

Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада

ЧИРКО В.В. д.м.н., профессор, Московская медицинская академия им. Сеченова, зав. кафедрой наркологии ФППОВ, Москва
ДЕМИНА М.В. д.м.н., доцент кафедры наркологии, Московская медицинская академия им. Сеченова, Москва

Изложены основы наркологической семантики и синдромологии. Авторы отступают от традиционных взглядов и излагают материалы в оригинальной интерпретации. Предлагается авторская разработка шкалированной оценки клинических критериев осевых симптомокомплексов для дифференцированной диагностики и патогенетического лечения у наркологических больных

Ключевые слова: симптом, синдром, патологическое влечение, синдром отмены, нарушение сознания, аддиктивное заболевание

В современной литературе не прекращаются дискуссии о том, где проходит грань, или водораздел, между «бытовым» приемом алкоголя и алкоголизмом, между «пробами» наркотика и болезненным пристрастием. Иными словами, где граница наркологической болезни.

МКБ-10 является существенным шагом назад в научной разработке типологии алкоголизма и наркоманий. Она систематизирует «болезни зависимости» по видам химических веществ, их вызывающих, т.е. по-прежнему цепляется за второстепенные различия — за вид так называемого психоактивного вещества как ведущего диагностического критерия.

Среди обязательных диагностических критериев синдрома зависимости присутствуют такие расплывчатые признаки, как «использование другого вещества для облегчения или избежания синдрома отмены» или «прогрессирующее забвение других интересов и удовольствий, кроме употребления вещества; все больше времени посвящается добыванию, приему и восстановлению после приема вещества». О нарушении сознания болезни не сказано ничего.

На наш взгляд, самым валидным диагностическим признаком при всех видах аддикции является формирование у пациента трех облигатных симптомокомплексов: *патологического влечения; лишения* (абстинентного), параллельно с которым происходит *снижение критики к своему пристрастию; нарушение сознания болезни.*

Синдром патологического влечения — стержневой синдром наркологических заболеваний. *Синдром лишения вещества*, вызывающего патологическое пристрастие, — обязательное звено в этой цепи.

Активность патологического влечения в наибольшей мере определяет нарушение адекватного отношения больного к своей болезни и препятствует, тем самым, успешному лечению.

Современное состояние клинической наркологии показывает насущную необходимость разработки и внедрения системы объективных квантифицирован-

ных оценок осевых психопатологических синдромов. Без объективной и достоверной оценки изменений осевых синдромов аддикции дифференцированная патогенетическая терапия невозможна. Поэтому детальное освещение различных клинических проявлений синдрома патологического влечения и форм отношения больных алкоголизмом и наркоманией к болезни и их количественная оценка приобретают особую практическую важность.

В представленной лекции предлагаются разработанные и клинически опробованные оценочные шкалы указанных облигатных симптомокомплексов у наркологических больных. Этого же требует и задача совершенствования существующих и разработки новых терапевтических методик. Но в подавляющем большинстве случаев еще приходится встречаться с формальной оценкой «на глазок»: «...у больного выраженное влечение к наркотику», «у больного тотальная анозогнозия», «критика к болезни полностью нарушена», «влечение к наркотику угасает», «сознание болезни частично восстановилось». Насколько оценки реальны, — полностью зависит от субъективного фактора: индивидуального опыта, врачебной наблюдательности и квалификации врача психиатра-нарколога.

Предлагаемые нами диагностические шкалы основаны на использовании строго клинических критериев, могут учитывать значимость, или «вес», различных компонентов синдрома и наглядно регистрировать динамику его редукции или обострения. В отличие от существующих психологических шкал они базируются не на самоотчетах больных, а на строго объективных клинических признаках. Тем самым, на объективность оценок не влияют свойственные наркологическим больным кататимно обусловленные искажения своих переживаний и диссимуляция болезни. Работа со шкалами не требует специальной подготовки врача психиатра-нарколога и не занимает много времени.

Структура симптомокомплексов при аддиктивных заболеваниях

Осевой симптомокомплекс аддиктивных заболеваний — *синдром патологического влечения (СПВ)* по психопатологическому содержанию представляет собой доминантную структуру сверхценного регистра. Признаком становления любой аддикции — алкогольной, героиновой, никотиновой — следует считать *патологию влечения*, когда на смену «психологически мотивированного» потребления одурманивающего психотропного яда приходит неспособность к воздержанию вообще.

В структуре патологического влечения (ПВ) присутствуют нарушения различного уровня: идеаторные, аффективные, волевые (поведенческие), вегетативные и сенсорные. Оно носит приступообразный характер с аутохтонными колебаниями аффекта. Оно характеризуется чувством охваченности переживаниями, связанными с употреблением психотропного агента. При этом отсутствует внутренняя переработка возникающих побуждений, крайне затруднены учет и анализ конкретной ситуации. В практической работе трудно оценивать каждый компонент ПВ изолированно, потому что целостную картину врач получает путем анализа всего индивидуального спектра психопатологической симптоматики, со сложным переплетением аффективных, поведенческих, идеаторных и вегетативных расстройств. Тем не менее, существуют определенные закономерности, которые присущи каждому пациенту при обострении ПВ. Именно выявление и, по возможности, ранжирование этих закономерностей позволит создать достаточно простой и удобный в работе инструмент для диагностики выраженности ПВ.

К сожалению, в повседневной практике клинической наркологии невозможно реально проследить зарождение ПВ на инициальных этапах злоупотребления токсикантами. Суждения клиницистов здесь базируются на субъективных ретроспекциях больных, зачастую мало достоверных из-за частичной амнезии и кататимической переработки.

Но в контексте динамического рассмотрения сверхценной синдромальной структуры ПВ — помимо зарождения — ключевой интерес представляет другое крайнее звено — процесс распада СПВ. Причем значение последнего для психопатологического анализа не менее важно, поскольку процесс распада более демонстративен, в нем легче подметить разные формы и отдельные этапы руинизации сверхценной структуры.

1. Наиболее благоприятный вариант редукции СПВ — спонтанное одномоментное исчезновение ПВ с установлением критического отношения. Но, к сожалению, он и наиболее редкий, — отмечен нами в единичных случаях. В клинике кокаиновой наркоман-

нии допускают возможность спонтанной ремиссии до 19%, но это — казуистика.

2. Иногда, относясь критически к своему пристрастию, больной пытается как-то оправдать и объяснить его (кататимическая обработка).

3. Сверхценная структура может подвергаться редукции при возрастных изменениях с отчуждением личностью своего прошлого по мере взросления, созревания, сглаживания психического инфантилизма по выходе из пубертатного периода — при обязательном условии прохождения тяжелого ситуационно-стрессорного воздействия (созревание ценой потери).

4. В ряде случаев ПВ разрушается по механизму личностной сверхкомпенсации (прекращение приема наркотиков как условие роста в уголовной иерархии).

5. Затухание может быть следствием снижения аффективной «подпитки» сверхценной структуры патологического влечения. Например, лишение индуцирующего влияния прежней среды наркоманов ведет к прекращению приема. Лишенный индуцирующего влияния прежней компании наркоман теряет поисковую активность, а, возвращаясь в нее, вновь испытывает обострение влечения. Утрата прежней яркости и многообразия гедонистических нюансов непосредственного психофизического эффекта наркотика со временем неизменно приводит к снижению эмоциональной заинтересованности в повторении приема и как бы размывает фундамент сверхценной структуры. Трансформируются прежде живые реакции больного, начинающего равнодушно относиться к своему пристрастию. Со временем влечение утрачивает аффективную насыщенность и императивность. Оно как бы становится «автоматизированным» (Л.Н. Благов), превращается в набор привычных, «ритуальных», стереотипов.

6. Исчезновение паранойяльного систематизированного бреда после появления галлюцинаторно-параноидной симптоматики, психических автоматизмов и других психопатологических феноменов более глубокого регистра поражения представляют собой типичное звено в саморазвитии шизофренического процесса. На примере больных, полностью прекративших прием наркотиков после экстазирования шизофреники, мы можем видеть еще одно подтверждение тому, что синдром патологического влечения феноменологически есть сверхценная структура, чье место на иерархической лестнице тяжести регистров психического поражения соответствует V уровню в понимании А.В. Снежневского (1975 г.) между более тяжелыми галлюцинаторно-параноидными и менее тяжелыми невротическими (в том числе и обсессивными) синдромами.

7. Хорошо известно, что на затухание бреда влияет астенизация как физической, так и психической

сфер. Примером тому являются нередкие случаи деактуализации шизофренического бреда при значительном физическом истощении, туберкулезе, язвенной болезни, интеркуррентных инфекционных заболеваниях. В наркологической клинике нарастающая физическая патология и соматопсихическое истощение в результате длительной интоксикации приводят к тому же. Длительные запои рано или поздно заканчиваются непереносимостью алкоголя. Длительные наркотические эксцессы — интолерантностью к наркотикам и наркотической усталостью. Интолерантность к наркотикам и стремление снизить неимоверно выросшие их дозы были в «догероиновую эпоху» отечественной наркологии основной причиной обращения больных за стационарной помощью. В эти периоды больной наиболее податлив и к медикаментозному, и к психотерапевтическому воздействию.

Это обстоятельство открывает перспективу для целенаправленного поиска психофармакологических средств для воздействия на стержень аддикции — СПВ.

Идеаторный компонент ПВ отражает отношение больного к своему пристрастию, его убеждения, суждения, размышления, точку зрения, жизненную позицию, его отношение к наркотикам (мысли, переживания, связанные с ними, воспоминания). Осуществляя диагностику ПВ, врач оценивает все компоненты, отдавая приоритет, конечно, идеаторному — наличию мыслей о желании употребить наркотик. Они могут быть периодическими или постоянными, слабо выраженными или неодолимыми. Как правило, первые 10—14 дней мысли о желании употребить наркотик присутствуют постоянно. В последующем, начиная с третьей — четвертой недели после начала лечения, по самоотчетам больных, «мысли ослабевают» или «уходят», появляются светлые промежутки, когда «о наркотиках не думаешь». С течением времени светлые промежутки увеличиваются. Тем не менее, периодически, можно сказать на ровном эмоциональном фоне, возникает достаточно острое, практически непреодолимое желание употребить наркотик.

Постоянство и доминирование этих мыслей прямо коррелируют с интенсивностью ПВ к наркотикам и, соответственно, с поведением и эмоциональным состоянием больного в целом. Здесь закономерно встает вопрос о том, когда влечение к героину считать осознанным, а когда — неосознанным. На первый взгляд, все достаточно просто: если больной говорит, что у него есть мысли о желании употребить наркотик, значит, влечение осознанное. Если он этого не декларирует, то, по всей видимости, влечение носит неосознанный характер. Однако в практической работе все несколько сложнее. Довольно часто больные не говорят врачу о своих переживаниях, скрывают на-

личие мыслей, диссимилируют состояние по многим причинам, в первую очередь, из-за нежелания продолжать антинаркотическое лечение. Как правило, пациент объясняет это субъективно «заторможенным, тяжелым» состоянием, множественными соматическими жалобами, снижением настроения. В этих случаях пациенты часто просят их «взбодрить» и, в то же время, в большинстве случаев не отказываются и от «снотворных» препаратов.

Поэтому в практической работе врач не всегда может опираться на высказывания пациента о наличии или отсутствии у него мыслей о желании употребить наркотик, что в значительной мере затрудняет правильную оценку психического состояния пациента. В этом случае на первое место для диагностики выходят аффективные и поведенческие расстройства.

Аффективные нарушения, встречающиеся в структуре ПВ, весьма многообразны, часто наблюдаются смешанные состояния (например, сочетание дисфорических и тревожных расстройств). Тем не менее, в структуре аффективного компонента можно выделить ряд превалирующих симптомов.

По самоотчетам больных, сначала появляются слабость, вялость, «скука», состояние уныния и угнетенности. Больные говорят, что им «нечем заняться», «лень к чему-то прикладывать усилия». Наиболее частые и вероятные жалобы на скуку, отсутствие интересов, нежелание что-либо делать. На начальных этапах развития ПВ больной сообщает об этом только при расспросах. Данное состояние, как правило, не связывается с влечением к интоксиканту, осознанные мысли о желании употребить его на данном этапе могут отсутствовать. Однако с уверенностью можно сказать, что если подобные жалобы и высказывания больных оставить без внимания и соответствующей медикаментозной коррекции, то можно ожидать развитие и усиление ПВ вплоть до неодолимого.

При углублении симптоматики появляются жалобы на плохое настроение, безразличие к происходящему, тяжесть и тоску. Выражение отчаяния и несчастья заметно в речи, мимике и позе. Пациенты, как правило, рассказывают о своих переживаниях самостоятельно, предъявляют жалобы на усиливающееся чувство безнадежности, беспомощности, печали, залеживание в постели, неприятные предчувствия, неопределенность и неуверенность в собственных силах. Как правило, больные становятся неряшливыми, не следят за своим внешним видом. Стараются уединиться, не стремятся к общению, плохо едят. Довольно часто наблюдаются некоторые элементы слабодушия: становятся плаксивы по незначительным поводам, жалеют себя, сетуют на навалившиеся на них беды и невзгоды. Будущее видят в мрачном све-

те, не верят в успех начатого предприятия. Наиболее частая жалоба при этом: «давят стены».

На этом же этапе становится очерченной тревога: пациенты высказывают различные тревожные опасения. У больного появляются разные, значимые для него дела: он выражает озабоченность здоровьем своих родителей, друзей, начинает беспокоиться за работу: «как бы чего не вышло» и т.д. Состояние ожидания становится невыносимым: «нужно что-то делать, иначе все будет очень плохо». Довольно часто пациент даже не может объяснить своего состояния и говорит очень неопределенно: «что-то не так», «как-то внутри беспокоит». При этом в глазах определяется характерный блеск (по нашим наблюдениям — достаточно характерный признак, который появляется на ранних этапах).

Возможны жалобы на чувство беспокойства, ощущение напряжения, невозможность расслабиться. Пациенты не могут долго концентрировать внимание. Тревога проявляется в беспокойной жестикуляции или походке, пугливом выражении лица, невозможности долго сохранять определенную позу (ерзанье на месте), может достигать состояния раптуса. По нашему мнению, это один из наиболее важных диагностических критериев. Однако следует учитывать, что измерить тревогу значительно труднее, чем выявить другие аффективные нарушения, так как это весьма неоднородная группа расстройств, а симптомы тревоги нестабильны во времени. На этих этапах развития ПВ весьма характерна и эмоциональная лабильность — от пониженно-слезливого до раздражительного или дисфоричного. Сопровождается капризностью, утомляемостью, плаксивостью, утрированной сентиментальностью.

Четко определить длительность или переход одного состояния в другое не представляется возможным. Бывает, что в течение дня наблюдается поочередная смена настроения, но бывает, что в течение нескольких дней превалирует определенная группа симптомов с их углублением и утяжелением. Уже этот факт свидетельствует о том, что столь разнообразная аффективная симптоматика отражает, по существу, ПВ к наркотику, даже если больной не говорит о наличии у него мыслей или определенного желания об употреблении наркотиков.

При дальнейшем развитии и углублении симптоматики к депрессивным расстройствам присоединяются напряженность, чувство болезненного дискомфорта и смутения, неспособность расслабиться, внутренняя неуверенность. Настроение приобретает дисфорический оттенок с раздражительностью, взрывчатостью и агрессивностью. Наблюдаются и физические эквиваленты в виде «потягивания во всем теле», особенно «в мышцах ног», невозможности «найти удобное место».

Больные описывают их как боль, покалывание, неприятные ощущения в мышцах голени. Постоянно присутствует потребность потирать мышцы, ходить, двигать ногами. Пациентам бывает трудно описать данное состояние, они говорят: «похоже на «ломку», но «отличается». Как правило, больные не могут лежать в постели, предпочитают ходить. Если сидят, то часто меняют позу, пытаются найти более удобное положение. К данной симптоматике следует относиться с определенной долей осторожности и дифференцировать с акатизией при нейролепсии. В данном состоянии мысль, что «наркотик может помочь», психологически воспринимается больным как спасительная.

Аффективные нарушения всегда сопровождаются расстройствами сна. Они разнообразны и в данном случае практически не поддаются четкому разграничению. В равной степени встречаются трудности засыпания, частые пробуждения, поверхностный сон, ранние пробуждения. Субъективно наиболее тяжело переносится пробуждение среди ночи и невозможность в дальнейшем заснуть. Жалобы на «плохой сон» и «бессонницу» являются, пожалуй, самыми распространенными среди больных.

На всех этапах развития ПВ аффективные расстройства сопровождаются поведенческими нарушениями. Как правило, у больных при наличии ПВ практически всегда присутствует напряженность и взбудораженность. На начальных этапах это может выражаться в просьбах о дополнительных назначениях каких-либо процедур. Потом присоединяется недовольство режимом отделения, оговаривание сроков выписки. Пациент начинает издали. Например, спрашивает, нельзя ли ускорить лечение, пытается узнать «самый ранний срок выписки» или сколько ему здесь еще находиться и т.д. и т.п. В дальнейшем практически молниеносно может нарастать враждебность, агрессивность, негативное отношение как к врачам, так и к родственникам. Пациент становится возбужденным, практически не реагирует на замечания, выражает желание о немедленной выписке.

По поведенческому компоненту достаточно точно можно определить выраженность ПВ к наркотику.

К поведенческим расстройствам можно также отнести и сновидения. Наркотические сновидения бывают, как правило, задолго до манифестации осознанного влечения к наркотику, являясь своеобразным маркером ухудшения состояния.

Вегетативный компонент СПВ — весьма важная составляющая ПВ. Всегда надо обращать внимание на устойчивость артериального давления, покраснение или побледнение кожных покровов, потоотделение, реакцию зрачков, изменения дыхания, сердцебиения, желудочно-кишечные расстройства и пр. Но в клинко-диагностических целях использовать эти

изменения весьма сложно, так как они, во-первых, весьма индивидуальны, во-вторых, мало дифференцированы, часто не прослеживаются прямые корреляции между выраженностью аффективных и поведенческих нарушений. Наиболее характерные изменения — это своеобразный сухой блеск глаз (постоянный признак при наличии влечения), а также оживление вегетативных реакций при беседах на тему о наркотиках. Очень часто при беседе с больным на тему о наркотиках можно наблюдать и сглатывание слюны, возможна гиперсаливация. Все вышеперечисленные признаки говорят о довольно выраженной интенсивности ПВ.

Внутрисиндромальная динамика ПВ не связана с внешними факторами, а обусловлена именно стереотипом развития болезни.

Шкалированный принцип диагностики

Ниже приводится клиническая шкала определения ПВ, где пункты I—IV рассматриваются как «большие» диагностические критерии; пункты V—VIII рассматриваются как «малые» диагностические критерии.

Для диагностики ПВ к наркотику достаточно (как минимум) трех больших критериев или двух больших и двух малых критериев. Применена балльная оценка: 1 — слабо выраженный симптом; 2 — умеренно выраженный симптом; 3 — сильно выраженный симптом.

Сумма баллов выше 11 свидетельствует о влечении тяжелой степени. Суммарный балл 8—11 позволяет диагностировать влечение средней степени выраженности. Сумма баллов ниже 8 говорит о влечении легкой степени.

I. Идеаторный компонент. Постоянство мыслей уже говорит о достаточно выраженном влечении. Для удобства оценок можно формально разделить данную категорию расстройств: 1 — постоянные, достаточно интенсивные мысли о наркотике, не поддающиеся волевому усилию; 2 — периодически возникающие мысли о наркотике.

Воспоминания и представления (не поддаются балльной оценке, потому что данная категория расстройств характерна для пациентов на достаточно длительном временном промежутке).

II. Аффективные нарушения

Снижение настроения. 1 — скука, вялость, пассивность, неразговорчивость, медлительность. Пациент сам может об этом не говорить, выявляется только при тщательном расспросе; 2 — заметное снижение настроения, диагностируемое не только по предъявляемым жалобам, но и на невербальном уровне: выражение лица, поза, мимика; 3 — тоска (с витали-

зацией или без), пациент самостоятельно предъявляет жалобы.

Тревога. 1 — аморфная настороженность, беспричинные опасения, озабоченность; 2 — нервозность, напряженность, неспособность расслабиться, раздражительность. Пациент сам предъявляет жалобы, отражается на общем поведении, общении; 3 — неусидчивость, тревожная ажитация.

Дисфория. 1 — высказывание недовольства, брюзгливость; 2 — раздражительность, злобность; 3 — агрессивность, напряженность.

Эмоциональная лабильность. 1 — перепады настроения в течение суток (очень характерный симптом, как правило, наблюдается ухудшение настроения к вечеру); 2 — обидчивость, слезливость.

III. Нарушения сна в динамике: позднее мучительное засыпание; многократные пробуждения в течение ночи с последующим быстрым/долгим засыпанием; ранние пробуждения с последующим быстрым засыпанием или невозможностью в дальнейшем заснуть.

Как правило, эти симптомы появляются одними из первых при обострении ПВ, всегда говорят о достаточной глубине нарушений (*оценивается в 2 балла*).

Диагностическая ценность возрастает при длительно (в течение нескольких дней) существующих нарушениях сна, трудно поддающихся медикаментозной коррекции (*3 балла*).

IV. Поведенческие (психопатоподобные) расстройства. В значительной мере определяются личностно и поэтому трудно поддаются ранжированию. Однако можно выделить общие характерные признаки: 1 — просьбы о дополнительных назначениях или каких-либо процедурах, недовольство режимом отделения, оговаривание сроков выписки; 2 — враждебность, агрессивность, негативизм; 3 — возбуждение, двигательная ажитация (двигательная ажитация всегда говорит о высокой степени выраженности ПВ).

V. Вегетативные нарушения могут быть представлены следующими признаками: сухой блеск глаз, потливость, бледность или покраснение кожных покровов, колебания пульса и АД, сердцебиения, дрожь, озноб, гастроинтестинальные симптомы, респираторные симптомы. Вегетативные признаки всегда индивидуальны, во многом зависят от конституциональных факторов, как правило, не выступают обособленно, а сопровождают аффективные нарушения, подчеркивая их выраженность, поэтому балльная оценка не приводится.

VI. *Сновидения*. Являются своего рода маркером обострения ПВ.

2 — единичные; 3 — многократно повторяющиеся (в течение нескольких дней).

Для более углубленной и детальной оценки категорий «Установка на лечение и Критика к болезни» разработана шкала, представленная ниже.

Диагностика нарушений сознания при аддиктивных заболеваниях

Существующие в настоящее время отечественные и зарубежные методики квантификации отношения к болезни используют экспериментально-психологические подходы и основаны на анализе субъективных данных опросников — самоотчетов исследуемых пациентов. Наиболее известной в отечественной клинической психологии является шкала, оценивающая типологию реакций личности на болезнь, предложенную А.Е. Личко с соавторами (1980, 1987 г.). Практически повторяет ее американская «Шкала отношения к болезни» (Illness Attitudes Scale, Kellner R., 1986, 1987). Эти оценочные шкалы были разработаны для нужд психотерапии соматических и психосоматических расстройств. Применительно к пациентам данной категории они вполне адекватны, однако их автоматический перенос для оценки нарушений сознания наркологических болезней методологически ошибочен.

В клинике наркологических заболеваний нарушение сознания болезни и адекватной самооценки представляет собой имманентный психопатологический феномен, который нельзя рассматривать как проявление «психологической защиты», поскольку он тесно вплетается в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с ее динамикой. Угасание сверхценной доминанты ведет к восстановлению сознания болезни, а актуализация — к нарушению. Потребление алкоголя и наркотиков диссимилируется и кататимно искажается в самооценках.

А это означает, что возможности психологической трактовки самоотчетов потребителя психотропных ядов и самооценки отношения к ним ограничиваются лишь доклиническим этапом. В стадии болезни отношение к алкоголю и наркотикам суть выражение уже качественно новых, клинических закономерностей, адекватно оцениваемых лишь при клинико-психопатологическом анализе. При разработке методики количественной оценки нарушений сознания наркологической болезни мы, учитывая методологию отечественных исследователей (Альтшулер В.Б., 1994; Винникова М.А., 2001; 2004), опирались на клинические критерии, старались максимально точно и полно отмечать особенности внешних проявлений пси-

хопатологических симптомов в их взаимосвязях и динамике.

Структура психопатологического феномена нарушенного сознания (переживания) болезни чрезвычайно полиморфна. Основную роль в нем играют два компонента: аффективный и когнитивный (идеаторный), — которые и интегрируют индивидуальные поведенческие модели переживания болезни.

В результате, каждый больной обнаруживает свое, сугубо индивидуальное по полноте и адекватности, понимание самого факта своей болезни, содержания болезненного процесса и степени того вреда, который несет для него болезнь. Иными словами, все многообразие индивидуальных нюансов переживания наркологической болезни лежит, условно говоря, как бы в двух осевых измерениях: количественном и качественном.

На оси *количественного измерения* можно условно расположить диапазон переживания болезни от полного ее признания на одном полюсе до полного отрицания на другом.

На оси *качественного измерения* или направленности переживания можно обозначить градацию отношений к болезни от «беды», «катастрофы», «трагедии» — к «благу». Соотношение этих измерений определяет и индивидуальную позицию пациента в отношении лечения — от признания его необходимости и полного терапевтического сотрудничества до полного неприятия и активного противодействия лечению.

Наиболее заметные и важные внешние особенности клинической картины и основные модели поведения, которые объективно отражают тот или иной тип отношения наркологического больного к своей болезни и его изменения в динамике, характеризуют следующие основные блоки:

- общее признание наркологической болезни;
- характер рассказа больного о своей болезни врачу;
- адекватность и полнота признания симптомов болезни;
- субъективное понимание больным причин помещения в наркологическую клинику;
- оценка больным вреда заболевания;
- участие в лечебном процессе;
- реальная позиция больного по отношению к лечению;
- стремление к познанию сути болезни;
- способность распознать наркологическую патологию у других пациентов и сравнить тяжесть своего состояния с чужим;
- оценка больным собственного состояния в процессе лечения;
- стремление к диссимуляции болезни;
- исполнение диссимулятивного поведения;
- стойкость и постоянство диссимуляции;

- оценка больным результатов лечения.

Симптомы по своему клиническому значению («весу») ранжированы в баллах и регистрируются по альтернативному признаку (наличие/отсутствие). Если в один блок включено несколько клинических признаков, регистрировался наиболее постоянный «тяжелый».

Ниже представлены блоки клинических признаков нарушения сознания болезни и степень их выраженности (тяжести) в баллах.

1. Общее признание болезни

- 1.1. Признание самого факта заболевания — 1
- 1.2. Отказ от болезни — 2

2. Характер рассказа больного о своей болезни врачу

- 2.1. Высокая готовность и заинтересованность — 1
- 2.2. Формальность и пассивность — 2
- 2.3. Отказ — 3

3. Адекватность переживания болезни

- 3.1. Признание наркологического заболевания — 1
- 3.2. Признание болезни, но не наркологической — 2

4. Полнота нозогнозии (какие симптомы признаются пациентом в качестве проявления болезни)

- 4.1. Осознанное влечение к интоксикантам — 1
- 4.2. Влечение к интоксикантам в форме эмоциональных расстройств — 2
- 4.3. Психопатологические компоненты АС — 3
- 4.4. Физические компоненты АС — 4
- 4.5. Соматические осложнения — 5

5. Субъективный отчет больного о причинах помещения в наркологическую клинику

- 5.1. Необходимость избавления от патологического влечения — 1
- 5.2. Непереносимость интоксикантов (наркотическая усталость) — 2
- 5.3. Необходимость улучшения физического (психического) состояния — 3
- 5.4. Уступка окружающим — 4

6. Переживание вреда болезни:

- 6.1. Угроза психическому здоровью и попытки противостоять болезни — 1
- 6.2. Констатация физических осложнений — 2
- 6.3. Констатация социального ущерба в результате болезни — 3
- 6.4. Индифферентно-пассивное отношение к происходящему — 4
- 6.5. Положительное отношение к факту болезни («любование болезнью», «болезнь как благо», «good grief») — 5

7. Стремление к познанию наступившей болезни:

- 7.1. На основе логических заключений — 1
- 7.2. На основе ее чувственного переживания — 2
- 7.3. Отсутствует полностью — 3

8. Способность распознать наркологическую патологию у других пациентов:

- 8.1. Имеется — 1
- 8.2. Отсутствует — 2

9. Сравнение тяжести своего состояния с состоянием других пациентов:

- 9.1. Адекватное — 1
- 9.2. Оценка своей болезни как более тяжелой — 2
- 9.3. Оценка своей болезни как более легкой — 3

10. Участие в лечебном процессе:

- 10.1. Заинтересованное и неукоснительное — 1
- 10.2. Безразличие к лечению — 2
- 10.3. Пассивный протест против лечения — 3
- 10.4. Активное сопротивление — 4

11. Субъективная позиция больного по отношению к лечению

- 11.1. Доверие к предложенному лечению — 1
- 11.2. Попытки навязать свое лечение — 2
- 11.3. Отбор лишь негативных данных о лечении — 3

12. Оценка больным собственного состояния в процессе лечения

- 12.1. Оценивается динамика патологического влечения — 1
- 12.2. Оценивается динамика эмоционального фона — 2
- 12.3. Оценивается динамика сна — 3
- 12.4. Улавливается лишь соматическая динамика — 4

13. Диссимуляция болезни

- 13.1. Отсутствует — 0
- 13.2. Приуменьшение — 1
- 13.3. Экранирование другой патологией — 2
- 13.4. Частичное отрицание — 3
- 13.5. Отнесение к прошлому — 4
- 13.6. Рационализация — 5
- 13.7. Тотальное отрицание — 6

14. Исполнение диссимулятивного поведения

- 14.1. Правдоподобное — 1
- 14.2. Примитивное — 2
- 14.3. Противоречащее логике («Потеря меры») — 3

15. Стойкость и постоянство диссимуляции

- 15.1. Диссимуляция осуществляется непостоянно и нестойко — 1
- 15.2. Диссимуляция осуществляется упорно и постоянно — 2

16. Оценка больным результатов лечения

- 16.1. Оценка изменений ПВ — 1
- 16.2. Улучшение психического состояния — 2
- 16.3. Соматическое улучшение — 3

Регистрация указанных признаков проводится, разумеется, в условиях, когда больные не обнаруживают признаков помрачения сознания (делириозные, аментивные расстройства, спутанность и т.п.). Количественная оценка «веса» клинических признаков осуществляется следующим образом.

Наибольшая выраженность, или «тяжесть» патологического признака, оценивается наиболее высоким баллом, «наихудший» балл в сумме может составлять 54. Самый низкий, «наилучший», балл в сумме может составлять 16. Чем выше общая сумма баллов, тем более значительны нарушения сознания болезни, и, соответственно, чем меньше становится общая сумма баллов в процессе лечения, тем больше восстанавливается нарушенное сознание болезни.

**Шкала клинических вариантов (типов) абстинентного синдрома наркологических заболеваний
(от наименьшей тяжести к наибольшей)**

Тип	Ведущие расстройства	Выраженность в баллах по дням			
Астенический	Астения				
	Диссомния				
	Тревога				
	Эмоциональная лабильность				
Сомато-вегетативный	Диспептические нарушения				
	Вегетативно-сосудистые нарушения				
	Алгии				
Аффективный (тимопатический)	Ипохондрическая фиксация				
	Депрессия				
	Дистимия				
	Дисфория				
Энцефалопатический	Нарушения поведения				
	Сомато-психическая деперсонализация				
	Деменция (обратимая или необратимая)				
	Нарушения сознания				
	Дисмнезии				
	Психозы (экзоформные)				
	Судорожные пароксизмы				

Применение шкал объективной клинической оценки тяжести проявлений синдрома патологического влечения и отношения больных наркоманией к своей болезни и лечению может способствовать достаточно простому и быстрому получению объективной картины указанных осевых симптомов как в статике, так и в динамике — на различных этапах болезни: на высоте синдрома лишения, в постабстинентном периоде, в ремиссии. Это, в конечном счете, сможет повысить эффективность лечебно-восстановительных мероприятий.

Обращение наркологического пациента к врачу в подавляющем большинстве случаев бывает обусловлено именно развитием состояний лишения. И от того, насколько успешно и быстро достигается купирование абстинентного синдрома, в огромной мере зависит все дальнейшее лечение наркологического больного.

Большинство авторов считает, что границей наркологического заболевания является абстинентный синдром, но его клиническое содержание очень вариативно и полиморфно.

Прежде всего, еще нет четких дифференциально-диагностических критериев, разделяющих признаки лишения и общие признаки интоксикации, которые могут развиваться вслед за опьянением и у здоровых лиц.

Далеко не всегда его тяжесть настолько велика, что заставляет прибегать к каким-то лечебным мерам (будь то домашние или медицинские).

В настоящее время он подвергается значительному патоморфозу. Соматические, вегетативные и болевые компоненты все более сглаживаются, отходят на задний план, а ведущее место занимают психопатологические: широчайший спектр эмоциональных расстройств, нарушений поведения и сна. А эти последние в субъективном преломлении больных гораздо менее отвечают признакам лишения. В связи с этим больные алкоголизмом отрицают свой алкоголизм, утверждая, что у них «не бывает похмелья». Больные наркоманией отрицают болезнь, аргументируя это «отсутствием ломок».

Общность главных звеньев патогенеза абстинентных расстройств при различных формах аддикций отмечается отечественными исследователями уже на протяжении последних двух десятилетий. Вместе с тем, клинические исследования еще недостаточно учитывают эти современные представления.

Внимание сосредоточено в основном на выделении специфических деталей абстинентного состояния. Осуществляются попытки выделить какие-то закономерности локальных болей, тех или иных вегетатив-

ных симптомов, свойственных отдельным видам наркоманий.

Безусловно, существуют конкретные клинические проявления состояния лишения, присущие только какому-то одному химическому веществу, но они, если их рассматривать с позиций единства аддиктивной болезни, вторичны. В то же время общие, главные проявления синдрома лишения, отражающие именно общие звенья патогенеза, остаются мало исследованными.

Эти клинические проявления абстинентного синдрома включают в себя несколько групп симптомов: соматических и психопатологических. Некоторые вещества, вызывающие зависимость, не провоцируют развития заметных физических симптомов при обрыве приема. Физические, а точнее говоря, болевые и вегетативные симптомы очень подвержены индивидуальным колебаниям: очень многое в их проявлениях определяется исходным вегетативным статусом и субъективными реакциями конкретного человека на боль. Психопатологические же расстройства при лишении вещества, вызвавшего пристрастие, появляются всегда.

Между тем, психопатологические симптомы в структуре синдрома лишения исследованы далеко не полно. Если в области исследования аффективных расстройств можно говорить о некоторых выявленных закономерностях, то такие важные аспекты, как нарушения сознания и самосознания, остаются практически не освещенными.

До настоящего времени в литературе фактически не были отражены динамические изменения абстинентного синдрома в течении болезни. Рассматривалась лишь клиника абстинентного синдрома в апогее заболевания. Только в отдельных работах показано, что происходящая в процессе эволюции болезни трансформация стержневых симптомокомплексов идет под знаком упрощения всей синдромологической структуры.

Абстинентный синдром претерпевает существенные структурно-динамические изменения при разви-

тии наркомании или алкоголизма на фоне процессуального психического заболевания.

Наконец, несмотря на кажущуюся очевидность давно известного в клинике синдрома, отсутствуют сколько-нибудь обоснованные критерии оценки его тяжести.

Указанные обстоятельства подчеркивают актуальность углубления знания механизмов и клинических проявлений абстинентного синдрома и совершенствования методов его лечения.

Поэтому разработка и апробирование шкалы клинических вариантов абстинентного синдрома имело своей целью максимально полного учета «веса» всех многочисленных компонентов синдрома и его динамики в процессе лечения наркологических пациентов. Были отобраны основные параметры, определяющие клинические проявления, свойственные всем формам аддикций. В основу предложенных градаций была положена оценка степени нарастающей тяжести (регистра) симптомокомплекса. Таким образом, в структуре синдрома лишения мы условно выделили преобладающий на момент исследования уровень поражения:

- астенический;
- сомато-вегетативный;
- аффективный (тимопатический);
- энцефалопатический.

В соответствии с этим определялся и клинический вариант (клинический тип) абстинентного синдрома. В таблице представлены блоки клинических признаков синдрома лишения.

Мы хорошо понимаем условность и схематичность того или иного варианта абстинентного синдрома, невозможность учета всех индивидуальных нюансов. Однако практический опыт использования данных шкал свидетельствует, что врачи психиатры-наркологи могут применять такие шкалы в качестве не слишком громоздкого и достаточно чувствительного инструмента.