

## **Психопатология химической зависимости с точки зрения ее эволюции: патологическое развитие личности или самостоятельный патологический процесс?**

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой наркомании и токсикомании РГМУ, Москва

*Важность точной оценки клинико-психопатологических проявлений химической зависимости для клинической наркологии диктуется не только задачами разработки одного из теоретических аспектов этой развивающейся медицинской дисциплины. Здесь имеется насущная необходимость в описании и клинической идентификации феноменов для понимания психопатологической сути наблюдаемых явлений, которые могут трактоваться с двух точек зрения: как патологическое развитие личности или как самостоятельный психопатологический процесс в его клинической динамике и эволюции. Необходимость тонкого разграничения психопатологии в рамках патологического развития личности и самостоятельного психопатологического расстройства, имеющего процессуальный характер, обусловлена потребностями дифференциальной диагностики и отработки валидной стратегии эффективной работы с наркологическими больными.*

**И**зучение особенностей психопатологии наркологического заболевания в настоящее время является предельно актуальным. Это продиктовано необходимостью поиска оптимальной в своей эффективности методологии работы с наркологическими больными. Дело в том, что в клинических работах попытки разобраться в основополагающих проблемах химической зависимости все более уходят в плоскость сомато-токсикологических рассуждений, с актуализацией клинической важности органической патологии (что, собственно, к психопатологии никакого отношения не имеет) и интерпретаций синдрома отмены также преимущественно с этой же точки зрения. Психопатологически здесь подчеркивается психоорганический компонент, являющийся следствием хронической интоксикации и проявляющийся всей своей палитрой (астенический синдром, аффективный компонент, характерный для психоорганического синдрома, характерные когнитивные нарушения, а также психозы энцефалопатической направленности, отражающие экзогенный тип реакции по Бонгефферу и логику развития психоорганического процесса). Большое внимание уделяется поиску патологических механизмов на нейрональном и молекулярном уровнях, лежащих в основе специфических расстройств нейромедиации как универсальной причины патологического влечения к интоксикации. Насколько связаны эти патологические механизмы с психоорганическим синдромом токсического генеза, каков характер этих взаимосвязей, пока исчерпывающих данных нет. Однако только лишь психоорганикой (даже обладающей своей наркологической спецификой и декларируемой патофизиологией нейромедиации) не представляется возможным детально объяснить все многообразие, все особенности и движущие силы аддиктив-

ного (болезненного) поведения как *психопатологического феномена*. Для объяснения нюансов зависимого поведения и патологического влечения наркологического больного к интоксикации все более используются психологические (не клинические в своей начальной сути) категории, отличающиеся разнообразием и богатой палитрой (от простых бытовых восприятий, рационализации и психологизирования психопатологической феноменологии до психоаналитических рассуждений). Понятно, что такая психологизация, ориентируя в некую абстракцию понятий *норматив* и *ненорматив*, сводя все к проблемам личности в неких (неблагоприятных) обстоятельствах, не дает возможности в полной мере оперировать понятиями *здоровье* и *болезнь* в их психиатрической интерпретации. Последняя, как известно, имеет свою структуру и понятийную базу, отражаемую известной (медицинской, клинической) терминологией: *симптом*, *синдром*, *реакция*, *состояние*, *процесс*, *дефект*, *уровень болезненного поражения*, *закономерности динамики*, *варианты течения* и др. Указанные структурные элементы категории *болезнь* по понятным причинам психологией адекватно не рассматриваются (хотя имеет место постоянное стремление применять некоторые из этих терминов, что, в принципе, вне рамок клинической медицинской методологии недопустимо), а это, в свою очередь, делает невозможным исчерпывающее толкование болезненных нарушений и их дифференциацию. Это касается, в том числе, и понятия *невроз* (в его клинико-психопатологическом понимании представителями классической немецкой и русской психиатрии), несмотря на активное использование термина психологией и опирающейся на нее аналитической психодинамической пси-

хиатрией, находящей свое идеологическое отражение в англо-саксонской и французской литературе.

Такое понимание вопроса выхолащивает биологическую суть категории *болезнь*, сводя все к упрощенным (а, следовательно, недостаточно полным и недостаточно дифференцированным) представлениям о патологии через призму «проблем конкретной личности» в «проблемной ситуации». С другой стороны, необходимо более точное, более строгое, если угодно — более научное, понимание патологического состояния и патологического процесса в рамках своей запрограммированности, которая, будучи изученной, демонстрирует уникальность клинической картины (как в рамках нозологии, так и на уровне конкретного больного), патогенеза, закономерностей динамики при известной вариабельности патофизиологии и варианта течения. Этот детерминизм — по-настоящему клинический, врачебный подход к проблеме, позволяющий не рассуждать о возможностях коррекции патологии, но технологично ее лечить.

Безусловно, это — старый и изрядно набивший оскомину спор двух клинических школ, одна из которых отражает философию существования и опирается на психодинамическую модель понимания психических процессов в их целостности, другая определяет клинико-феноменологическое (по сути, биологически детерминированное) направление, отражающее общемедицинские представления о патологии. Каждое из этих направлений оперирует своим (вполне легитимным) материалом клинических исследований и претендует на возможность исчерпывающе, на системном уровне, толковать медико-психиатрическую проблематику. Этот клинический материал, однако, может являться (и является) неоднородным, с точки зрения изучаемых клинических проявлений, в части активности и интенсивности психопатологии. Естественно, что диагностика при этом выстраивается по-разному, что, в конечном счете, делает эти изучения по своей сути фактически несопоставимыми. Вместе с тем, здесь наиболее отчетливо видны роль и место психиатрии в социуме с его философскими предустановками и культурными традициями. Общесоматическая мировая медицина, однако, давно ушла от нематериалистического рассмотрения проблем патологии, сохранив лишь спор приоритета симптоматически-синдромального (фельдшерского, по сути) и нозологически-ориентированного (системного высокотехнологического, т.е. в полной мере врачебного) подходов к решению медицинской проблематики. Вся система медицинской подготовки в развитых странах ориентирована на эти приоритеты и с той или иной степенью успешности готовит таких специалистов (бакалавр, магистр).

Мы, тем не менее, не склонны выводить клиническую психиатрию (а также клиническую наркологию, являющуюся уникальной специальностью и важной частью отечественной клинической психиатрии) из категории *медицинских* представлений и уходить в сторону непрофессионального полимодального психологизирования. Это, кстати, — реалии современной массовой западной психиатрии и аддиктологии (там, как известно, такой специальности, как наркология, не существует), которые во многом и по этой причине ориентированы исключительно на синдромальный уровень рассмотрения. Практическим результатом стало почти тотальное доминирование в специальной литературе и в докладах конференций работ эпидемиологической направленности (с широкой тематической палитрой от «чистой» эпидемиологии до анализа эффективности того или иного лекарства) в ущерб работам феноменологически-описательным, с концептуальным анализом сути наблюдаемого патологического явления, но не его эпидемиологических последствий.

Эпидемиология (даже клиническая, которая, кстати, апеллирует к высокоуровневой системной подготовке и возможности оперировать системными знаниями и методологией с опорой на большие числа) требуется лишь для обозначения *важности* проблемы (каковая в наркологии и так не вызывает никаких сомнений), но она не дает ответа на вопрос, каким образом следует эту проблему решать. Тем более, она не является единственно правильным способом научного отображения клинической проблематики. Доказательность того или иного клинического рассмотрения в гораздо меньшей степени зависит от неких численных (количественных) параметров и в гораздо большей диктует необходимость тщательности феноменологических описаний в их логичной эволюции и взаимосвязях (т.е. требует исследования *качества* явления). Мы, однако, не являемся в какой-либо степени принципиальными противниками квалифицированного эпидемиологического препарирования наркологической тематики, но когда все бросаются обозначать важность проблемы (а это в известной мере занятие несложное и требует не скрупулезного знания клиники и больного, а всего лишь доступа к тем или иным базам данных, о степени достоверности которых, кстати, часто приходится задумываться), но не занимаются разработкой технологии, это говорит о диспропорциях в методологии познания данного вопроса и ведет медицинскую науку (клиническую психиатрию и наркологию) в тупик.

Таким образом, важность вопроса рассмотрения наркологической патологии в значительной степени

требует уточнения методологии ее изучения. Если мы рассматриваем клиническую наркологию как науку о познании болезненных механизмов развития зависимого (пьяного) поведения как заболевания, имеющего различные течение и исходы, то неизбежно встаем перед необходимостью точной объективной диагностики, а следовательно точного прогноза, в их дифференцированном исполнении. Мы также встаем перед необходимостью понять механизм формирования и развития устойчивого болезненного комплекса (патогенез), оценить динамику болезненного процесса на основе оценки эволюции психопатологической (позитивной и негативной) симптоматики, логику и характер того или иного исхода. Это и есть медицинский уровень познания, дающий право и принципиальную возможность четко разграничить понятия *психическое здоровье* и *болезнь*. При этом речь идет о квалифицированной оценке степени выраженности и качества болезненного субстрата. Также это — переход от приоритетности симптоматического и синдромального уровня рассмотрения патологии к более высокоуровневому и высокодифференцированному нозологическому, с сохранением гармонии интеграции указанных уровней.

Способна ли психология ответить на все эти вопросы? Возможно, более или менее правдоподобно только лишь в случае наиболее легких (субклинических) вариантов, когда болезнь во многом определяется не своим собственным патогенным началом, а значительно детерминирована и патопластически модифицирована средовыми факторами и микроокружением. Психология, однако, почти всегда сводит аддиктологию наркотизма к этим последним факторам, добавляя сюда особенности темперамента (и называя это *особенностями личности*) больного. У психиатров-клиницистов здесь сразу возникает слишком много вопросов, внятный ответ на которые психология сформулировать не в силах (для этого психолог-аддиктолог должен, по крайней мере, иметь высшее медицинское образование и специализацию по психиатрии, т.е. знать законы общей и частной патологии, а следовательно общую и частную психопатологию; при этом, скорее всего, он перестает быть психологом и все же становится клиническим психиатром, если этому не мешает какая-либо конъюнктура).

Столь пространное введение в обсуждаемую в данной статье тему обусловлено не только ее важностью с точки зрения клинического понимания, но и самой дискуссионностью постановки вопроса. Понятно, что в рамках обычной журнальной статьи исчерпывающее освещение темы невозможно. Безусловно, она

требует более предметного изучения и значительно более подробного освещения.

Здесь мы фактически лишь фиксируем проблему, опираясь на собственные наблюдения более 400 клинических случаев на протяжении 20-летнего периода. Однако из приведенных выше аргументов видно, насколько здесь востребован отточенный и методологически выверенный путь осуществления исследования. Он, понятно, может варьировать в зависимости от «идеологии» исследователя, но, безусловно, интересным для клинициста является лишь при клинически-ориентированном ракурсе. Тем не менее, в настоящей статье мы делаем попытку обозначить понимание и решение проблемы с психопатологических (клинических) позиций, апеллируя к сложившейся в отечественной клинической психиатрии методологии классического психопатологического анализа, и рассмотреть психопатологию зависимости как ведущий ее клинический компонент.

Чем продиктована постановка вопроса, вынесенного в качестве заглавия статьи? Здесь совершенно очевидным является конфликт той самой методологии рассмотрения проблемы, который мы попытались обозначить в самом начале. В конечном счете, это ответ на вопросы, является ли химическая зависимость в полной мере патологией психиатрической (со всеми дефинициями и клиническими взаимосвязями) или это — исключительно проблема личности и среды; в какой мере указанные параметры могут пересекаться и что является доминирующим. От правильного ответа зависит и стратегия решения этой проблемы и все, что с этим связано. А связано с этим, как мы прекрасно понимаем, очень многое. Самое главное — инфраструктура, характер ее организации и финансирования, а кроме того, вопрос методологии работы с наркологическими больными, иногда имеющий принципиальный характер (например, споры о приоритете программ самопомощи или целесообразности заместительной «терапии»).

Клиническая психиатрия уже давно сформулировала понятия *патологическое развитие личности* и *патологический болезненный процесс* и давно оперирует ими. Оба эти феномена характеризуются определенными закономерностями динамики формирования и развития особого качественно нового психопатологического субстрата, в значительной степени модифицирующего и в новых условиях начинающего определять весь жизненный уклад индивида. Они, безусловно, демонстрируя патологическое начало, тем не менее, во многом различны. И дело здесь даже не в различии методологических подходов к их оценке, а в том, что такое понимание вопроса становится зна-

чительно более понятным, если используется методология комплексного психопатологического исследования с применением классического психопатологического анализа. К сожалению, психология и психодинамическая психиатрия, опирающаяся на симптоматический и синдромальный уровень оценки психопатологии, к такому дифференцированному рассмотрению в должной мере не готовы.

Что касается понятия *патологическое развитие*, то нам в достаточной мере близки дефиниции, сформулированные немецкими психиатрами прошлого столетия по данному вопросу. Они в значительной степени отражают компромисс отмеченных нами выше основных направлений современного клинической психиатрии и в то же время — клинико-психопатологический феноменологический аспект проблемы. Эти трактовки сохраняют свою суть и, несмотря на определенные модификации, находят поддержку у большинства отечественных клиницистов-психиатров.

Так, согласно цюрихскому психиатру Н. Binder [3], выделяются варианты развития личности, воспроизводящие приоритет того или иного психопатологического субстрата в его «личностном» феноменологическом исполнении. Здесь ведущим является *средовой фактор*, в рамках которого модифицируется *личность*, обладающая в той или иной степени *изначально аномальным реагированием*, являющимся *причиной психической дезинтеграции*. По сути, речь идет о *психопатии* и *выраженной акцентуации* (в современном понимании этих феноменов). Ганс Биндер в связи с этим говорит о *простом патологическом развитии*, где ведущими становятся сверхценный аффект и сверхценный уровень идеаторики с преобладанием чувственных компонентов мышления. Клинически здесь можно определить стойкую дистимию, ипохондрические и истерические стигмы. Также сюда включены характерологические компоненты, заостряющиеся в процессе патологического развития с уходом в фантазирование («сны наяву»), возрастание актуальности инстинктивных реакций и форм поведения («моральная деградация» и «фиксация импульсов»). Такой характер реагирования формируется в неблагоприятных средовых условиях у возбудимых, истериков, астено-ипохондрических личностей.

Второй тип патологического развития — *невротический*. Он сопровождается формированием «инкапсулированных невротических комплексов», формирующих специфическое состояние внутренней борьбы («вытеснение» в психоаналитическом понимании) на фоне тревожного аффекта и астенодепрессивных включений (с разнообразной «конверсионной» клиникой). Если отбросить здесь психоаналитическую терминологию (компромиссное явление), то

речь идет об obsesии как клиническом феномене, который развивается как невротический комплекс, формируя невроз, и при сохранении длительного влияния неблагоприятных средовых факторов ведет к невротическому развитию (модификации) личности. Биндер выделяет следующие разновидности невроза: *конверсионный, тревожный, невроз навязчивости, депрессивный, невроз характера*. Такая типология неврозов у швейцарского психиатра по своей феноменологической сути практически не противоречит классической отечественной, где традиционно выделяются *астенический невроз, истероневроз и невроз навязчивых состояний*. Здесь также речь может идти об изначальном психопатическом характере реагирования (психопаты тревожные, астенические, ананкасты Курта Шнайдера).

Третий тип патологического развития — *паранойальный* — характеризуется кататимным паранойальным бредообразованием. Здесь следует отметить, что фабула такого бредообразования отражает актуальный средовой раздражитель, формулируя его в искаженном и утрированном виде.

Как можно заметить на первый взгляд, отраженная в представленной типологии структура и динамика патологического развития личности с легкостью может быть соотнесена с тем, что мы наблюдаем при химической зависимости. При этом сам по себе феномен интоксикации может быть отнесен к исключительно средовому фактору. Но это лишь поверхностное соотнесение, требующее своего более глубокого понимания. Можно с полным основанием считать такое утверждение **грубой методологической ошибкой**. Дело в том, что фактор интоксикации при данном уровне рассмотрения может иметь функцию средового только в первый период злоупотребления психоактивным веществом. В дальнейшем, с появлением психопатологии, которая может быть зафиксирована во всех сферах психической деятельности, и патологических механизмов ее воспроизводства (obsesии, наркоманический автоматизм, стереотипия интоксикации) этот фактор переходит в разряд сложного патологического комплекса, активно воспроизводимого самим больным (т.е. болезнью!) в специфическом болезненном психопатологическом оформлении. Если убрать эту интоксикацию как фактор, то *больной индивид* длительное время будет воспроизводить патологическое влечение к этой интоксикации (в его непрерывном или дискретном проявлении). При этом вся нажитая психопатология, характеризующая наркологическое заболевание, никуда не уходит.

Далее требуется понимать следующую особенность. Все эти выделенные Биндером типы патологического развития личности, будучи вполне *клиническими* характеристиками, подчеркнем, **не являются**

динамикой психопатологического болезненного процесса. Это в данном случае — главное. Они отражают динамику психопатической и акцентуированной личности в специфически неблагоприятном средовом обрамлении. По этой причине терапевтическое модифицирование этих обстоятельств, по логике данного рассмотрения, само по себе способствует возвращению в некое устойчивое состояние, характеризующее компенсацией аномального реагирования психопата. Отметим также, что эта типология, будучи феноменологически детерминированной, приоритетно отражает *симптоматический* (т.е. некий базовый, начальный клинический) уровень понимания и толкования. Это является важнейшим положением.

Следовательно, она не может исчерпывающе отражать специфику феноменологических построений в рамках более высокоуровневых синдромальных и нозологических конструкций, поскольку *не может претендовать* на изначальную нозоспецифичность при отображении патологического процесса в его дебюте и динамическом развитии. Она также не может претендовать на нозологически детерминированное (прогнозируемое) объяснение феноменологии исхода психопатологического процесса. Причины такого утверждения, на наш взгляд, вполне понятны и не требуют глубокого препарирования. В самой этой типологии изначальна заложена некая «верхняя планка» в понятиях. Сам Ганс Биндер, считая свою типологию *симптоматической*, полагал, однако, этот уровень вполне достаточным для большинства клинических рассуждений. Здесь становится понятным сдерживающий (тормозящий, если угодно) фактор присутствия в виде специфической идеологической «примеси» психодинамической аналитической философской подосновы, детерминирующей подобные рассуждения.

Понятно, что клиницисты, стоящие на нозологических позициях, имеют возможность уйти значительно дальше с целью выработки положений *дифференциальной диагностики* и опирающейся на них *дифференцированной (высокоуровневой комплексной, а не только лишь элементарной симптоматической) терапии*. Однако представленные нами здесь положения, выдвинутые известным швейцарским клиницистом, безусловно, могут рассматриваться в качестве фундаментальных и опорных с точки зрения их феноменологического содержания. Конечно, на сегодняшний день существует обширная литература (преимущественно отечественная), которая развивает идеи классической феноменологической психиатрии и формулирует на концептуальной основе стройное понимание психопатологии. Оно, безусловно, принципиально способно дифференцировать ее

как динамику психопатии (патологическое развитие личности) или динамику процессуально обусловленную. И это касается не только понимания патологического процесса в рамках его эндогенных форм. Вполне также понятно, что это требует хорошего знания психопатологии и адекватности применения этого знания.

Таким образом, мы видим психопатологическую основу патологического развития психопатической личности, а также невроза. Успешное лечение этих состояний напрямую зависит от дезактуализации средового компонента, с симптоматическим или синдромальным уровнем терапевтической (лекарственной и психотерапевтической) и психокоррекционной проработки психопатологической картины (сверхценная идея, обсессивно-фобический комплекс, тревога, невротическая субдепрессия, поведенческий компонент, в том числе в рамках декомпенсации психопатии). Что касается попыток рассмотрения наркологической патологии как одного из вариантов невроза, то здесь простейшее практическое наблюдение способно показать их кардинальное различие. Оно требует своего внятного объяснения. На практике мы часто видим, что при неврозе больной всегда «бегает» за врачом, ища помощи и поддержки. Наркологический больной, как правило, бежит в противоположном направлении. Это обусловлено *принципиально разнородной природой психопатологии невроза и химической зависимости*, несмотря на внешнюю схожесть некоторых психопатологических проявлений на симптоматическом уровне. Наркологическому больному врач нужен только на этапе детоксикации, для преодоления последствий токсического дистресса. По ее завершении (через несколько дней) больной, считая себя уже здоровым (в отличие от невротика, который, несмотря на активные усилия врача, долго продолжает считать себя больным), старается как можно быстрее закончить свое общение с врачом.

Применительно к психопатологии химической зависимости требуется разобраться, насколько эта психопатология отражает динамику личности (патологическое развитие) или же динамику самостоятельного патологического процесса. Присутствуют ли здесь оба феномена вместе (в каких обстоятельствах и взаимоотношениях?) или это строго самостоятельные конструкции (фактически коморбидные)? Здесь сразу важным становится внятное формулирование клинически (психопатологически) ориентированной концепции патогенеза химической зависимости. Если придерживаться подобного рассмотрения, то можно, исходя из клинического опыта, отметить, что терапевтическая проработка средового и личностного факторов никак не подменяет собой лечение собственных психопатологических проявлений химической зависи-

мости. Наоборот, лечение психопатологических нарушений в данном случае является первичным и обязательным. Все вместе может быть обозначено как комплексный лечебно-восстановительный процесс, что абсолютно понятно и логично.

Однако продолжим обсуждение вопроса приоритетности патологического развития личности или самостоятельности (аутохтонности) патологического начала в рамках химической зависимости. Первый (и, возможно, главный) вопрос здесь заключен в следующем. Если, находясь в логике наших рассуждений, считать наркологическое заболевание в его динамическом аспекте исключительно динамикой личности, то требуется рассматривать всех, кто эту клинику демонстрирует, как, по крайней мере, *изначальных психопатов*, или как лиц с *выраженной акцентуацией характера*. В противном случае психопатология наркотизма никак не объяснима с этих позиций, а все иные объяснения становятся бездоказательной спекуляцией. Что, собственно, мы часто и наблюдаем. В данном случае та же самая эпидемиология дает нам конкретные показатели психопатов в преморбиде наркологического заболевания. Конечно, они примерно вдвое превышают популяционные. Но что это доказывает?

Во-первых, что далеко не все психопаты и акцентуированные личности становятся алкоголиками и наркоманами. Во-вторых, фиксируя часто у них наиболее злокачественные формы наркологической патологии, мы тем самым подтверждаем, с одной стороны, давнее положение «старой» французской психиатрии (Б. Морель, В. Маньян) о том, что именно дегенеративная психика (психопатия) склонна демонстрировать наиболее злокачественные и наиболее выраженные формы присоединяющихся психических расстройств. С другой стороны, мы фиксируем принципиальное клиническое различие собственно проблем личности и проблем в рамках психического заболевания, т.е. их *раздельное* существование в клинике. Все зависит лишь от «количества» психопатологии, которая в связи с этим (ничего не поделат — диалектика!) начинает демонстрировать новое качество. При чем разное и характерное для той или иной психиатрической *нозологии*.

Возвращаясь к проблемам психопатологии наркотизма, лишь отметим, что здесь также есть возможность фиксировать самостоятельную и вполне уникальную (уже начиная с синдромального уровня) «свою собственную» психопатологию, затрагивающую все сферы психической деятельности, и вполне уникальные особенности патогенеза [1].

Ключевыми здесь становятся понятия *злокачественность* и *прогрессиентность*. А что это как не характеристики патологического процесса?

Если же продолжать исходить из положения о том, что наркологическое заболевание во всех его клинических формах (что является важнейшим моментом) — и злокачественной, и умеренно-прогрессиентной — есть одна из разновидностей патологического развития личности, тогда здесь необходимо внятно ответить на ряд вопросов. Почему далеко не все наркологические больные в преморбиде являются психопатами и даже акцентуатами, тем более — при умеренной злокачественности проявлений пьяного поведения? Почему фактор среды (как известно, на популяционном уровне он практически одинаков для всех) не является *единственной* и *универсальной* первопричиной возникновения и *поддержания актуальности* наркологических проблем? От чего реально зависит в этом случае степень злокачественности наркологического заболевания? Констатация многофакторного характера этих проблем сегодня практически ни у кого из серьезных специалистов не вызывает сомнений.

Почему сколь угодно радикальное изменение средовых параметров (в том числе длительная, вынужденная депривация приема психоактивных веществ в рамках всевозможных «программ» и «моделей» — от польской или испанской до изоляции в ЛТП и т.п.) практически мало влияет на динамику пьяного поведения после «освобождения от сдерживающих пут»? Также возникает еще один вопрос: как объяснить внешне не мотивированный (или недостаточно убедительно мотивированный), часто вполне «неожиданный», отказ от злоупотребления ПАВ, фактически самостоятельное усилие по коррекции своих проблем путем так называемого кодирования? Кстати, неотъемлемое условие подобной процедуры — «добровольное желание» клиента (или все-таки пациента?). Чем объяснить такое неожиданно возникшее «желание» и готовность «исполнять обет трезвости»? Тем, что человек наконец-то «поумнел»? За 15 минут длительности процедуры «кодирования»? Каковы здесь причинно-следственные взаимосвязи?

Даже длительно «вызревающее» самостоятельное решение о переходе к трезвости здесь также труднообъяснимо, поскольку патологическое развитие личности как клинический феномен — вещь, по логике, очень инертная и малообратимая, демонстрирующая довольно строгий вектор своей динамики. А так получаются сплошные зигзаги! Или это «гениальность» лекаря? Интересно, у кого в этом случае больше страдает адекватность отражения реальности — у врача или больного? (Последнее, конечно же, является вполне шутивным замечанием, но, тем не менее, частенько встречается в реальной жизни. Довольно часто врач начинает (вполне безосновательно) себе приписывать исключительную заслугу в некоем поло-

жительном исходе проблем своего пациента, хотя это всего лишь вариант благоприятного течения болезни с положительной динамикой и не более того. Что, кстати, также доказывает процессуальный характер наркологического заболевания).

Изложенная здесь простейшая аргументация является уже фактически непреодолимой, если опираться на исключительное положение о том, что наркологические проблемы есть только лишь проблемы личности и среды. При условии отсутствия профанации или спекулятивных тенденций. По крайней мере, это должно быть очевидным для *врача*. Дилетант и неспециалист, понятно, не имеет права заниматься вопросами, требующими *специального образования и специальной подготовки*. Это положение касается медицины напрямую! Следовательно, специалист, формулируя свою позицию, абсолютно спокойно и уверенно может (и должен) игнорировать мнение дилетанта в силу профессиональной некомпетентности последнего.

Эти высказывания, однако, абсолютно тривиальны и всем давно известны. Как видно, это не мешает огромному количеству дилетантов, не имеющих должного представления о медицинских параметрах химической зависимости, но, тем не менее, принимающих деятельное участие в решении этих проблем, активно пропагандировать дилетантизм не только в некоей общественной инициативе, но всячески вмешиваться в работу клинических структур и даже функционировать в данной области, принимать решения и, что называется, вести корабль (но куда?). Особенно прискорбно, когда такие вещи демонстрируют дипломированные медики.

Все это, будучи печальной и абсолютно парадоксальной современной реальностью, ведет к выхолащиванию роли медицины и клинической психиатрии с ее психопатологией наркотизма. Доказательством тому является довольно разношерстный состав «участников терапевтического процесса» (здесь и медики, и психологи, и целители, и энтузиасты, и «бывшие наркоманы», и правозащитники, и представители религиозных конфессий). Такое обилие участников неминуемо рождает анархию (как известно, у семи нянек...). Поэтому так важен медицинский аспект наркологии, который развивается медицинской дисциплиной под названием *клиническая наркология*.

Определение клинических приоритетов, их адекватная трактовка способствуют пониманию стратегии и технологических особенностей комплексного воздействия на патологический субстрат в их иерархическом детерминизме. Поэтому в клинике следует серьезнее подходить к данной тематике и существующие наркологические проблемы все же больше относить к категории болезни, заниматься профессионально ко-

торыми может только подготовленный специалист (врач психиатр-нарколог). С него и особый спрос, требующий совершенствования знаний и умений, требующих, в свою очередь, грамотно организованной инфраструктуры.

Следует отметить, что рассуждения, представленные здесь, не должны восприниматься как некие отвлеченные категории. Дело в том, что различия в толкованиях клинической феноменологии приводят к искажениям и диспропорции в их оценке, а, значит, — к оценке клинической картины в целом. Это касается подавляющего большинства изучаемых признаков, присутствующих и отражающих все сферы психической деятельности при наркологической патологии. Довольно показательным частным клиническим примером, характеризующим возможности рассмотрения клинической феноменологии с обсуждаемых точек зрения и при оценке этих возможностей, является феномен *жаргона наркологических больных*.

Когда данный феномен в наркологии попросту, без клинической оценки, относят к категории демонстрации патологического влечения, это выглядит небудительно, надуманно и абсолютно спекулятивно. При такой оценке феномен утрачивает свое важное диагностическое значение. С клинико-патологической точки зрения он может расцениваться как появление *неологизмов*, их оформление в некую «закодированную», с новым смыслом и понятийным назначением речь (*криптолалия*). Это не может не отражать специфические динамические характеристики мышления. Оценка клинической феноменологии позволяет говорить о специфическом (наркологическом) субстрате патологического мышления с демонстрацией идеаторики, по крайней мере, *сверхценного* уровня. Это — симптоматический компонент *синдрома абсолютной анозогнозии* и *синдрома легитимации аддиктивного поведения* — двух базовых синдромов, характеризующих активность патологического наркологического процесса. Все это тесно взаимосвязано с аффективным компонентом. Здесь также присутствуют довольно глубокие и специфические волевые нарушения — *наркоманическая парабулия* и *активный негативизм*. Эти симптомы также тесно вплетаются в другие психопатологические характеристики специфического «конспиративного» поведения наркологического больного, которое, вновь на симптоматическом уровне наряду с криптолалией и неологизмами, составляет важную часть третьего базового психопатологического синдрома химической зависимости — *рентно-манипулятивного комплекса*. Все вместе они составляют структурную основу *наркоманической доминанты* (стержневого психопатологического наркологического синдрома). Все это — чистой воды психопатологическая продукция (так называе-

мая *позитивная* симптоматика). Клиническая «целесообразность» (т.е. неотъемлемая комплектность симптоматики, характеризующая своеобразную «патологическую гармонию» и логическую эволютивную целостность болезни — новое качество адаптации) наркологического жаргона — идентификация по типу «свой/чужой», что отражает аутистическую тенденцию в ее некоем специфическом для наркологии корпоративном исполнении и динамике нарастания (т.е. *дефект!*). Здесь наиболее интересна смысловая и содержательная часть (постепенная модификация психопродуктивной окраски феномена с постепенным нарастанием дефектной модальности), в то время как вербальная конкретика и способ ее воспроизводства также дают возможность оценить динамику процесса с точки зрения не просто когнитивного снижения и морально-этической деградации (последнее — категория не клиническая, а психологическая), но с точки зрения клинической, т.е. нарастания *регрессивных* проявлений. В совокупности с дефектом это формирует так называемую *негативную* структуру психопатологии, что также является характеристикой психопатологического процесса.

Для специалиста, непредвзято мыслящего психопатологическими категориями, подобный уровень рассмотрения, несомненно, значительно интереснее, нежели разноликие и полимодальные (однако, только лишь внешне, а на самом деле — довольно примитивные, клишированные, недифференцированные и абсолютно спекулятивные) психологические описания «деградации личности» в рамках ее патологического развития при наркологическом заболевании. При подобном рассмотрении — жаргон у наркологического больного — это все, что угодно: дань моде, демонстрация некой завышенной (или заниженной?) самооценки, желание не отставать (от чего или от кого?), желание понравиться, соответствовать требованиям среды, субкультуры (какой?), «психологическая защита» и т.п. В лучшем случае, говорится о когнитивном дефиците или об оппозиционно-манипулятивном характере жаргона как отражении проблем адаптации в рамках некоего «расстройства личности», но без тщательного выверенного анализа и поиска закономерных взаимосвязей, т.е. всего лишь констатация факта (симптоматический уровень).

Здесь, однако, психолог вторгается в сферу, которая уже является объектом внимания и изучения клиници. Психология, комментируя все это (естественно, в гораздо более широком наборе), не отвечает внятно на вопрос: **почему это происходит?** Тем более здесь практически невозможен поиск валидных закономерностей, способных не запутать еще больше (плюрализм в медицине как конечный элемент изучения проблемы — вещь, в отличие от политики, скорее не-

нужная и вредная), не вслепую, наобум и на авось, а осмысленно и прогнозируемо добиваться положительного терапевтического результата исхода заболевания.

Таким образом, более адекватным для клиници является понимание наркологических проблем с точки зрения процессуального характера психического расстройства, присутствующего здесь в категории заболевания. Это касается всех форм такого расстройства, которые мы дифференцируем не с точки зрения химического строения психоактивного вещества, вызвавшего зависимость, а с точки зрения прогрессивности (т.е. клинического качества) патологического процесса. Соответственно этому могут быть выделены и описаны клинические формы с высокой, умеренной или малой прогрессивностью. Такое разделение базируется на качестве и выраженности болезненных признаков (симптомов), объединенных в психопатологические синдромы.

Важнейшим моментом здесь является не приоритет токсикологически детерминированных синдромов, о чем упомянуто в начале статьи, а именно психопатологические проявления, характеризующие расстройство основных сфер психической деятельности [1]. Естественно, что такое подразделение позволяет сделать только медицинский (клинический) подход, позволяющий также формулировать основные клинические (психопатологические) параметры как звенья патогенеза наркологического заболевания. Таким образом, появляется возможность наблюдать разные варианты его течения, которые к настоящему времени фактически получают свое клинико-психопатологическое описание [1, 2]. Они, не выходя за рамки традиционно регистрируемых процессуальных характеристик, отражают либо непрерывность патологического процесса, либо его дискретность. Регистрируемые и описываемые клинические формы и варианты течения наркологического заболевания характеризуются также закономерностями динамики и патопластики психопатологических синдромов, демонстрирующих свое зарождение, эволюцию и деградацию. Таким образом, процессуальный характер наркологической патологии отражает ее дебют, внутреннюю логику развития и финал. Последний элемент психопатологического процесса характеризуется понятиями *дефект* и *регресс*.

Таким образом, очевидными становятся логическое развитие процесса, его закономерный и потому прогнозируемый характер. В настоящее время особенно актуально изучение факторов взаимного влияния в рамках такого процесса и их корреляций. Однако уже сегодня достаточно ясно, что чем выше активность (прогрессивность) психопатологического процесса, тем меньше комплексное влияние средового



фактора на этот процесс. Это верно, в том числе, и для фактора терапии, который во многих его ипостасях может быть отнесен к средовому параметру. Кроме, пожалуй, одного, который реализуется в принципиальной возможности психофармакологической деструкции основного психопатологического субстрата наркологического заболевания — наркоманической доминанты. Такой возможностью обладают некоторые нейролептики-антипсихотики, которые, в силу особенностей своей фармакологической активности, способны «взорвать» обозначенную патологическую структуру «изнутри», демонстрируя, тем самым, патогенетический уровень терапии.

Все изложенное в достаточной мере позиционирует кардинальные отличия динамики личности в рамках ее патологического развития, обособляя динамику патологического процесса, который закономерно (и стандартно) изменяет изначальную личностную структуру, существовавшую и проявлявшуюся на донозологическом этапе. Патологическое развитие личности в рамках изложенной выше психопатологической концепции классической клинической психиатрии как психопатологическая парадигма в наркологической тематике не позволяет проводить дифференциальную диагностику и внятно формулировать прогноз. Следовательно, любая терапевтическая и восстановительная стратегия на этой основе не может быть валидной. Наоборот, понимание болезненной основы наркологического заболевания в его динамическом процессуальном психопатологическом конструктиве такую возможность предоставляет в полной мере. Здесь требуется лишь довольно значительный объем уточняющих и конкретизирующих исследований, что само по себе — дело техники и времени.

Как некое резюме можно отметить следующее. Первичным патологическим звеном в клинике наркологического заболевания является собственно запрограммированность формирования и развития характерной психопатологической картины в ее патогенетическом и патопластическом преломлении. Фактор среды

«работает» как патогенетический и патопластический элемент ровно настолько, насколько он «востребован» болезнью. Иными словами, среда являет собой обслуживающую болезненный процесс категорию, когда она подчиняется логике болезни, активно формируется болезнью (но не наоборот). Среда самостоятельна и способна влиять на болезнь ровно настолько, насколько болезнь позволяет это осуществить. Поэтому высокопрогредиентные и злокачественные формы наркологических заболеваний в полной мере «управляют» средовым параметром через свой, заложенный в логику болезненного процесса, патологический механизм. Соответственно, средовой фактор начинает активно «звучать» в периоды послабления активности патологических доминант или в их естественном эволюционно обусловленном распаде, т.е. в исходе психопатологического процесса. Наоборот, формы с малой прогредиентностью и вялым, субклиническим течением оставляют возможность средовому фактору, в случае его соответствующей терапевтической проработки и включения, выступить в роли терапевтического и (или) коррекционного параметра практически на всем «длиннике» болезни, а не только в ее исходном периоде.

Для клинической практики важным является все же не какое-либо радикальное противопоставление факторов, так или иначе влияющих на формирование болезненного субстрата, но их детальное изучение, позволяющее выстраивать адекватные клинико-диагностические и терапевтические приоритеты.

### Список литературы

1. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
2. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 238 с.
3. Binder Н. Стойкие психопатические состояния, патологические реакции и развития // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 143-165.

### PSYCHOPATHOLOGY OF CHEMICAL DEPENDENCE FROM THE POINT OF VIEW OF IT'S EVOLUTION: PATHOLOGICAL PERSONALITY DEVELOPMENT OR SELF-SUFFICIENT PATHOLOGICAL PROCESS?

**BLAGOV L.N.** Head of Chair of Drug Dependence, Russian State Medical University, Moscow

*The importance of perfect estimation of clinical psychopathological display of chemical dependence for the clinical narcology is dictated not only from demand for elaboration one of theoretical aspect of this developing medical subject. Here is the imperious need for specification and identification of clinical phenomena for psychopathological content best understanding. There are two of points of view: is it essential appearance of pathological personality development or independent (separate in fact) psychopathological process in it all-sufficient clinical dynamics and evolution? Necessity of precision border line making between psychopathology of personality or psychopathological process is significant for differential diagnosing and elaboration of valid strategy for effective narcological (drug dependent or alcohol dependent) patient treatment.*