

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ И СМЫСЛООБРАЗОВАНИЕ

М. А. Михайлов

Синдром патологического влечения к психоактивным веществам является осевым синдромом всех заболеваний зависимости и по существу определяет суть данного класса заболеваний. Патологическое влечение к психоактивным веществам представлено интенсивным стремлением к интоксикации, которое пронизывает всю сознательную и бессознательную деятельность индивидуума и происходит вопреки окружающей ситуации, здравому смыслу, логике и нередко продолжается, несмотря на возможность причинения отчётливого ущерба здоровью или даже опасности для жизни.

В психопатологическом отношении это сложный и недостаточно исследованный феномен. В настоящее время патологическое влечение к психоактивным веществам рассматривается различными научными школами в разных парадигмах¹. Некоторые авторы для обозначения этого феномена вообще предпочитают использовать другие термины, такие, как «патологические мотивации»², «абберрация инстинкта»³, «деятельность по удовлетворению потребности»⁴, «наркоманическая доминанта»⁵.

В рамках развёрнутой научной программы по исследованию патологического влечения нами проводится комплексное изучение различных аспектов этого феномена. При исследовании феноменологии патологического влечения установлено, что психопатологическая симптоматика этого синдрома проявляется во всех трёх психических сферах⁶.

В аффективной сфере патологическое влечение чаще всего проявляется в виде изменения фона настроения до уровня тоскливой или тоскливо-апатической депрессии. По мере нарастания патологического влечения аффект становится смешанным, появляются тревожные и дисфорические включения. На пике развития патологического процесса нередко происходит мгновенная инверсия аффекта.

В телесной сфере в предельном случае патологическое влечение в своём развитии проходит через ряд последовательных стадий: изменение *vigor vitalis* (здорового тона организма), парестезии, гомономные сенестопатии, гетерономные сенестопатии, эндосоматические галлюцинации. В зависимости от различных внешних и внутренних причин процесс может быть оборван на любой из перечисленных стадий.

В идеаторной сфере наши клинические данные позволяют квалифицировать расстройства мышления, встречающиеся при патологическом влечении как бред. Бредовые проявления возникают на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия. В предельном случае идеаторные расстройства патоло-

гического влечения в своём развитии проходят через ряд последовательных этапов: этап качественного сдвига в мировосприятии на фоне эмоциональной депривации; этап «метафизического сдвига»; этап бредоподобных фантазий и «бредовых представлений» по К. Ясперсу или «брета воображения» Дюпре.

В настоящей работе внимание будет сосредоточено на внутренних механизмах формирования синдрома патологического влечения и на связи этого явления с процессами смыслообразования. Исходя из такой постановки вопроса, для данной работы нам представляется целесообразным рассматривать патологическое влечение в контексте наркоминиманты.

Согласно учению А. А. Ухтомского⁷, доминанта является одним из кардинальных принципов работы нервных центров как в норме, так и патологии: «...это и маховые колеса нашей машины, помогающие сцепить и организовать опыт в единое целое, но это же и навязчивая идея, предрассудок поведения»⁸. Л. Н. Благов⁹ рассматривает наркологическую доминанту как психопатологическую часть более общего понятия — «синдрома патологического влечения». В формировании этой функциональной системы задействованы такие параметры психической деятельности, как сознание, эмоциональная, волевая, интеллектуально-мнестическая сферы. Ведущей же и приоритетной в данном случае является функция и патология мышления. Все другие функции вспомогательные, они «обслуживают» эту идеаторную патологию.

Наркоманическая доминанта представляет наркоманическую идею с тенденцией возведения её в абсолюти. Она определяет неправильный и болезненный по своей сути характер суждений и умозаключений больного. Включаясь в порочный круг, эти неправильные конструкции работают на патологию и усиливают «патологические возможности» доминанты. Являясь тотальным «цензором», она пропускает сквозь себя весь входящий поток информации. Цензурируя его, доминанта формирует ту самую устойчивую патологическую модель поведения больного наркоманией, которое мы называем наркоманическим или аддиктивным. Именно наркоманическая доминанта выстраивает функцию приоритетов и предпочтений, «определяет», что важно, а что второстепенно, что правильно, а что ошибочно, что целесообразно, а что нет. При этом отвергается и игнорируется априори всё «ненужное». Доминанта «мотивирует» стремления, желания и потребности, выстраивая своеобразный характер взаимоотношений больного индивида и окружающей его среды. Она подчиняет себе, «модифицирует» эмоции, придаёт им «смысл» и «суть». Интегрированная в функции патологического мышления, наркоманическая доминанта живёт жизнью бреда. Бред, зарождающийся как сверхценная идея, навязчивость, переходит в фазу «чистого» психоза, когда идея и мышление в целом приобретают абсолютно бредовый характер, а затем подвергается распаду, превращается в «руины», что отражается состоянием дефекта. Такая динамика согласуется с давно известными общепатологическими тенденциями в учении о психозах¹⁰.

Проиллюстрируем эти положения клиническим примером. Больная М. (21 г.) злоупотребляет психостимуляторами в течение полугода. «Я поняла, что отдала бы полжизни, чтобы не употребить сегодня. Но на следующий день должен

был бы экзамен, и я пошла и “нанюхалась”. Под амфетамином всех любишь, но при этом не испытываешь никаких чувств ни к людям, ни к ситуации, воротит от объятий, поцелуев. А это неприятно — чувствовать себя бесчувственной механической машинкой, которая тупо делает с энтузиазмом абсолютно всё, за что ни возьмётся. ... советую к мнению Коли не прислушиваться. Он сначала нанюхается, потом кричит во всю глотку, что никогда больше этого не сделает, снова нанюхается и под “феном” благодарит наркотики за существование, клянёт себя за предыдущие слова. Сначала он сказал вам про меня, потом, в этот же день, когда я плакала, предлагал съездить за граммом, дальше он извинялся, говорил, что я могу сидеть на наркотиках сколько угодно, он слова поперёк не скажет, и тут же отправил вам СМС. По всей видимости, он действительно сошёл с ума. ... я не заблуждаюсь, хотя уверена, что вы на 100% знаете, что заблуждаюсь. ... я выбрала самый плохой вариант, но другого я не увидела».

Каков же тот триггерный механизм, который «переключает» психику здорового человека на патологический режим работы? Что является первичным толчком для перехода от логического, рационального мышления и адекватной картины мира к сверхценному, а затем и к бредовому восприятию действительности?

Многие авторитетные учёные, работающие в самых различных областях знаний, связанных с психикой, приходят к пониманию, что наиболее перспективные открытия в этой сфере могут произойти в ряду исследований механизмов смыслообразования. Теснейшая связь смыслообразования с психоактивными веществами подтверждается, с одной стороны, всем историческим опытом развития человечества, с другой — новейшими данными из пограничных областей биологии, нейрофизиологии, психиатрии, психологии и этнографии¹¹. Показано¹², что основным смыслом наркотизации является достижение личностью состояния частично управляемого психоза, который в своей основной части есть не что иное, как альтернативное состояние сознания. При наркомании естественный процесс смыслообразования в силу болезни оказывается заблокированным, так что употребление наркотика для приведения себя в альтернативное состояние сознания и запуска механизмов смыслообразования оказывается для наркомана единственно возможным способом образовывать новые смыслообразы¹³.

Каким же образом существующая у аддиктов «жизненная» потребность психотических переживаний в интоксикации трансформируется в неукротимое стремление психотического уровня к воспроизведению и повторению всё новых и новых интоксикаций? Как механизмы смыслообразования проявляют себя в развитии патологического влечения?

Наркоманическая доминанта, в первую очередь отражающаяся в сфере мышления, включает в себя несколько компонентов, в частности синдромы легитимизации аддиктивного поведения и абсолютной анозогнозии. Оба этих синдрома пронизывают весь длинный патологический процесс и предполагают наличие болезненно изменённого сознания¹⁴.

Легитимизация проявляет себя в активном однонаправленном и чётко очерченном векторе патологического мышления, выступающем в качестве своеобраз-

ного «двигателя» психопатологического процесса. Феноменологически он выражается во всевозможных попытках и многообразных усилиях со стороны больного наркоманией «отстоять» свои идеалы наркотизма, оправдывая предыдущие интоксикации и сохраняя «свое неизблемое право» на грядущую интоксикацию. Инициальные расстройства мышления в дебюте наркомании можно квалифицировать как доминирующую идею. Возрастающая активность, творческая разработка апологетики наркотизма приводит к трансформации расстройств мышления в сверхценную идею. Далее чувственный и образный компоненты мыслительной деятельности дополняются новыми интерпретативными разработками, и, таким образом, формируется паранойяльный бред. С этого момента сознание квалифицируется как нарушенное и изменённое (в интоксикации) и изменённое (вне интоксикации).

Синдром абсолютной анозогнозии представляет большой и самостоятельный комплекс психопатологических расстройств с наиболее рельефно выраженными расстройствами сознания и мышления. Больной здесь демонстрирует не простое недопонимание вреда от приёма психоактивных веществ и не простое его игнорирование или ценностную дезориентировку. Это блок всей функции мышления с первичным подавлением рационального чувственным компонентом. По мере дальнейшего углубления патологического процесса в полной мере можно проследить искажённое смыслообразование, являющееся результатом патогенетически детерминированной динамики нарушенного мышления (в первую очередь его чувственного и образного компонентов). Это также образчик психопатологической разработки наркоидеи. Непокколебимая убеждённость больного в собственной правоте здесь отражает сверхценный и паранойяльный характер идеаторики.

Регулярное драматическое переживание интоксикаций, включающих в себя такие формообразующие психотические феномены, как психические автоматизмы, маниакальный и дереализационно-деперсонализационный синдромы¹⁵, приводят к тому, что в «психопатологический водоворот» втягивается чувственный, а затем и образный компоненты мышления, делая это мышление патологическим. Порочный круг закрепляется формированием кататимных механизмов деперсонализации. Здесь речь идёт о тесной интеграции переживания опьянения как психосенсорного феномена в целостное психическое функционирование больного, когда деперсонализация становится не только атрибутикой этого опьянения, но и через обсессивно-компульсивный механизм обеспечивает становление интоксикационного континуума. Это уже на ранних этапах заболевания определяет чёткую клиническую характеристику болезненно изменённого сознания, дополняющего нарушенное сознание в интоксикации.

Таким образом, изменённое состояние сознания присутствует во всём континууме наркологического заболевания, которое мы называем «наркоманическим циклом»¹⁶. В этом контексте собственно момент актуализации патологического влечения принципиально ничем не отличается от интоксикации или постинтоксикационного периода, это лишь специфическая флуктуация процесса, в которой могут встречаться все необходимые для патологического смыслообразования атрибуты.

Стандартный набор таких атрибутов включает бинарный аффект, магическое мышление, телесные сенсации или сенестопатии и импринтинг¹⁷.

Человеку свойственно стремление к выводимости собственной личности, существующей в данный момент времени, из предшествующей ей прошлой личности и проецирования своей настоящей личности в будущее. Это составляет суть нормального онтогенетического процесса существования собственного «Я». Именно такое «объёмное», как бы многомерное восприятие пространственно-временного континуума, на наш взгляд, представляет базис смыслообразующих функций человеческой психики. Поскольку здоровая личность существует как в психическом, так и в материальном мире, для правильного смыслообразования крайне важны материальные атрибуты пространственно-временного континуума различных временных периодов. Именно наличие конкретных материальных субстратов из прошлого в настоящем делают связь между прошлой и настоящей личностью зримой, наглядной и естественной. Причём не все материальные субстраты из прошлого являются определяющими для правильного самосознания личности в настоящем. Такие функции выполняют лишь материальные субстраты, спаянные с пережитыми в индивидуальном прошлом альтернативными состояниями сознания. Например, любовные экстатические переживания в прошлом были сопряжены с запахом определённых духов, в этом случае флакон с данными духами, существующий в настоящем, позволяет человеку чётко идентифицировать себя с собой в прошлом и таким образом осознавать себя «онтологической» личностью. Можно сказать, что самость психически здорового индивидуума нуждается в постоянном подтверждении эмоционально значимыми материальными субстратами из прошлого. Аналогичным образом здоровая личность старается перенести в будущее материальные символы настоящего, для этого она стремится как можно дольше сохранить эмоционально значимые предметы из настоящего, тем самым как бы проецируя их (и спаянные с ними психические переживания) в будущее.

Если суммировать все приведённые выше доводы, складывается следующая картина. Полный набор элементов, из которых состоит мозаичная картина смысла, включает в себя две принципиально разнородные части: психические переживания и материальные субстраты. При переходе здоровой личности из прошлого в настоящее психические переживания в известных пределах могут сообразно своей природе колебаться и видоизменяются, в то время как материальные субстраты остаются неизменными. Постоянно действующая оценочная система мозга сравнивает параметры обеих частей картины смысла из прошлого с настоящей и обнаруживает их принципиальное совпадение. Немаловажную роль в этом играет именно константность материальных субстратов. Таким образом, происходит нормальная идентификация, обеспечивающая выводимость своей настоящей личности из прошлой. Этот механизм участвует в создании психологического комфорта психически здоровой личности, т. е. ощущения собственного психического здоровья, неразрывности своего прошлого и настоящего, проецирования собственного «Я» в будущее.

Любое психическое нарушение в той или иной степени нарушает единство личностного прошлого, настоящего и будущего. Психотическая личность — это личность, не выводимая из предшествующей ей здоровой личности.

Итак, частично управляемый психоз (альтернативное состояние сознания), в котором происходит патологическое смыслообразование при заболеваниях зависимости, предполагает наличие одновременного сосуществования как здоровых, так и психотических механизмов смыслообразования и вытекающих отсюда парадоксальных личностных реакций и конфликтов в сфере индивидуального смыслообразования. Стремление наркоманов к полному контролю над своим состоянием находится в противоречии с главной идеей приёма наркотика — выхода в изменённое состояние сознания. Таким образом, больные нарко- и токсикоманиями изначально находятся в двойственном положении: с одной стороны, стремятся к максимально возможным психотическим переживаниям и соответственно полноправному существованию в психотическом инабытии (т. е. полному отсутствию контроля над психозом), а с другой — во что бы то ни стало стараются при этом остаться в пределах психической нормы, т. е. фактически вообще не выходить на психотический уровень. Управляемость психоза предполагает выводимость настоящей личности из предшествующей, в то время как неуправляемость предполагает прямо противоположные проявления. Поэтому завершённый вспомогательный механизм смыслообразования при нарко- и токсикоманиях выглядит так же, как в случае эндогенных психозов рождение психотических смыслов в интоксикации ассоциировано с определёнными материальными субстратами. Постпсихотическая личность существует, как мы уже говорили, в мире принципиально других непсихотических смыслов. Материальные же субстраты остаются при этом прежними. Это, так же как при большинстве психических заболеваний психотического уровня, вызывает диссоциацию в восприятии постпсихотической личности. Здесь логично было бы ожидать формирования критики к чуждым и непонятным психотическим смыслам с опорой на присутствующие как в индивидуальном прошлом, так и в индивидуальном настоящем неизменные материальные объекты. Однако при нарко- и токсикоманиях этого не происходит. Вместо признания патологического характера прошлых переживаний и осознания болезни психика наркомана услужливо переключается на нормальный механизм смыслообразования, опирающийся на факт управляемости психоза. В этот момент сознание частичной управляемости психоза по психологическим механизмам вытесняется, превращаясь для больного в полную управляемость, т. е. в отсутствие психоза. И подтверждением этому служат те же самые неизменяющиеся материальные объекты из прошлого, которые только что служили подтверждением психотических переживаний. Таким образом, формируется своеобразный комплекс, включающий константный материальный субстрат и два совершенно противоположных смыслообраза — психотический и нормальный. Отсюда следует, что у больных нарко- и токсикоманиями настоящая личность остаётся выводимой и одновременно абсолютно не выводимой из предшествующей. Это отчётливо видно на примере синдрома абсолютной анозогнозии. Как уже говорилось ранее, аналогично здоровым нарко- и токсикоманы нуждаются в материальном субстрате, выполняющем роль связующего звена между индивидуальным эмоционально значимым прошлым и настоящим. Однако по мере развития заболевания их эмоционально значимое прошлое становится всё менее и менее

материальным. Оно располагается в области субъективных переживаний психопатологической симптоматики предшествующих наркоманических циклов. Как и у тяжёлых психотиков, истинная «настоящая» психическая жизнь начинает происходить у них только в интоксикации или в моменты актуализации патологического влечения. Таким образом, на определённом этапе заболевания у наркологических больных создаётся ещё одна парадоксальная ситуация: поскольку психологический механизм вытеснения у них сохраняется, они, так же как психически здоровые, всё ещё нуждаются в материальном переносчике эмоционально насыщенных переживаний из прошлого в настоящее. В то же время они уже не могут полноценно использовать для этой цели какие бы то ни было материальные объекты, так как их актуальное прошлое фактически перестало быть материальным. Компенсаторные резервы человеческой психики огромны, эти резервы и помогают больной личности произвести частичную, порой «кривую» адаптацию, что в конечном счёте обеспечивает формирование болезненных порочных кругов.

Для иллюстрации приведём два способа такой «кривой компенсации». Употребление психоактивных веществ немыслимо без особой системы ритуалов, сопровождающих различные этапы наркоманического цикла. Так, в первые минуты опийного «прихода» для многих больных обязательно надо произнести вслух несколько слов, чтобы продемонстрировать себе и окружающим, «как сел голос»¹⁸. Звук собственного, особым образом изменённого голоса позволяет им как бы мгновенно перенестись в предыдущие интоксикации, сравнить качество нынешнего «прихода» с аналогичными предшествующими переживаниями, а главное, произвести аутоидентификацию своей настоящей личности с прошлой. В этом случае аутоидентификация происходит с опорой не на уже дезактуализированные материальные субстраты, а на всё ещё существующие телесные ощущения, которые в данном случае выполняют роль «виртуальных материальных субстратов». Схожие функции выполняет обязательная фиксация внимания на специфическом «первитиновом» или «винтовом» запахе у больных «первитиновой» наркоманией¹⁹.

Ещё более изощрённый способ самоидентификации с опорой на «виртуальные материальные объекты» был продемонстрирован одним из больных толуоловой токсикоманией²⁰. Этот больной непосредственно перед началом ингалирования как бы программировал свои галлюцинации в интоксикации, напряжённо вглядываясь в какую-либо часть рекламного плаката. Затем в галлюцинациях образы с плаката для него «оживали», и он испытывал интенсивные эмоциональные переживания, связанные с этими галлюцинаторными образами. Спустя 4–5 часов после ингалирования при актуализации патологического влечения на фоне гипоманиакального аффекта он испытывал непреодолимое желание «любой ценой» идентифицировать себя настоящего с собой в интоксикации. Для этого «за любые деньги» покупал, например, «сигареты с плаката даже не для курения, а «чтобы просто держать их в руках». Тактильное ощущение предмета своих галлюцинаторных переживаний давало ему устойчивое ощущение ненарушенной самости.

Все болезни зависимости формируют патологический континуум, в структуре которого разнообразные психопатологические и психологические феномены свя-

заны, как звенья одной цепи. Такой замкнутый «наркоманический цикл» состоит из последовательной смены интоксикации, абстиненции, постабстинентного периода и новой интоксикации. Патологическое влечение пронизывает весь длинный заболелания, инициируя каждую новую интоксикацию. Поскольку интоксикация представляет собой эндоформный психоз, а патологическое влечение является его пусковым механизмом, оно может рассматриваться как продром этого психоза. Таким образом, практически на всём протяжении наркоманического цикла мы имеем дело с психотическим регистром психопатологического процесса²¹. Ведущая симптоматика этого процесса проявляет себя, главным образом, в идеаторной сфере. Все другие функции вспомогательные, они «обслуживают» эту идеаторную патологию.

Смыслообразование возможно только в альтернативных состояниях сознания, поэтому смыслообразование у наркологических больных накрепко «привязано» к наркоманическому циклу, в структуре которого (в связи с его психотическим регистром) и возникают эти альтернативные состояния. Патологическое смыслообразование возможно у аддиктов как в интоксикации, так и на пике патологического влечения. Зависимые от психоактивных веществ стремятся к одновременному получению абсолютно противоречащих друг другу ощущений: максимально возможным психотическим переживаниям и нормальному восприятию с полным контролем над происходящим. На уровне смыслообразования у них формируется комплекс, включающий константный материальный субстрат и два полярных смыслообраза — психотический и нормальный. В результате зависимая личность остаётся выводимой и одновременно абсолютно не выводимой из самой себя.

В процессе наркологического заболелания константные материальные субстраты больше не могут выполнять роль материального переносчика эмоционально насыщенных переживаний из индивидуального прошлого в настоящее и будущее, так как фактическая полноценная психическая жизнь больных становится всё менее материальной и всё более идеаторной и аффективной. Аутоидентификация в этом случае начинает происходить с опорой на телесные ощущения, выполняющие роль «виртуальных материальных субстратов». Одним из способов такой «кривой» аутоидентификации являются специфические психопатологические ритуалы, создающие иллюзию неизменности окружающего материального мира, когда адекватное восприятие реального мира для данного субъекта заблокировано.

Таким образом, патологическое смыслообразование, возникающее внутри психотических переживаний наркоманического цикла, формирует патологический идеаторный базис для актуализации патологического влечения, которое, в свою очередь, инициирует новый круг психопатологических расстройств психотического уровня. Представленная в данной работе попытка психопатологического анализа взаимосвязей между интимными механизмами влечения и процессами смыслообразования естественно отражает лишь небольшой фрагмент такого сложного и многоуровневого явления, как синдром патологического влечения и, безусловно, требует своей дальнейшей разработки. Исследования в этой области позволяют пролить свет на некоторые механизмы, лежащие в основе зависимости от психоактивных веществ.

- ¹ *Альтиулер В. Б.* Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М.: «Имидж», 1994; *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х.* Наркология. М., 1987; *Брагин Р. Б., Чайка Ю. В.* Выделение сверхценной формы патологического влечения в клинике токсикоманий и наркоманий // Психиатрические аспекты наркологии. 1985. С. 74–77; *Михайлов М. А.* Механизмы смыслообразования в норме и патологии: введение в проблему // Журнал прикладной психологии. 2004. № 2. С. 16–19; *Найденова Н. Г.* Комппульсивное влечение в клинике наркоманий: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1975; *Пятницкая И. Н.* Клиническая наркология. Л.: Медицина, 1975.
- ² *Судаков К. В.* Биологические мотивации. М., 1971.
- ³ *Mardones J.* Craving for alcohol // Twelve Steps and Twelve Traditions. All World Service, Inc. NY, 1955.
- ⁴ *Леонтьев А. Н.* Потребности, мотивации, эмоции. М.: Издательство МГУ, 1971.
- ⁵ *Благов Л. Н.* Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. М.: Гениус, 2005.
- ⁶ *Михайлов М. А.* Влечение как бред // Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 15–25; *Михайлов М. А.* Психопатология патологического влечения // XV съезд психиатров России (материалы съезда). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА – М», 2010. С. 259–260.
- ⁷ *Ухтомский А. А.* Учение о доминанте // *Ухтомский А. А.* Собр. соч. Л., 1950. Т. 1. С. 312.
- ⁸ Там же.
- ⁹ См.: *Благов Л. Н.* Опиоидная зависимость. Указ. соч.
- ¹⁰ *Снежневский А. В.* Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н. К. Боголепова, И. Темкова. М.: Медицина, 1974. С. 156–169; *Штернберг Э. Я.* Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. № 9. С. 1403–1413.
- ¹¹ *Токарев С. А.* Шаманизм и предрасположенность к облегченному формированию ААС // Ранние формы религий. М., 1990; *Ferst P.* Hallucinogens and Culture. Los Angeles, 1985; *Le Barre W.* Peyot Cult. London, 1938; *Le Barre W.* Review of R. G. Wasson's soma: divine mushrooms of Immortality // American Anthropologist. 1970. V. 72. N. 5. P. 368–373; *Schultes R. E.* Hallucinogens of plant origin // Sciens. 1969. V. 163. N. 3864. P. 245–254; *Weil A. T.* The Natural Mind. Harmandsworth, Middlesex. 1975.
- ¹² *Михайлов М. А.* 1) Психопатология «первитиновой» интоксикации // Вопросы наркологии. 1991. № 4. С. 14–18; 2) Психопатология опийной интоксикации // Вопросы наркологии. 1992. № 1. С. 21–28; 3) Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-«первитиновой» и опийной интоксикации: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1992; 4) Психопатология интоксикации летучими органическими растворителями // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 2. С. 61–73.
- ¹³ *Михайлов М. А.* Механизмы смыслообразования в норме и патологии: введение в проблему. С. 16–19.
- ¹⁴ *Благов Л. Н.* Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2008.
- ¹⁵ *Михайлов М. А.* Психические автоматизмы в структуре интоксикации наркотиками и ароматическими углеводородами // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 1. С. 55–63.
- ¹⁶ *Mikhaylov M. A.* Toluene addiction: the psychopathological aspect // Papers of 22-nd International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, June 11–16, 1995. Trieste, Italy. 1995. P. 147.
- ¹⁷ *Михайлов М. А.* Механизмы смыслообразования в норме и патологии: введение в проблему. С. 16–19.

¹⁸ Михайлов М. А. Психопатология опийной интоксикации. С. 21–28.

¹⁹ Михайлов М. А. Психопатология «первотиновой» интоксикации. С. 14–18.

²⁰ Михайлов М. А. Психопатология интоксикации летучими органическими растворителями // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 2. С. 61–73.

²¹ Михайлов М. А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-«первотиновой» и опийной интоксикации. Указ. соч.; Благоев Л. Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. Указ. соч.