

О СКОЛЬКО НАМ ОТКРЫТИЙ ЧУДНЫХ...

(по поводу статьи М.А.Михайлова «Влечение как бред»)

Софронов А.Г., Пашковский В.Э.

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова,
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, e-mail: pashvladimir@yandex.ru*

Появление статьи М.А. Михайлова [7] несомненно является знаковым событием для отечественной психиатрии и наркологии. Полностью соглашаясь с мнением N.C. Andreasen [12] о том, что «следует внести значительный вклад в подготовку нового поколения квалифицированных специалистов в области науки и в сфере психопатологии, которую можно сравнить с искусством», нельзя не радоваться новым психопатологическим исследованиям, которые по принципиальным положениям противоречат существующим ныне традициям и взглядам. Даже название статьи отличается научной революционностью.

Однако если название статьи можно воспринимать как метафору, то уже основной вывод, данный в резюме не вызывает сомнений в серьезности намерений автора приравнять влечение к бреду: *«приведенные клинические данные позволяют квалифицировать расстройства мышления, встречающиеся при патологическом влечении как бредовые образования».*

Для столь значимого вывода крайне важным представляется анализ доказательной базы исследования. Тем более, что М.А. Михайлов, как он сам пишет, квалифицирует бред «не напрямую (как все психиатры), но опосредованно, через расстройства сознания». К сожалению, во введении не приводится ни одного исследования, которое хотя бы отдаленно совпадало с мнением автора. Но автора это не смущает. Он пишет: *«Попытки провести параллели между патологическим влечением и бредовыми идеями сталкиваются с существующими до настоящего времени серьезными теоретическими трудностями в понимании сущности бреда в психиатрии».*

Действительно, проблема бреда одна из наиболее сложных в психиатрической семиологии. С середины XVIII до середины XX веков на ее решение была направлена большая часть клинических исследований немецкой, французской и отечественной психиатрических школ. Тем не менее, результатом явился не более, чем ряд предпосылок для решения таких вопросов, как определение, типология, структура и динамика, генезис и лечение бреда. Предложенные концепции объясняли отдельные клинические факты, но

в целом, рабочие гипотезы не стали основанием для глубоких клинических обобщений [6].

Определений бреда множество и в рамках данной дискуссии нет возможности привести их в полном объеме. Остановимся лишь на сводном обобщенном определении термина, данного М.И. Рыбальским: [10] «Бред – это особое, болезненное проявление мыслительной деятельности человека, результат патологического творчества, при котором отсутствует причинно-следственная связь между фактом возникновения бреда и уровнем интеллектуального развития, но отмечается влияние указанного уровня на характер, особенности и содержание бреда. Сущность бреда заключается в специфическом или в неспецифическом нарушении познавательных, ассоциативных и апперцептивных процессов, предопределяющих возникновение суждений и умозаключений, не соответствующих объективной реальности, пространству, времени и противоречащих в большинстве случаев основным законам формальной логики».

Даже такое обширное определение не проясняет полностью сущности проблемы. Известны парадоксы бреда, один из которых связан с его принципиальной независимостью от объективной реальности. Благодаря этому бред, по определению являющийся объективно ложным суждением, возникающим у больного без адекватных внешних поводов и противоречащим объективной реальности, может совпадать с этой реальностью [8]. При бреде ревности, например, сообщение больному об измене жены не вызывает у него особого смятения. Он и так об этом знает. Куда важнее иные констатации измен, формирующие бред особого значения: вмятина на подушке, новая косметика и т.д. По Х.Х. Лопес Ибору: [3] «при бредовом восприятии человеку кажется, что «особое значение», которое фактически исходит от него самого, странным образом навязано ему. Таким образом, первичная бредовая идея демонстрирует такую же психологическую структуру, как другие процессы при шизофрении, которые могут быть все вместе объяснены как расстройство активности «Я».

Таковы, вкратце, основные характеристики бреда как психопатологического симптома. Что же тогда патологическое влечение к наркотикам (ПВН)? Детальный анализ термина проведен в настоящей дискуссии В.Д. Менделевичем [5]. Нам остается обозначить свою позицию. В отличие от бреда, возникающего в структуре психической болезни гетерономно, без участия больного, видоизменяясь, исчезая и появляясь вновь в ходе ее течения, пусковым механизмом ПВН является прием ПАВ. Лишь после этого приема развивается болезненное влечение, определяющееся потребностью в постоянном или периодически возобновляемом приеме препарата для получения удовольствия или

облегчения тягостного психического или физического состояния. **Именно потребность является ключевым симптомом ПВН.** Это отмечено и в монографии А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой [9] и в докладе экспертов ВОЗ [2]. Трактующее М.А. Михайловым как бредовая идея *стойкое, практически не поддающимся коррекции убеждение в необходимости употребления психоактивного вещества* и является отражением этой потребности. За два века изучения бреда в мировой психопатологии было выделено две фундаментальные, не зависящие от эпохи темы: преследования и величия. Частота встречаемости других тем - вины, религиозных, ипохондрических, ревности, и любви подвергнута колебаниям и зависит от культуральной среды и временного среза [14]. К какой теме отнести идею о необходимости принимать наркотики – величия, преследования или любовной - трудно сказать. Не убеждает и приведенный М.А. Михайловым [7] пример «тотальной дезорганизации мышления» В нем говорится о больной, *которая устроившись на работу стала испытывать интенсивное влечение к наркотику. Реализуя его, она решила заявить руководству, что у нее скоропостижно умерла мать и попросить денег на похороны. «Понимала», что проработала на новом месте очень мало и поэтому надо заявить о смерти матери не сразу, а через неделю. В течение этой недели надо, во что бы то ни стало зарекомендовать себя с самой лучшей стороны. Последовательно начала это осуществлять. В течение недели постоянно в деталях представляла себе, что и как будет делать, когда получит деньги. Составила точную смету предстоящих расходов на приобретение наркотиков...* Такой же алгоритм – потребность - дефицит возможностей ее удовлетворения - эмоциональное напряжение - поиски путей реализации потребности характерен для игрока, у которого нет денег, kleптомана, педофила и т.д. Только причем здесь бред и нарушение сознания?

Конечно, на этапе поиска путей реализации, в случае повышения эмоционального напряжения из-за низкой вероятности удовлетворения потребности возможен и хаос мыслей в голове, их непоследовательность, противоречивость. Однако, общий рисунок поведения подчиняется общебиологическим закономерностям, описанным П.В.Симоновым в рамках разработанной им потребностно-информационной теории эмоций [11].

Казалось бы на этой ноте статью можно было бы закончить, но в сфере нашего внимания оказался комментарий авторитетного исследователя А.Г. Гофмана [1]. Главным аргументом в полемике с В.Д. Менделевичем [5] по А.Г. Гофману является не имеющее аналогов в мировой литературе детализированное описание В.А.Михайловым состояния больных во время абстинентного синдрома, которое В.Д. Менделевичем не принимается

во внимание. Действительно, в зарубежной литературе аналогов таким исследованиям нет. Обычно в исследованиях на близкую тему [13] в разделе «материал и методы исследования» приводятся диагнозы в соответствии с рубриками международной классификации, критерии включения и исключения, диагностический инструментарий, социально-демографические характеристики, данные о сроках начала употребления ПАВ, длительности зависимости от ПАВ, наличии сопутствующих соматических и психических расстройств. В.А.Михайлов в разделе «Материал и методы исследования» ограничился лишь указанием на пол и возраст, а диагнозы подразделил на группы «зависимых от препаратов группы опия», больных «токсикоманией» и «полинаркоманией». Непонятно, отмечались ли у больных острые интоксикации, синдром отмены с делирием, обусловленные приемом ПАВ психотические расстройства по критериям МКБ-10 (F1x5). Описание группы больных, у которых задолго до появления отчетливых признаков влечения к наркотику, без видимых причин начиналось «замыкание в себе», пропадал интерес к общению, усиливалось внутреннее одиночество и чувство «внутренней пустоты» наводит на мысль – не шизофрения ли это? Тем более автор пишет, что *«дальнейшее развитие эндогенного процесса приводит к усилению рефлексии с тенденцией к самообвинению или самоутверждению; в содержании мышления приобретает звучание борьба внутренних мотивов, этических и эгоистических стремлений, происходит мучительный интеллектуальный поиск преодоления личностного конфликта, эмоционального разобщения с миром».*

Возвращаясь к позиции А.Г. Гофмана, отметим, что В.А.Михайлов не ставил целью своей работы описание психотических нарушений при абстинентном синдроме, а разрабатывал гипотезу о тождественности ПВН и бреда. Но проверка гипотез осуществляется другими методами – формированием гомогенных контрольной и опытной групп, применением диагностических инструментов, статистическим сопоставлением. *Без этого любые самые смелые утверждения научно ничтожны.* Что же позитивного в исследовании В.А. Михайлова? Несомненно, при интоксикационных психозах отмечаются синдромы, свойственные как экзогенным, так и эндогенным психозам. К сожалению, тонкая психопатологическая структура, вопросы этиологии, течения и исхода психозов, обусловленных употреблением ПАВ изучается мало. С этой точки зрения клинические описания автора представляют несомненный интерес. Неприятие вызывает только их трактовка.

А.Г. Гофман никаких недостатков позиции у В.А. Михайлова не нашел. Весь его гнев обратился на В.Д. Менделевича, который виноват в том, что «все термины и

трактовки, по его мнению, должны соответствовать тому, что опубликовано в зарубежной (в основном англоязычной) литературе». Хочется напомнить проф.А.Г. Гофману острую статью замечательного философа и лингвиста А.Ф.Лосева [4], в которой говорится о том, что отсутствие ясности в исходных постулатах и понятиях научного направления приводит в дальнейшем к противоречивой туманности последующих построений. Поэтому простим В.Д.Менделевичу его стремление пользоваться той терминологией, которая принята в мировой науке. Это присуще физикам, биологам и другим представителям естественно-научных дисциплин. Конечно, можно выработать и свой язык и свою терминологию. Отечественная наркология имела бы на это право, если бы располагала превышающими мировой уровень достижениями в лечении наркологических больных. В настоящее время, увы, этого не наблюдается. Обсуждаемая концепция «влечения как бреда», к сожалению, звонка из Стокгольма не обещает.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Гофман А.Г. Комментарий к статье В.Д. Менделевича «Влечение как влечение, бред как бред»//Вопросы наркологии-2011- №3.- С.123 – 126.
- 2.Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости. Шестнадцатый доклад. - Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1969.
- 3.Лопес Ибор Х.Х. Восприятие и бредовое настроение// Независимый психиатрический журнал. – 2006.- №4. – С.13-20.
- 4.Лосев А.Ф. Терминологическая многозначность в существующих теориях знака и символа//Языковая практика и теория. М.: Изд-во МГУ, 1978- С.3-26
- 5.Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред.// Вопросы наркологии, 2010.-N 5.-С.95-102.
- 6.Микиртумов Б.Е. Клиническая семантика персекуторного бреда//Обозрение психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994.- №3. – С.40-47.
- 7.Михайлов М.А. Влечение как бред //Вопросы наркологии. – 2010. - №4. – С.15-26.
- 8.Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и. «развитие личности», и «процесс»?// Независимый психиатрический журнал. – 2006.- № 1. – С. 27-32.
- 9.Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. – Л.:, Медицина,ЛО, 1971 – 390с.
- 10.Рыбальский М.И.Бред. Систематика, семиотика, нозологическая принадлежность бредовых, навязчивых, сверхценных идей. – М.: Медицина, 1993-368с.

11.Симонов П.В. Мотивированный мозг. М.: Наука, 1987 – 269с.

12.Andreasen, N.C. DSM and the Death of Phenomenology in America: An example of Unintended Consequences// Schizophrenia Bulletin. – 2007- № 33. – P. 108–112.

13.Goswami S, Singh G, Mattoo SK, Basu D.[Courses of substance use and schizophrenia in the dual-diagnosis patients: is there a relationship?](#)//Indian J Med Sci. - 2003 –Vol.57. - №8 – P. 338-346.

14.Klosterkotter J. Basic symptoms and end phenomena of schizophrenia. An empirical study of psychopathologic transitional signs between deficit and productive symptoms of schizophrenia // Monogr. Gesamtgeb. Psychiatr. Psychiatry Ser. – 1988. – Т. 52. – S.1-267.