

УДК 616.89–008.441.3(049.3)

АДДИКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ. В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ, М.Л.ЗОБИН.**М.: Медпрессинформ, 2012., 263 с.**

Эта монография, посвященная актуальным проблемам наркологии, написана в критическом плане и имеет целью показать насколько и в теоретическом, и в практическом отношении несовершенна отечественная наркология.

Рассматривая психопатологические, наркологические и поведенческие расстройства при наркологических заболеваниях, авторы высказывают убеждение, что «становой хребет отечественной наркологии – учение о патологическом влечении к психоактивным веществам – является научным казусом, ошибкой и нуждается в пересмотре». Авторы полагают, что плох и сам термин «патологическое влечение», и пагубна для отечественной наркологии концепция патологического влечения к алкоголю и наркотикам, которая много лет разрабатывается В.Б.Альтшулером и сотрудниками ННЦ наркологии. Беда оказывается в том, что в понятие «патологическое влечение» включаются эмоциональные, вегетативные, идеаторные и поведенческие расстройства. Наличие последних отрицать невозможно, на основе их выраженности оценивается интенсивность влечения – в отечественной и мировой наркологии. «Ошибка» отечественных наркологов оказывается, состоит в том, что влечение надо рассматривать изолированно, а не вместе с иной, постоянно присутствующей патологией. Сам термин «патологическое влечение» фигурировал в отечественной литературе задолго до работы В.Б.Альтшулера. Это авторов не смущает, и эти публикации они не цитируют.

Критикуя точку зрения ряда исследователей в отношении генеза анозогнозии, авторы прибегают к тому же приему. Не цитируются работы, где подчеркивается существование двух вариантов анозогнозии: отрицание болезни при наличии выраженного интеллектуального снижения и некритичность, в основе которой лежат психологические защитные механизмы.

Стремление уравнивать всех пациентов и говорить о больных алкоголизмом вообще или о больных опиоидной наркоманией как о чем-то едином характерно для всей монографии.

Отрицается правомерность употребления таких терминов как «психопатизация» и «деградация личности» применительно к больным алкоголизмом и опиоидной наркоманией. Непреодолимое влечение к наркотику и алкоголю не отрицается, но игнорируются общеизвестные факты. Еще работами

Б.В.Зейгарник и Б.П.Братуся было показано, что патологическое влечение изменяет структуру ценностных ориентаций и деформирует личность. В результате при алкоголизме, наряду с интеллектуально-мнестическим снижением, формируется другая личность, обедненная и с иными интересами. В отечественной литературе это было прекрасно показано Э.Е.Бехтелем, известную монографию которого авторы тоже не считают нужным цитировать. Упорное стремление авторов объяснить изменения психики и поведения у больных опиоидной наркоманией только витальной потребностью в потреблении наркотика сталкивается с явно противоречащими этой позиции фактами. Никакой витальной потребности, то есть потребности устранить абстинентный синдром или предупредить его появление, у больных через много месяцев после последнего приема наркотиков нет, но влечение присутствует. Возобновление наркотизации отмечается и через несколько лет воздержания (вынужденного или добровольного). Столь же необоснованным выглядит стремление авторов идентифицировать влечение к потреблению жидкости больными диабетом с влечением к наркотикам у больных героиноманеией. Вместо аргументов читателям предлагаются спекулятивные операции с термином «влечение». Авторы как бы не замечают, что больные наркоманией стремятся с помощью наркотика добиться изменения психического состояния. Для этого употребляются дозы, многократно превышающие те, которые купируют абстинентный синдром. Ничего похожего при диабете не отмечается, никто из больных диабетом не принимает стократные дозы инсулина и не пытается с помощью этого препарата изменить свое психическое состояние.

В книге перечисляются различные теоретические построения, претендующие на объяснение аддиктивного (патологического, по терминологии отечественных авторов) влечения. Перечисляются условно-рефлекторные, когнитивные, психобиологические, психологические, мотивационные, психопатологические модели патологического влечения. Авторы вынуждены признать многомерность патологического влечения и сложные структурные взаимосвязи поведенческих, когнитивных, эмоциональных и физиологических характеристик этого феномена. Единой теоретической модели до сих пор не создано, но это не основание, чтобы начисто отвер-

гать достижения отечественной наркологии, а введение в обиход таких понятий как «крэйвинг», «когнитивный процессинг» науку вперед не продвигает.

Можно согласиться с авторами, что нет достаточных оснований для того, чтобы в рамках абстинентного синдрома и интоксикации опиоидами констатировать наличие бреда. Однако нельзя пройти мимо очень сложных психопатологических нарушений, возникающих в этих состояниях. Поэтому огульное отрицание результатов тонких психопатологических исследований М.А.Михайлова никак нельзя признать убедительным. Невозможно квалифицировать психические нарушения во время интоксикации опиоидами только как эйфорию. На самом деле вначале возникает экстазическая мания, затем гипомания, мания с двигательной заторможенностью, затем мания с выраженной речевой и двигательной активностью. С годами обнаруживается тенденция к ослаблению маниакального аффекта, тогда действительно отмечается благодушно-приподнятое настроение с обеднением психической продукции, но происходит это только на определенном этапе течения опиомании. Это же самое справедливо и в отношении состояния интоксикации стимуляторами (амфетаминами). На языке наркоманов даже есть специальная терминология для описания различных состояний («приход», «кайф», «зависание» и т.д.).

Проще всего отрицать факты и ссылаться на то, что в англоязычной литературе что-то не соответствует положениям, принятым в отечественной наркологии.

Наиболее интересной выглядит глава, посвященная измерительным оценкам патологического влечения. Перечисляются и описываются самые различные способы, в том числе методы опосредованной оценки, одномерные психометрические шкалы. Оказывается, что вербальная ранговая шкала, как и числовая ранговая, не менее надежны, чем более сложные способы измерения интенсивности влечения. Разработанные в НИЦ наркологии шкалы оценки интенсивности влечения по существу не рассматриваются.

Очень странным выглядит утверждение, что патологическое влечение (крэйвинг) – это лишь важный индикатор аддиктивного расстройства. В отечественной наркологии утвердилось мнение, что это главный признак, без наличия которого нельзя диагностировать зависимость от алкоголя или наркотиков.

В пятой главе рассматриваются стандарты лечения и терапия, направленная на подавление патологического влечения (антикрэйвинговая терапия). Авторы отстаивают необходимость «лечить» больных опийной наркоманией дачей наркотиков (метадон, бупренорфин). О том, что подобный принцип «лечения» применительно к больным алкоголизмом никому не приходит в голову, не упоминается. Путем многочисленных ссылок (это главное доказательство) утверждается, что все методы лечения малоэффективны, так как опиоидная зависимость – хроническое забо-

левание. Высказывается отрицательное отношение к реабилитационным программам. Мало того, все отечественные стандарты терапии объявляются противоречащими принципам доказательной медицины. Происходит это, оказывается, потому, что этиопатогенез рассматривается не так, как следует. Болезни зависимости, по авторам, это не психические заболевания, а поведенческие нарушения. Все терапевтические проблемы в книге рассматриваются не применительно к той или иной форме зависимости или к конкретному болезненному состоянию. Говорится о лечении больных алкоголизмом и наркоманиями вообще. Особенности терапии при купировании абстинентного синдрома, при лечении в постабстинентном состоянии, на этапе становления ремиссии, во время стойкой ремиссии, не рассматриваются. Авторы полагают, что клинические исследования не нужны, что в области клиники все давно известно. Видимо, поэтому очень незначительное место уделено психотерапевтическим методам воздействия.

Скептически рассматривается реабилитация больных алкоголизмом и наркоманиями, а об отрицательных последствиях «лечением» наркотиками говорится крайне мало.

Авторы выступают противниками недобровольной госпитализации наркологических больных, полагая, что зависимость от опиоидов – это не тяжелое психическое расстройство, так как бред, галлюцинации, другие психотические расстройства при опиомании очень редки, а все контраргументы не рассматриваются, хотя и признается, что поведение героиноманов может быть опасным для жизни.

Авторы полагают, что разрабатываемые в Российской Федерации организационные мероприятия (реабилитация, недобровольная госпитализация) не основаны на серьезной научной базе.

Книга написана с главной целью – внедрить в практику российской наркологии выдачу наркотиков под видом наиболее эффективного способа лечения больных опиоидной зависимостью. Все остальное выглядит, как попытка объявить российскую наркологию сплошной ошибкой и недоразумением (научным казусом).

Удручающее впечатление оставляет бесцеремонное упоминание о поведении Булгакова и Высоцкого в состоянии абстиненции. Можно было бы иначе упоминать о людях, являющихся достоянием России. Булгаков преодолел зависимость от морфия и написал гениальные произведения. Упоминание о поведении Высоцкого во время абстинентного синдрома – раскрытие врачебной тайны. Хочется добавить, что прежде чем писать о болезни того или иного человека, тем более выдающегося, неплохо бы знать, чем он болел.

Проф. А.Г. Гофман

Зав. отделом психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России; e-mail: gofman27@list.ru