрезмерной психологизации и спекулятивных толкований наркологической феноменологии. С подобным пониманием и восприятием проблемы, безусловно, трудно лечить именно зависимость, хотя отдельные ее проявления, обусловленные интоксикацией, возможно, и не вызывают каких-либо методологических трудностей. Указанные разработки, как ни парадоксально, не вооружают психиатра новыми знаниями, а, скорее, наоборот — в определенной степени обезоруживают его. Психиатр уже не стремится активно противостоять более сложной патологии, каковой, в частности, является сочетание опиатной и алкогольной зависимости, и нередко становится простым наблюдателем, утверждаясь во мнении о фатальности и неизлечимости профильной патологии и пассивно ожидая момента, когда больной сам захочет «поправиться».

В современной наркологии самым большим клиническим достижением является назначение так называемой метадоновой поддержки. Спорят здесь лишь о том, что все же эффективнее — метадон или бупренорфин. Тех же пациентов, которые формально соглашаются активно лечиться, структурируют в психотерапевтические сообщества и месяц-другой назначают им налтрексон и антидепрессанты. В худшем случае больной наркоманией попадает под опеку исключительно социального работника с не очень понятными «патронажными» функциями и полным отсутствием какого-либо медицинского участия (очевидно, из-за его дороговизны!). Так устроено большинство американских программ, ориентированных на работу с больными наркоманией.

Мы полагаем, что считать это лечением опиоидной зависимости нельзя, чтобы не дискредитировать само понятие «лечение зависимости». По этой причине нет необходимости всерьез рассматривать замещение нелегальных опиатов легальными как клинический подход. Ничего общего с клиникой и лечением он не имеет, решая, возможно, сиюминутную крими-

ногенную ситуацию (основной аргумент радетелей за здоровье нации, ангажированных на «проталкивание» метадона в России и не считающих, кстати, опиоидную наркоманию тяжелым психическим заболеванием), в которой находится больной наркоманией, но никак не влияя на эту проблему в перспективе и в целом. Для отечественной клинической наркологии подобное рассмотрение, по нашему мнению, не представляет никакой ценности.

Для того чтобы серьезно рассматривать проблему опиатной зависимости, осложненной алкоголизмом, необходимо руководствоваться клинико-психопатологической методологией, базирующейся на описании феноменов, их психопатологическом анализе и динамическом наблюдении. На этой основе строится терапевтическая стратегия и тактика, не эклектические и абстрактные, а конкретные и открывающие возможность реального практического применения.

Главным диагностическим инструментом клинициста-психиатра, специализирующегося в области лечения химической зависимости, т.е. врача психиатра-нарколога, является квалифицированное владение методологией психопатологического анализа. Будучи, по сути, пропедевтикой психических заболеваний, необходимым элементом подготовки врача-психиатра, такой метод не может устареть, а его возможности позволяют успешно осуществлять полноценную психопатологическую диагностику, причем как в статике, так и в динамике. Эта диагностика, естественно, имеет «уровневый» характер: симптоматическая, синдромальная, нозологическая. Психопатологическое исследование не может быть заменено простым тестированием, интервьюподобный инструментарий находится в арсенале психолога и в клинике может быть только вспомогательным методом. В равной мере это относится к так называемой психопатометрии (используемой пока только в научных исследованиях, но с намекающей тенденцией к применению в повседневной клинической практике) и ко всем ассоциированным диагностическим методикам, как биохимическим, так и нейропсихологическим. Обо всем этом приходится напоминать, поскольку в последнее время психопатологическое обследование в клинической наркологии становится все большей редкостью и ориентированные в этом направлении специалисты уступают первенство токсикологам и психологам. Подобное положение является следствием системного методологического кризиса в наркологии и, в свою очередь, способствует еще большему его углублению.

Возвращаясь к теме сочетанной опиоидной зависимости и алкоголизма, следует отметить, что в целом опиаты и алкоголь в токсикологическом смысле и паттерне имеют изначальную полную самостоятельность. Если, к примеру, зависимость от кокаина часто сопровождается алкоголизмом, формируя своеобразный «кокаиново-алкогольный» вариант химической зависимости, то для опиатов это не характерно. Как правило, самостоятельные интоксикационные континуумы здесь не пересекаются. Иными словами, у больных с опиатной зависимостью, находящихся в опиатном интоксикационном континууме, возможны только эпизоды злоупотребления алкоголем. И наоборот —

при смене опиатного паттерна на алкогольный можно наблюдать на фоне доминирующего злоупотребления алкоголем лишь эпизодическую интоксикацию опиатами. Только по достижении болезнью определенного рубежа возможна смешанная интоксикация, имеющая свои особенности, которые могут быть интерпретированы именно при психопатологической оценке психического статуса больного.

Клинические наблюдения показывают наличие трех основных вариантов сочетания опиоидной зависимости и алкоголизма. Характеристика больных с данным видом патологии имеет свои отличия в каждом из вариантов. Они касаются как преморбидных личностных особенностей, так и динамического уровня поражения психики, степени и быстроты нарастания дефекта и психоорганического синдрома. Все это в конечном счете определяет форму опиатной зависимости: высокопрогредиентную злокачественную, умеренно прогредиентную или малопроедентную, а также непрерывный, приступообразный или транзиторный вариант течения [3].

При первом варианте алкоголизм формируется изначально и имеет довольно значительную продолжительность — несколько лет. Первые пробы опиатов отмечаются, как правило, в возрасте после 23—25 лет. Алкоголизм к этому времени уже сформирован и имеет свои токсикологические характеристики — толерантность и постинтоксикационный (абстинентный) синдром. Как правило, степень токсических проявлений алкоголизма выражена умеренно или совсем незначительно. В анамнезе этих больных — курение каннабиса (по-видимому, как элемент поискового наркотизма), в целом эпизодическое. В структуре преморбидной личности могут доминировать черты возбудимости как на уровне акцентуации, так и на уровне расстройства личности. Нередко будущий наркоман является членом преступного сообщества и занимается криминальной деятельностью. Довольно характерным является отбывание наказаний в ИТУ, чаще всего непродолжительное. Опиоидная зависимость формируется поэтому, как правило, в условиях неблагоприятного и часто асоциального микроокружения, в составе которого всегда есть потребители наркотика. В целом довольно долго (несколько месяцев) идет эпизодическое потребление опиатов, чаще в форме ингаляций. Значительно реже отмечается изначальная инъекционная форма потребления. Наркотизация здесь протекает не всегда в форме непрерывного континуума. Быстро возникают перерывы в наркотизации. Вначале они могут быть короткими, 2—3 нед, в дальнейшем их продолжительность постепенно увеличивается. В перерывах, как правило, происходит довольно массивная алкоголизация. В конце концов через 3—4 года наркотизации опиатами алкоголь полностью их вытесняет.

Здесь возможно развитие событий по двум направлениям. В одном варианте алкоголизация сохраняет свой массивный характер. Быстро нарастают проявления «алкопатии», токсикологически обусловленный психоорганический синдром, сопровождающийся нарастанием признаков специфического слабоумия и серьезной, в ряде случаев даже глубокой

дезадаптацией больного. В другом варианте алкоголизация постепенно сходит на нет с переходом на постоянное умеренное потребление слабоалкогольных напитков либо с формированием запоев и межзапойных «светлых» промежутков. В последнем случае сохраняется умеренное или эпизодическое потребление каннабиса, также имеющее тенденцию к постепенному угасанию, и эпизодическое злоупотребление транквилизаторами и снотворными, как правило, на выходе из запоя. В любом случае мы имеем возможность наблюдать (даже всего лишь на примере интоксикационного паттерна) определенный процессуальный характер заболевания, что, на наш взгляд, является очень важным клиническим феноменом.

Вторую группу составляют больные, у которых первые пробы алкоголя были, но не привели к первичной алкогольной зависимости. В таких случаях алкоголизация представляет собой часть начального интоксикационного континуума, имеющего комплексный (в отношении токсических агентов) характер. Это практически всегда имеет место в рамках поискового наркотизма. Преморбид данной группы больных характеризуется признаками неустойчивости и инфантилизма. Наркомания здесь формируется относительно быстро — за несколько месяцев. В целом следует отметить закономерный характер ее формирования. Ее дебют традиционен и многократно описан в литературе, можно считать его типичным. Он относится к возрасту 16—17 лет. Традиционный этап поискового наркотизма также протекает типично. Вначале это эпизодическое курение каннабиса в группе. Пробы алкоголя здесь единичные и ограничиваются приемом слабоконцентрированных напитков, чаще пива. Возможны единичные эксцессы с массивным потреблением крепкого алкоголя, но они на данном этапе не имеют существенного значения. На этом фоне предпринимается первые пробы самых различных психоактивных веществ: психостимуляторов, седативных препаратов, галлюциногенов и даже органических растворителей. Эти пробы единичны и также не приводят к дальнейшему злоупотреблению указанными веществами. Наконец, наступает очередь опиатов. Как правило, в настоящее время это героин, иногда и доступные аптечные кодеинсодержащие препараты. Интоксикация опиатами в данном случае в равной мере является следствием именно поискового наркотизма и индуктивного влияния патогенной среды, т.е. мы можем фиксировать фактор созависимости, имеющий заметное патогенетическое значение [1].

Сформированная опиатная зависимость реализуется монотоксическим злоупотреблением опиатами. Эта интоксикация может быть как непрерывной, так и иметь тенденцию к периодическому усилению и ослаблению. Течение наркомании характеризуется подобным паттерном интоксикации в течение 5—7 лет или несколько более. В дальнейшем отмечается ослабление интоксикации, переход с героина на кодеинсодержащие препараты и трамал, а затем и на алкоголь, который постепенно вытесняет опиаты и занимает их место. Последующий алкогольный этап протекает тяжело, быстро формируется токсическая органика. Данный вариант, как видно, уже в большей степени

несет в себе фактор «алкомании». Токсические дистрессы отличаются большой тяжестью. Особенностью постинтоксикационного (абстинентного) синдрома у данной группы больных можно считать практически «опийный» его характер со всем набором соматоневрологических проявлений. Особенно это характерно для начального этапа «постнаркоманического» алкоголизма. Постепенно «алкогольная ломка» уступает место более традиционному характеру алкогольной абстиненции, оставаясь, однако, довольно тяжелым токсическим испытанием. При этом можно также отметить несколько ускоренное «созревание» готовности психики больного к делириозным включениям в период синдрома отмены алкоголя и тенденцию более ускоренного продвижения по энцефалопатическому пути.

Таким образом, токсическая модель полностью смещается от опиатов в сторону алкоголя. Временами отмечается злоупотребление снотворными. Другие токсические средства также могут использоваться больным. Это особенно характерно для исходного (энцефалопатического) этапа болезни и имеет абсолютно иную психопатологическую подоплеку, нежели на этапе поискового наркотизма. Финал (исходное состояние) болезни в отдельных элементах похож на отмечаемый в первой группе, но более очерченный, и его наступление заметно драматичнее и быстрее. Возврата к опиатам при этом варианте течения не отмечается. В токсикологическом смысле его можно считать патологическим продолжением предыдущего, но значительно более усиленным.

При третьем варианте наркомании с присоединением злоупотребления алкоголем, как и при предыдущем, алкоголизация начинается уже на фоне имеющейся опиатной зависимости. Токсикологический аспект становления наркомании в целом соответствует предыдущему варианту, однако можно отметить ряд особенностей. Одна из наиболее заметных из них заключается в том, что донозологическое злоупотребление алкоголем, как правило, практически полностью отсутствует. Причиной этого служит изначальная токсикологическая несостоятельность в отношении алкоголя. Она проявляется тем, что даже незначительные дозы принятого алкоголя вызывают выраженное отравление, продуцируют субъективно неприятные ощущения, сопровождающиеся в том числе и вегетативной симптоматикой. Изначально у алкоголя отсутствует фактор требуемой эйфории. Данному фактору давно придается большое значение в попытках понять патогенетические механизмы химической зависимости [4]. Вероятно, по причине отсутствия эйфоризирующего компонента вследствие приема алкоголя не реализуется субъективный позитивный подкрепляющий его эффект. Это происходит при каждом таком употреблении алкоголя, как правило, обусловленном какими-либо вынужденно-ситуационными обстоятельствами. Такие больные всегда говорят о том, что алкоголь им неприятен, что они его «физически не переносят». На этом фоне при довольно коротком (1–2 мес) этапе поискового наркотизма быстро формируется основной (опиатный) интоксикационный континуум, что является реализацией довольно быстро формирующейся опиатной зависимости.

Преморбид больных данной группы характеризуется классическим набором, характерным для опиоидной зависимости, — это черты истероформности, неустойчивости, несколько в меньшей степени возбудимости. Практически всегда присутствует акцентуация характера или расстройство личности, что свидетельствует об определенном уровне и качестве дизонтогенеза. Как правило, дизонтогенез сопровождается теми или иными проявлениями инфантилизма, что свойственно как расстройству личности, так и органически обусловленному нарушению индивидуального развития в детском и подростковом возрасте. Все это наряду с неблагоприятными средовыми факторами служит предпосылкой для развития наркотической зависимости. Однако для описываемого варианта зависимости роль средового фактора несколько менее значима (по сравнению с двумя предыдущими вариантами), поскольку преобладают фактор преморбидной личности и, вероятно, несколько иные патогенетические механизмы формирования заболевания. Быстрое становление основного (опиатного) интоксикационного континуума, фактически длительное моноинтоксикационное течение наркомании приводят к формированию наркомании, отличающейся практически непрерывным течением и злокачественностью психопатологического процесса.

Все представленное выше касается токсикологического аспекта вопроса. Такое токсикологическое рассмотрение понятно большинству практикующих наркологов, так или иначе сталкивающихся в своей работе с необходимостью оказывать помощь тяжелым наркотическим больным. Что же касается клинико-психопатологических интерпретаций данного феномена, то они выглядят несколько сложнее. Тем не менее именно такие интерпретации позволяют увидеть некоторые важные закономерности, позволяющие понять клиническую сущность наблюдаемых феноменов и провести их дифференцированный анализ, необходимый для выработки адекватного лечения.

Итак, в нашем рассмотрении первый вариант отражает, с одной стороны, умеренно прогрессивный и малопрогрессивный характер наркомании. При этом, говоря о прогрессивности, мы имеем в виду основные психопатологические качества наркоманической доминанты. В первую очередь речь идет об уровнях поражения психики (неврозоподобный, психотический, психоорганический), об основных психопатологических механизмах реализации этого стержневого психопатологического синдрома химической зависимости — обсессии, автоматизма, стереотипии, имеющих в своем семантическом «расширении» определение наркоманических. Отражением прогрессивности является скорость (быстрота) качественной смены этих психопатологических проявлений, отражающая психопатологическую динамику патологического процесса. Данная симптоматика по определению является психопродуктивной. Для оценки характера прогрессивности важно также оценивать скорость нарастания наркоманического дефекта. При этом следует помнить, что понятие «дефект» и «психоорганический синдром» не являются тождествен-

ными (на что указывали еще немецкие авторы в середине прошлого столетия), хотя на определенном этапе патологического процесса они могут соседствовать и вступать в «психопатологическое взаимодействие». Характер такого взаимодействия для наркологической клиники представляет первостепенный интерес и позволяет моделировать на психопатологическом уровне патогенетический аспект химической зависимости в ее динамике.

Таким образом, оценивая характер прогрессивности заболевания, мы имеем возможность судить не просто о «синдроме зависимости» — в нашем понимании подобное рассмотрение чрезмерно упрощает клиническую проблему и не позволяет формулировать валидную стратегию лечения химической зависимости, ограничиваясь лишь неполным, недифференцированным синдромальным вмешательством. Такая оценка позволяет рассматривать вопрос о коморбидности или ее отсутствии при данной патологической картине. Как известно, с этим пониманием клинических вопросов в современной наркологии связано довольно много путаницы, обусловленной в первую очередь синдромальным характером понимания патологии. Возможно, это отдельная проблема, нуждающаяся в специальном рассмотрении. Отметим лишь, что в современной литературе это понятие имеет значительный аспект спекуляции, бездоказательности, «вкусовщины» и т.п., поскольку предъявляемая токсикологическая и психологическая аргументация не в состоянии конструктивно решить данную проблему. Она, повторим еще раз, может быть решена только с использованием психопатологической аргументации.

Возвращаясь к рассмотрению вариантов опиатной зависимости, сочетающейся с алкоголизмом, отметим, что первый вариант, описанный нами выше, демонстрирует малую или умеренную прогрессивность опиатной наркомании. В большей степени при этом наблюдается «тормозящее» действие алкогольной интоксикации на динамику наркоманической доминанты. Это не позволяет развиваться наркомании в ее манифестном, злокачественном проявлении, поскольку, вероятно, быстро истощаются некие патогенетически значимые компоненты развития (возможно, даже на молекулярном уровне). Закономерная смена наркотика и возвращение к алкогольному паттерну интоксикации сопровождается довольно быстрым угасанием «опиатной» доминанты. Хотя алкоголизм, начинающийся здесь закономерно приобретать первенствующее значение, может протекать и по относительно злокачественному и патогенетически самостоятельному сценарию. При этом, по нашему мнению, есть основания говорить о той коморбидности, когда конкурируют две самостоятельные доминанты — алкогольная и опиатная. Первый вариант свидетельствует о довольно быстрой «победе» токсической (алкогольной) психоорганики над эндоформной опиатной составляющей, что сопровождается относительно быстрой редукцией последней.

В целом описываемый вариант не склонен к максимально злокачественным сценариям. Течение этой формы алкоголизма затяжное. Психопатология ис-

ходного состояния (если алкоголизация сохраняет свой затяжной характер или становится массивной) здесь характеризуется не столько дефектом, сколько психоорганическим регрессом (это психопатологическая тенденция, в рамках которой возможны варианты отклонения). В очень умеренных проявлениях такой регресс допустимо (хотя все-таки нежелательно, если иметь в виду не психологические, а психопатологические приоритеты в понятиях) именовать «деградацией личности».

При анализе клинической симптоматики, представленной у второй описанной нами группы больных с сочетанием наркомании и алкоголизма, можно говорить о более злокачественном течении, имеющем место, однако, не всегда и не во всех случаях. Тем не менее злокачественными являются и опиатная зависимость, и сформировавшийся на ее почве алкоголизм, точнее алкомания. Характер наблюдаемых расстройств свидетельствует при этом о более медленной, более затяжной трансформации наркомании в алкоголизм. Фактически здесь можно в равной мере говорить и о коморбидности, и о «едином» наркологическом заболевании (естественно, наркомании). В тех случаях, когда речь идет о наркомании (а с психопатологических позиций это предпочтительнее), мы подразумеваем некий довольно длительный временной отрезок «чистого алкоголизма» не таковым, а неким вырождением основной наркоманической (опиатной) доминанты. В клинической картине при этом почти всегда присутствует причудливая смесь активной наркологической психопатологической симптоматики, наркоманического (опийного) дефекта и набирающего силу токсического алкогольного психосиндрома. Со временем больные становятся апатичными, безразличными, с признаками значительного интеллектуального снижения. Токсикология здесь подтверждает, по сути, викарный характер алкоголизации. Лишь признаки довольно выраженного регресса личности (на фоне полинаркотоксикоманической рауш-интоксикации) окончательно нивелируют «наркоманическую» и «алкогольную» составляющие, а это характеризует уже исходную фазу болезни.

Из изложенного очевидны требования к организации лечения рассмотренной группы больных. Поскольку речь здесь не идет о банальном алкоголизме, все те довольно примитивные «терапевтические» подходы, которые практикуются в настоящее время и затрагивают симптоматический или, в лучшем случае, синдромальный аспект терапии, здесь не годятся. Более того, требуется достаточно глубокая дифференциальная диагностика, а не простое обозначение синдрома. Психотерапия данной группы больных, если говорить об ожидаемом ее результате, а не о формальном подходе к ней, имеет ограниченные показания, регламентируемые «уровневым» поражением и состоянием микросоциума. Однако при приступообразном течении заболевания в межприступном периоде (если он обозначается как ремиссия) такая системная психотерапия обязательна.

На практике же, к сожалению, часто приходится сталкиваться с противоположным состоянием как диагностики, так и лечения тяжелой наркологической

патологии. В случае наметившейся ремиссионной динамики больного просто выписывают из клиники и не наблюдают; при наличии же острой симптоматики сплошь и рядом, не проводя дифференциальной и динамической диагностики, больному сразу после недельной детоксикации рекомендуют всевозможные методы, способы и разновидности «кодирования», «торпед» и тому подобные, не имеющие отношения к клинике, опираясь лишь на сиюминутное «согласие» больного «сразу и навсегда» избавиться от своего недуга. И эту, по сути коммерчески подкрепленную, договоренность врача и больного именуют «стрессовой психотерапией». В действительности, по нашему убеждению, такое положение представляет собой пример коммерческой эксплуатации болезни как отдельным врачом, так и целым коммерческим предприятием, и не является лечением зависимости в принципе. К сожалению, здесь почти всегда отсутствует должное юридическое сопровождение, и интересы больного, не получающего адекватного лечения, серьезно ущемляются.

Клинико-психопатологический, психиатрический подход к проблеме исключает такую ситуацию. Мы убеждены, что искоренение всех негативных проблем в клинической наркологии (в первую очередь мздоимства и некомпетентности как в организации, так и в осуществлении лечения наркологических больных) возможно только при организации высоко-технологического подхода к данной патологии во всей ее совокупности.

Наконец, третий из указанных выше вариантов заболевания в полной мере демонстрирует психотические характеристики основной (опийной) наркомодоминанты. Алкоголизация здесь имеет отчетливый викарный характер и не влияет на развитие наркоманического процесса. Собственно алкогольная зависимость здесь не представлена и не развивается. Это эссенциальная, в чистом виде наркомания. По этому течению ее следует здесь считать наиболее злокачественным. Чтобы пройти всю патологическую эволюцию, болезни требуется значительно больше времени. Ввиду отсутствия мощного психоорганического (интоксикационного) компонента болезнь протекает целиком по эндоморфному сценарию. Отказ от алкоголя в пользу наркотиков происходит почти мгновенно. Поэтому здесь недопустимы все параклинические формы преодоления «алкоголизма» (особенно «кодирование» и тому подобные неклинические манипуляции). Лечение должно проводиться по стандартам и требованиям, предъявляемым к лечению наркомании. К сожалению, на сегодня из-за кризисных явлений в наркологии широкое практическое внедрение эффективных клинических методов лечения наркомании затруднено и фактически не реализуется.

Подводя итог сказанному, следует отметить важность преодоления механистического стереотипа токсико-психологического синдромального обозначения наркологической патологии и предлагаемых в связи с этим формальных терапевтических подходов.

В настоящем сообщении мы стремились дать описание феноменологии, наблюдаемой в клинике опи-

атной зависимости, осложненной алкоголизмом. Что касается принятой в научной литературе методологии изложения материала, то в данном случае мы сознательно отступили от традиционного сопровождения его необходимой статистикой и цифрами. На наш взгляд, на сегодняшний день значительно более важным являются содержательный и смысловой аспекты представляемого материала, заключающиеся именно в описании феноменологии. Данное исследование находится в начальной стадии, а потому накопление достоверной статистики — вопрос времени. Очень важно в этом смысле наличие валидной инфраструктуры, позволяющей как осуществлять адекватное лечение больных с рассматриваемой патологией, так и вести полноценную исследовательскую работу. К сожалению, в настоящее время именно фактическое отсутствие такой инфраструктуры и очевидные трудности ее создания серьезно тормозят движение к намеченной цели и мешают достижению максимальной результативности в работе с больными наркотической зависимости.

В целом наши исследования, проведенные на основе описанного выше подхода, позволяют сделать следующее заключение.

Клиника опиоидной зависимости, осложненная алкоголизмом, проявляется тремя основными клиническими вариантами, имеющими свои переходные варианты. Факторы преморбиды, среды, внутренние патогенетические динамические механизмы, а также уровень поражения психики и его динамика определяют форму наркомании (малопрогрессирующую, умеренно прогрессирующую и высокопрогрессирующую — злокачественную). Манифестация «алкогольного этапа» свидетельствует о клинической динамике и переходе болезни в новое качество, которое, однако, может быть дифференцированным в зависимости от внутренних механизмов болезни.

Патогенетическое значение присоединения злоупотребления алкоголем при опийной наркомании служит критерием определенной тенденции к затуханию наркоманического процесса и перехода болезни на психоорганический уровень с возможными исходами. Наиболее благоприятным исходом является снижение интенсивности интоксикации и общая стабилизация состояния с умеренными проявлениями наркоманического дефекта и психоорганического синдрома. Неблагоприятное течение определяется формированием полинаркотоксикоманического паттерна интоксикации, нарастанием признаков наркоманического регресса личности и органического механизма реализации наркоманической доминанты.

При наиболее благоприятном течении наркомании, осложненной алкоголизмом, можно говорить о коморбидности и сочетании наркомании и алкоголизма как о параллельных патологических процессах. При наличии признаков злокачественности и тем более при высокопрогрессирующей (злокачественной) форме наркомании речь идет об одном заболевании — наркомании с викарным злоупотреблением алкоголем.

Параметры осуществления адекватного лечения данной категории больных заставляют говорить об

особых технологических условиях его организации с учетом клиники заболевания, что требует ухода от сложившихся в практике традиционных простых токсико-психологических схем ведения больных. Это

также требует особым образом организованной инфраструктуры, способствующей комплексной терапевтической проработке симптоматики, анализируемой на психопатологическом уровне.

Литература

1. Благов Л.Н., Демина М.В. Опииодная зависимость и феномен созависимости. Вопросы патогенеза и клиники // Наркология.— 2005.— № 1.— С. 42–49.
2. Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера: Пер. с англ.— М.: Практика, 1998.— 485 с.
3. Благов Л.Н., Демина М.В. Современные проблемы реабилитации больных с опиоидной зависимостью // Наркология.— 2004.— № 10.— С. 52–55.
4. Чернобровкина Т.В., Аркавий И.А. Роль эйфории в клинике и лечении наркологических заболеваний. Клинико-биохимический и социальный аспекты // Проблемы медико-социальной реабилитации больных в психиатрии и наркологии: Тез. докл. Респ. совещ. врачей психиатров-наркологов.— М., 1992.— С. 113–122.

Поступила 06.05.2005

OPIOID ADDICTION COMPLICATED WITH ALCOHOLISM: CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES AND DIAGNOSTIC PROBLEMS

L.N. Blagov, D.I. Kurgak

Summary

The problem of opium addiction complicated with alcoholism is featured. Escape from a syndrome approach is shown to allow distinguishing co-morbid states, a single pathological continuum. The authors conclude that determining the psychological picture of the disease and its dynamics facilitates the adequate therapy.