

ВЛЕЧЕНИЕ К НАРКОТИКАМ, СВЕРХЦЕННЫЕ ИДЕИ И СВЕРХЦЕННОСТЬ ПРИ НАРКОМАНИЯХ

В.Д.Менделевич

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

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

Ведь действительно, если согласиться с тем, что влечение к наркотикам –

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

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

В качестве доказательств правоты своей позиции авторы [1, 26] указывают на наличие в структуре влечения к наркотикам следующих параметров: 1) убежденности в необходимости принять вещество; 2) отстаивании «права» употребления ПАВ как одного из неотъемлемых прав личности; 3) отрицания или преуменьшения проблемы употребления; 4) игнорирования очевидных фактов и некоторых иных параметров. В.Б.Альтшулер [1] считает, что суждения больных о «пользе» употребления ПАВ можно расценить как сверхценные на основании того, что они «могут грубо противоречить реальным фактам жизни самого больного, т.е. искаженно отражать действительность».

Известно, что в психиатрии **сверхценные идеи** рассматриваются в континууме, на одном из полюсов которого располагаются сформированные под влиянием значимых жизненных ситуаций, но ставшие устойчивыми мнения, взгляды, суждения, сопровождающиеся критичностью человека по отношению к ним (психологические феномены или симптомы непсихотического уровня), на

другом полюсе - т.н. сверхенный бред [24]. По отношению к первым справедливо высказывание С.Ю.Циркина [25] о том, что «сверхценности как таковые не служат признаком нарушения психической деятельности». А в отношении вторых аргументирована позиция А.Б.Смулевича и М.Г.Шириной [24] о том, что «в динамическом аспекте сверхценные идеи и бред представляются в качестве психопатологических проявлений последовательно сменяющихся этапов заболевания... [и], эти данные... указывают на отсутствие непреодолимой границы между рассматриваемыми синдромами».

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

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

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

либо мыслительную патологию, а систему индивидуальных приоритетов.

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

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

Немаловажным является структурное сходство - и бредовые, и сверхценные идеи проявляются в практически идентичных клинических формах. К ним относятся [7]: 1) сверхценные идеи, связанные с переоценкой биологических свойств своей личности (дисморфофобические, ипохондрические, сверхценные идеи сексуальной неполноценности и сверхценные идеи самоусовершенствования); 2) сверхценные идеи, связанные с переоценкой психологических свойств личности или ее творчества (изобретательства, реформаторства, талантливости); 3) сверхценные идеи, связанные с переоценкой социальных факторов (виновности, эротические, ревности).

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

клиническую форму.

У больного наркоманией действительно присутствует стремление употребить наркотическое вещество, но суждения типа «я хочу употреблять наркотики» являются вербализацией потребности, а не сверхценной идеей. Ведь не обозначается же сексуальное влечение при парафилиях как «сверхценная идея совершить сексуальное действие». Парафилия отражает искаженную волевую, а не мыслительную деятельность.

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

Еще одним значимым фактом, противоречащим представлению о том, что влечение к наркотику является сверхценным образованием, следует признать несходство динамических особенностей данных феноменов. Известно, что в клинической картине наркомании отмечается отчетливая тенденция к колебаниям психического состояния в связи с повышением или снижением интенсивности влечения к наркотикам [19, 23]. Типичным является относительно быстрая, фазная смена состояния длительностью от нескольких минут до нескольких часов. Причина колебаний кроется в нейробиологических эффектах наркотиков и закономерностях течения наркомании. В то время как сверхценные идеи носят устойчивый и длительный характер — от дней до

месяцев [16, 20]. В их происхождении важная роль отводится кататимным и интерпретативным факторам, а не нейробиологическим механизмам, и на их динамику могут влиять колебания аффективного фона. В психиатрии неизвестен ундулирующий или флюктуирующий характер сверхценных идей. Также как и бред сверхценные идеи — это стойкие ложные убеждения.

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

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

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

Понятно, что признание факта наличия у больного наркоманией

сверхценности как личностно-психологического феномена не позволяет считать обоснованным его лечения тем более с использованием таких психофармакологических средств как нейролептики.

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

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

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альтшулер В.Б. В Национальном руководстве по наркологии. М., 2008, 720 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М.: «Медицина», 1994, 216 с.
3. Благоев Л.Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологические аспекты. – М.: Гениус, 2005. – 316 с.
4. Брюн Е.А. «Без «недобровольной госпитализации не обойтись», Медицинская газета, №93, 02.12.2011.
5. Брюн Е.А. Краткие комментарии к письму Менделевича В.Д. в РОП //http://www.r-n-l.ru
6. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом. //Вопросы наркологии. - 2011. - №2. - с.26-37.
7. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2003. - 416 с.

8. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). Автореф. дисс. д-ра. мед. наук. М., 2004. - 33 с.
9. Гофман А.Г. Клиническая наркология. – М.: Миклош, 2003. – 215 с.
10. Гофман А.Г. Комментарии к статье В.Д.Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред». //Вопросы наркологии. - 2011. - №3. - с.123-126.
11. Гофман А.Г. Комментарии к положениям В.Д.Менделевича, Е.А.Брюна, Ю.П.Сиволапа, М.Л.Зобина //http://www.psychiatr.ru/home
12. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. - М.: Медпрактика-М., 2006. - 191 с.
13. Зобин М.Л. Отклик на комментарии А.Г.Гофмана к статье В.Д.Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред». //Вопросы наркологии. - 2011. - №1. - с.110-115.
14. Иванец Н.Н., Чирко В.В. О лечении больных эндогенными психозами, страдающих наркотической зависимостью. //Психиатрия и психофармакотерапия. - 2002. - т.4. - №3.
15. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Наркология и психиатрия. М., 2006. - 832 с.
16. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.: Медицина, 3-е издание переработанное и дополненное. - М., 2004, - 528 с.
17. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред. //Вопросы наркологии. - 2010. - №5. - с.95-102.
18. Михайлов М.А. Влечение как бред. //Вопросы наркологии. - 2010. - №4. - с.15-26.
19. Руководство по аддиктологии /под ред. В.Д.Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
20. Руководство по психиатрии /под ред. академика РАМН А.С.Тиганова. М., «Медицина», 1999. т.2.
21. Сиволап Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии. //Наркология. - 2011. - №12. - с.79-81.
22. Сиволап Ю.П. Заметки к комментариям //http://www.psychiatr.ru/home
23. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М.; «Медицина», 2005. – 304 с.
24. Смулевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема парайнои. - М., «Медицина», 1972. - 182 с.
25. Циркин С.Ю. Ревизия психопатологических категорий //Независимый психиатрический журнал. – 2008. - №2.
26. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. //Наркология. – 2009. - №5. – с.67-72
27. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада. /Наркология. – 2009. - №7. – с.77-85.