

О понятии коморбидности в клинической наркологии

БЛАГОВ Л.Н.
КУРГАК Д.И.

к.м.н., доцент, Российский государственный медицинский университет, Москва
зав. отделением, Областной наркологический диспансер, Петропавловск-Камчатский

Понятие “коморбидность” в наркологии в настоящее время применяется широко. Однако существуют серьезные методологические проблемы в толковании данного термина, поскольку зачастую наблюдается расширительное его толкование и неоправданное применение. Избежать подобного терминологического и понятийного нигилизма возможно только после четкого определения приоритетов методологического характера. Эти приоритеты заключаются в понимании клиники наркологических заболеваний как психиатрической, требующей использования клинико-психопатологического анализа в роли основного инструмента познания болезни.

Современная проблематика клинической наркологии в значительной степени определяется как уровнем развития понятийно-терминологической базы, так и собственно платформой рассмотрения наркологических понятий и терминологии. Речь идет о синдромальной или нозологической платформе такого рассмотрения. К слову, не столь давно подобная дилемма в отечественной психиатрии и наркологии попросту отсутствовала, поскольку и синдром и нозология вполне мирно сосуществовали в гармоническом единстве и составляли стройную систему медицинского познания и толкования феноменологии. Более того, вся доктрина подготовки врача сводилась к ступенчатому освоению профессии через понятия *общей патологии, пропедевтики, факультетского и госпитального курсов*. Такое понимание медицины не без оснований вызывало еще в недалеком прошлом вполне законное чувство гордости, позволяло относить данную систему подготовки современного врача к передовой, давая возможность подготовить специалиста высокого уровня. Тем не менее, современные тенденции развития клинической наркологии демонстрируют определенный отход от устоявшейся традиционной системы и привнесение сюда новых веяний.

В настоящее время это, к большому сожалению, постепенно превращается в довольно серьезную проблему, которая заключается во все более очевидной тенденции отторжения нозологии и фактическом предпочтении именно синдромального понимания психиатрической и наркологической патологии. Речь здесь идет не о восприятии так называемого большого синдрома, в известном смысле уникального и тождественного нозологической единице (в психиатрии, к примеру — синдромы хромосомных aberrаций — болезнь Дауна, фенилкетонурия; синдром Жили де Ла Туретта; синдромы дегенеративных расстройств мозга — болезни Альцгеймера, Пика, Кройцфельда—Якоба и тому подобные примеры). Мы в данном случае имеем в виду именно в наркологии стремление к сведению целостной проблематики в ее индивидуальном клиническом выражении к относительно простым и стереотипным наборам симптомов, без указаний на их узкоспецифический характер, но даже, скорее, с демонстрацией их универсальности и одинаковости при разных состояниях, связанных с той или иной разновидностью химической зависимости. То есть речь идет о простом синдромальном восприятии данной целостной патологии. На наш взгляд, это ведет к очень серьезному методологическому кризису и не может не сказаться на качестве и уровне клинической наркологии, которая является частью клинической психиатрии.

Безусловно, требуется глубокий анализ состояния данного вопроса, его причин и возможных последствий

для клинической наркологии, что требует, скорее всего, отдельного изложения. Особо хотелось бы отметить, что такой анализ не является чем-то выходящим за рамки здравого смысла или требующим каких-либо недюжинных аналитических способностей. Более того, он, скорее, тривиален, поскольку причинно-следственные взаимосвязи здесь вполне очевидны. Вполне вероятным может быть и такой сценарий дальнейшего развития медицинской дисциплины (в данном случае наркологии), когда большая часть подготовленных специалистов так или иначе будет работать на синдромальном уровне, что методологически будет приблизительно соответствовать уровню бакалавра. Элитарные же специалисты (значительно меньшая часть от общего числа специалистов) так или иначе, но все равно будут ориентированы на более высокий (нозологический) уровень понимания проблемы, что несомненно обеспечит более высококачественную специализированную помощь. Это неминуемо должно найти свои организационные формы, что, на наш взгляд, уже сегодня необходимо разрабатывать и внедрять.

Однако, возвращаясь к проблеме гармоничного развития адекватной понятийно-терминологической базы клинической наркологии, следует отметить, что в настоящий момент желаемой гармонии такого развития, все же, не наблюдается.

Во-первых, следует констатировать довольно примитивное, с точки зрения психопатологического представления, состояние невеликих числом фундаментальных понятий в клинической наркологии, по сути исчерпывающихся известной стадийностью, понятиями *абстиненции* (как это понимается отечественными наркологами, т.е. синдром отмены) и *патологического влечения к интоксикации*. Для серьезной и очень важной медицинской специальности (каковой, по сути, и является клиническая наркология) этого явно недостаточно.

Во-вторых, можно констатировать крайне вольное (а часто и поверхностное) толкование даже этой терминологии. Причины такого состояния дел кроются, на наш взгляд, помимо объективной недостаточности специальных знаний, в самом упрощенном подходе к их изучению и пониманию, каковым является синдромальный подход. Не вдаваясь в многочисленную аргументацию и споры, лишь отметим, что «необъективность» современной методологии исследования или «изначальную неспецифичность» клинической психопатологической феноменологии в наркологии мы не рассматриваем как серьезную аргументацию принципиального отказа от нозологического подхода при рассмотрении наркологической проблематики. Наоборот, такое упрощенное понимание, по нашему мнению, и порождает весь этот хаос и путаницу в поняти-

ях, чрезмерно вольное их толкование, что приводит к взаимному непониманию, бессодержательным спорам, ненужным конфликтам и непродуктивному присутствию в клинике слишком большого числа специалистов разного профиля с не слишком понятными функциями. Это, в свою очередь, помимо сдерживания роста и качества исследований, в повседневной практике рождает безответственность, уродливые формы разнообразной «спихотерапии», плохие результаты лечения и клиническую запущенность. Отсюда и парадоксально «широкий» спектр, диаметрально противоположный характер во взглядах на наркологическую клинику в целом, и на самих больных, которых или вовсе не считают таковыми, отмечая лишь некую «вредную привычку», или же, наоборот, говорят о драматическом «неизлечимом и смертельном» заболевании. До сих пор в наркологической клинике существует много разговоров о приоритете соматической патологии над психиатрической, приводящих к искаженному восприятию этой клиники и продуцирующих приоритет именно соматического лечения над психиатрическим.

Данная иллюстрация состояния взглядов на дисциплину является лишь маленькой частью целого комплекса методологических проблем, которые на сегодняшний день требуют своего разрешения. В основе, повторимся, лежит формирование тщательно выверенного и аккуратного отношения к терминологии, отражающей понятийно-содержательную сторону клинической наркологии.

Это в полной мере относится к понятию *коморбидности* в наркологии. Не исключено, что кому-то данный вопрос может показаться лишь данью моде, слишком мелким и частным, а потому не заслуживающим серьезного рассмотрения. Какая, в конце концов, разница, как рассматривать эту пресловутую коморбидность? Так ли уж принципиально влияет это рассмотрение на методологию современной клинической наркологии, несмотря ни на что ориентированной, кстати, на лечение химической зависимости. Речь идет именно о лечении химической зависимости как целостного клинического феномена, а не об отдельных ее компонентах — абстинентном синдроме или синдроме патологического влечения. К тому же, как мы полагаем, любое терминологическое нововведение должно отражать реальную потребность и объективные обстоятельства. Каждый термин должен содержать четкое понятие, отображающее данную клиническую реальность в ее сути и не допускать своего вольного истолкования.

Именно потому, что о коморбидности в настоящий момент говорится постоянно, многочисленные литературные источники «пестрят» всевозможными упоминаниями о коморбидности, ссылками на нее — все это и порождает новый очередной виток пресловутой «моды» на «красивый» термин. Для клинической наркологии как молодой науки такие феномены не новость, но даже скорее отражение некоего наивного стремления как можно быстрее и эффективнее себя зарекомендовать. Конечно же, некоторые современные отечественные авторы, а в большей мере — представители постсоветского пространства, все более ориентирующиеся на методологию современной западной психиатрии и наркологии (кстати, пока не доказавшей своих очевидных преимуществ перед методологией классической психиатрии), стремятся все чаще использовать в своих работах данное понятие. В ряде случаев, тем не менее, это выглядит не всегда корректно и уместно. Здесь важно отдавать отчет в том, что привнесение каких-либо новых понятий или слишком вольное их

истолкование наверняка не будут способствовать оптимизации методологии клинической наркологии, а, скорее, наоборот, привнесут еще больше хаоса и анархии в и без того отличающуюся не слишком высокой методологической дисциплиной науку.

Каков вообще смысл для клиницистов-наркологов в выделении и описании такого понятия, как *коморбидность*? Что за ним скрывается именно в аспекте клинической наркологии? Как его следует понимать? Что привнесет данным понятием позитивного в реальную повседневную клиническую практику? Какое значение это имеет для правильной организации терапии?

По всей видимости, необходимо остановиться на определении понятия *коморбидность* в клинической наркологии. Одним из вариантов толкования термина можно считать коморбидность как некую способность к ассортативному (избирательному) присоединению к основной патологии других патологий с формированием, в конечном счете, вполне прогнозируемых и понятных сочетаний. Такие сочетания, по логике, являются в полной мере запрограммированными и даже естественными. Более того, они являются, практически, обязательными и отсутствие одного из компонентов такого ассортативного присоединения может восприниматься как некое «некомплектное» присутствие патологии. Изучение подобных сочетаний в настоящее время активно развивается. Тем не менее, оно выглядит тривиальным и вполне механистическим, а потому имеет немного проку.

Все же, такое понимание, на наш взгляд, не является в достаточной мере строгим и исчерпывающим, поскольку дает возможность оценивать коморбидность в основном на «низких» диагностических уровнях — симптоматическом и простом синдромальном. Нет нужды говорить здесь о том, что подобное толкование отражает идеологию синдромального подхода к пониманию наркологической клиники и фактически не подразумевает очевидного прогресса в продвижении к познанию болезни. В данном случае оно попросту компрометирует такой синдромальный подход.

По этой причине нам представляется более аргументированным и целесообразным иное, на наш взгляд, более точное определение понятия *коморбидность*. Коморбидность следует определять как наличие в клинической картине двух и более патогенетически самостоятельных клинических феноменов не менее, чем синдромального уровня, способных формировать каждый в отдельности самостоятельную клинику (заболевание), а потому патогномоничных, но в данном случае объединенных в едином, чаще — процессуальном «движении» одного общего заболевания. В более определенном смысле коморбидностью можно считать одновременное проявление двух и более нозологий у одного больного. Такое сочетание не может являться в полной мере обязательным, а имеет некий элемент случайности. Очень важным здесь является динамическое наблюдение за болезнью и четкая регистрация любой динамики синдрома, который либо сохраняет свою самостоятельность, либо «поглощается» другими, более патогенными структурами. В значительной степени это является важным для психопатологической коморбидности. Определять ли коморбидность как сочетание разнородной патологии — психиатрической и соматической — вопрос. Мы, все же, не склонны «драматизировать» ситуацию и считаем такое толкование возможным, но с обязательным указанием именно на данный характер

коморбидности, не являющейся психопатологической. Здесь важны приоритеты аддиктивного поведения как главного в определении усугубляющихся расстройств соматической сферы. Является ли соматика двигателем и мотивационным фактором для «наркологии» и в какой мере вопрос, требующий ответа. Это — важный методологический аспект для клинициста психиатра-нарколога. Скажем, сочетание туберкулеза и алкоголизма — вполне понятный пример такой коморбидности. Это вполне нозологическое сочетание, и оно, встречаясь на практике достаточно часто, не является, тем не менее, обязательным. Иными словами, алкоголик не обязательно должен быть еще и туберкулезником, и наоборот. Является ли жировая дистрофия печени при алкоголизме неким самостоятельным симптомокомплексом и правомочно ли ее рассмотрение как коморбидность с алкоголизмом, на наш взгляд, пример того, как далеко может увести слишком огульное применение понятия. Тем не менее, подобных «сочетаний» в наркологической клинике более чем достаточно. Это, вероятно, также имеет определенные «последствия» в виде многопрофильных (объединяющих психиатрию и соматику) программ лечения химической зависимости, что в целом при неперменном условии правильной расстановки акцентов допустимо и взаимно дополняет терапию.

Однако объектом нашего рассмотрения является именно психопатологическая коморбидность, поскольку именно в данном аспекте требуется особая щепетильность при рассмотрении клинической наркологической проблематики.

Как видим, такое понимание коморбидности вполне логично и обозначает целый спектр сочетаний этих самостоятельных патологических начал. Естественным является понимание определенного взаимного влияния патологических феноменов в рамках единого болезненного процесса, когда выявление того или иного их приоритета является предметом клинического изучения. Понятно также, что рассмотрение патологии в ракурсе простого синдромального ее воспроизводства практически исключает все сколь-нибудь серьезные разговоры о коморбидности. Это важное положение для клинической наркологии, которая, к сожалению, все более ориентируется на такое упрощенное синдромальное рассмотрение, выбирая в качестве примера для подражания, по всей видимости, работы ряда современных американских и европейских авторов. К слову сказать, анализируя подобные работы, мы не находим там четкого методологически выверенного определения и понимания коморбидности. Наоборот, создается впечатление, что перемешивание понятий и неразборчивость в аргументации наряду со спорной и небедительной диагностикой, не отражающие в совокупности должной глубины понимания патологии, как раз и демонстрируют довольно невысокий методологический и теоретический уровень таких работ, затрагивающих очевидный психопатологический аспект проблемы. В наркологии это выглядит особо знаково. Выделяемый ныне «большой» синдром зависимости, укомплектованный более «простыми» синдромами абстиненции и патологического влечения, предполагает их практически обязательное сочетание воспроизводство в рамках наркологического заболевания (причем, в данном случае и на данном уровне рассмотрения патологии все разговоры о так называемой первой стадии зависимости можно смело опустить, дабы не вдаваться в чрезмерный формализм и фак-

тические спекуляции). Поэтому здесь говорить о коморбидном характере этих синдромов не приходится. Если в рамках наркологического заболевания описывается некая аффективная патология (депрессия) и при этом одновременно ориентируется в синдром патологического влечения (на наш взгляд, с клинико-психопатологических позиций — суждение довольно рискованное или попросту ошибочное) — это также никакая не коморбидность, а всего лишь более комплектный синдром патологического влечения. Тогда нельзя говорить о депрессии, но лишь о некой симптоматике депрессивного (похожего на депрессию) характера. Более того, описанная нами ранее [1] специфическая «опиатная» депрессия в рамках опиной наркомании также не является проявлением коморбидности, когда речь идет об этой самой наркомании в ее эссенциальном существовании и проявлении. Если же такая аффективная патология является самостоятельной и отражает некую самостоятельную форму психического заболевания (например, циклотимию), сочетаясь с наркологическим заболеванием, это вполне можно считать проявлением коморбидности. При этом, а, равно как и при описании специфических аффективных расстройств в рамках конкретной наркологической нозологии, — «алкогольной» депрессии или упомянутой выше «опиатной» депрессии [3, 5], — везде требуется четкая клиническая (а не психологическая или ориентированная лишь на известные диагностические шкалы) диагностика, подтверждаемая дифференцированным клиническим описанием специфики данной патологии. Более того, при этом ни о каком синдромальном рассмотрении наркологической патологии не может быть и речи, поскольку выявление и описание самостоятельных патологических состояний и процессов, безусловно, подразумевает нозологический подход к их диагностике.

К слову, в порядке некоего компромисса, можно отметить, что при изучении клиники некоторых форм невроза (варианты невроза навязчивостей), вероятно, иногда вполне возможна некая синдромальная коморбидность, проявляемая сочетанием obsessivno-fobicheskogo (в данном случае — стержневого) и депрессивного (в данном случае — добавочного) синдромов. Здесь, возможно, правомочно говорить о неврозе навязчивостей и невротической депрессии, поскольку депрессия в ее психопатологическом толковании — аутохтонный и самодостаточный феномен, который имеет свою собственную психопатологическую динамику, как самостоятельную, так и в рамках «общего» заболевания. Поэтому он может сопровождать другую симптоматику или проявляться вполне самостоятельно. Необходимо, все же, выяснение вопроса: насколько обязательным является подобное сочетание в клинике одного заболевания? Если оно является частым или попросту обязательным, а синдромы имеют характер «сквозного», или формируют единую болезненную картину, это уже не коморбидность, а клинически единая феноменология. Что касается неврозов, то данная проблема, кстати, находит свое отражение в некоторых их типологиях, когда они подразделяются на самостоятельные формы: невроз навязчивостей, астеноневроз, истероневроз и невротическую депрессию.

Продолжая говорить о психопатологических «взаимотношениях» синдромов в рамках одного заболевания, можно констатировать, что степень доминирования и самостоятельности здесь, скорее всего, будет определяться психопатологическим регистром каждого конкретного,

комплектного аффективного синдрома. Здесь каждый раз требуется патогенетически выверять такую самостоятельность, что требует необходимых знаний, достаточно ювелирной диагностики, обоснованной методологически (имеется в виду психопатологическая методология).

Однако подобная синдромальная коморбидность, все же, является феноменом некоего «начального» уровня. Она, как правило, не представлена на этом уровне полно и исчерпывающе, требует в своем четком определении и понимании знаний особенностей данной нозологии. По этой причине мы склонны рассматривать синдромальную коморбидность как некое «половинчатое», некомплектное явление. Оно, безусловно, может страдать излишней спекулятивностью, а потому не слишком желательно для предъявления в качестве серьезной аргументации при глубоком анализе клинической феноменологии. Возможно даже — это некий жаргон в общении специалистов, формулирующих тактический (синдромальный) терапевтический аспект, поэтому для клинической наркологии, отражающей стратегические параметры работы с химической зависимостью, все же ее идентификация необязательна (и, в целом, нежелательна). Требуемый уровень изучения патологии диктует необходимость не поверхностной, а в достаточной степени глубокой диагностики патологии в ее комплексном, взаимосвязанном и взаимозависимом состоянии.

Итак, говоря о коморбидности, мы подчеркиваем непростой набор характерных (или не очень) для данной нозологии симптомов и синдромов, проявляемых в рамках одного заболевания. Наоборот, коморбидность отражает именно сосуществование в динамическом взаимодействии, а также и взаимовлияние самостоятельных синдромов и нозологий, сочетание которых в принципе возможно, но не является обязательным для данной основной рассматриваемой нозологической единицы. Это в полной мере можно отнести к клинической наркологии. Такой подход может вполне оправдаться при определении клинических и психопатологических приоритетов и для более выверенного толкования этой клиники. Подобное отражение, кстати, имеет место при высококачественном анализе клиники, отражающей сочетание эндогенного и наркологического заболевания [4]. Как только мы видим именно такой подход (а не просто перечень неких синдромов, который спекулятивно толкуется как коморбидность), мы начинаем понимать главные закономерности патологического процесса. Естественно, что здесь значительно точнее выявляются приоритеты и мишени для осмысленной и адекватной терапии. Это также позволяет сформировать перечень требований как к методике, так и к конкретному лекарственному средству, если речь идет о психофармакотерапии.

Отсюда вполне правомочным, на наш взгляд, является определение круга психопатологической коморбидности для наркологического заболевания. Это понятие позволяет с большой долей вероятности рассматривать коморбидность как специфическое явление с возможностью определения психопатологических приоритетов и динамики наблюдаемых болезненных явлений, а потому — с возможностью прогнозирования дальнейшего течения заболевания, что является необходимым условием высокодифференцированного изучения и понимания патологии. Это также способствует более точному выбору патогенетически детерминированной терапии.

Коморбидность в рамках наркологии — одно из наиболее частых явлений данной категории в клинике нарко-

логических заболеваний. Несмотря на некоторую спорность в вычленении наркологической коморбидности (в силу формулирования тезиса о синдроме зависимости такая коморбидность отсутствует по определению), этим, все же, приходится заниматься. Это приходится делать хотя бы потому, чтобы уйти от понятийной и терминологической анархии (когда вместе и в сочетании с синдромальной платформой рассмотрения наркологической патологии предъявляется и обсуждается тезис о коморбидности, что, повторимся, при подобном уровне рассмотрения — нонсенс). По соображениям, изложенным выше, такая коморбидность не должна быть синдромальной. Поэтому, следуя логике понимания данного вопроса, мы можем определять такую коморбидность в ее нозологическом отражении и нозоспецифичности. Это в полной мере подразумевает четкое нозологически самостоятельное описание и определение наркологической патологии.

По вполне понятным причинам приоритет здесь необходимо отдавать клинко-психопатологическому толкованию патологии. Как показывает практика, только такая оценка наблюдаемых патологических процессов в наркологии (при условии непредвзятости и отторжения любой конъюнктуры) позволяет адекватно оценить их патогенетические и клинические особенности. В данном аспекте становятся вполне очевидными возможности психопатологической диагностики как на симптоматическом, так и синдромальном уровнях, что, как опять же показывает практический опыт, вполне позволяет определить нозологическую специфичность и самостоятельность этой патологии. Никаких методологических препятствий здесь не существует, кроме недостаточного количества и качества объективных психопатологических наблюдений и описаний.

При этом, известные опасения отдельных представителей «синдромального» направления в наркологии относительно принципиальной невозможности найти определенные и значительные различия в клинических проявлениях как болезни в целом, так и даже на уровне синдрома отмены (к примеру — опиатов и каннабиса, или алкоголя, бензодиазепинов или органических летучих растворителей и так далее, что, естественно, является полнейшим абсурдом и абсолютным тупиком в логике таких построений), базируются как раз на отторжении психопатологической оценки наркологической патологии и предъявлении фактически лишь токсикологической соматизированной аргументации. Кстати, само по себе чрезмерное увлечение синдромом отмены и привязка к нему всей клиники — явление распространенное и свидетельствующее о недостаточной глубине понимания болезни.

Более того, именно психопатологическая оценка в полной мере позволяет «заглядывать» значительно дальше синдрома отмены и адекватно фиксировать и истолковывать патологию, наблюдаемую в рамках фактического процессуального (не имеющего в данном случае никакого отношения к шизофрении) течения наркологического заболевания. Это делает возможным идентификацию клинической самостоятельности данной патологии не только с этиопатогенетических позиций, но и с клинических.

В свою очередь, это позволяет оценивать психопатологический регистр, в котором реализуется уровень поражения: неврозоподобный, психотический, энцефалопатический. Определение реальной патогенности (наркогенности) той или иной химической субстанции, вызывающей химическую зависимость, здесь становится вполне

осмысленным занятием. Тогда токсикологические последствия отравления перестают фигурировать в полной и единственной мере как критерий тяжести зависимости. Следует с полной определенностью сказать, что такая исключительно токсико-медицинская оценка наркологического заболевания является в данном случае в корне неправильной. Она неправильна потому, что смешает клинические приоритеты оценки тяжести заболевания в область соматического и неврологического неблагополучия (всего лишь — последствия интоксикации, но не ее исчерпывающая причина и, тем более, «двигатель» болезненного процесса). Тяжесть (прогредиентность) данного патологического процесса, каковым по сути является химическая зависимость, можно оценить лишь с точки зрения психопатологии. Отсюда также становится понятным, что даже тщательная психопатологическая оценка тяжести синдрома отмены не является исчерпывающей психопатологической характеристикой тяжести самого заболевания (абстиненция — это всего лишь одно из его проявлений, к тому же чрезмерно «соматизированное», транзиторное и жестко привязанное к интоксикации).

По этой причине, адекватно оценивая психопатологию в рамках процессуального «движения» конкретной химической зависимости, вполне возможно формулировать параметры наркологической коморбидности. По этой причине оценка «взаимоотношений» алкоголя, опиатов, каннабиса, стимуляторов и седативно-снотворной группы возможна не просто в рамках механистичного и даже, определяясь точнее, вульгаризированного «синдрома зависимости» (что крайне мало дает для его патогенетического понимания и, тем более, для осмысленной и оптимизированной терапии), а требует определения психопатологических приоритетов, формируемых каждым ингредиентом в рамках отдельного и конкретного вида химической зависимости, в их реальном сосуществовании у каждого конкретного больного.

Это, безусловно, позволяет видеть как общую патологическую закономерность (нозологически представленную и детерминированную), так и ее конкретное синдромальное воплощение в каждом конкретном случае. Только такой подход дает основания говорить о наличии или отсутствии коморбидности. К примеру, часто встречаемый в клинике «алкогольный» этап у опийного наркомана может в одной ситуации расцениваться как коморбидность, а в другом — как фазовая особенность течения единого патологического процесса (чаще — наркомании, реже — алкоголизма). Здесь также получают почву к рассмотрению ситуации с трансформацией одной патологии в другую. Все это, как мы видим, весьма различные и даже разнородные состояния.

Как показывают наши исследования [2], только при таком рассмотрении возможна наиболее продуктивная оценка клинической феноменологии и ее оптимальная терапевтическая проработка. Этим необходимо заниматься, несмотря на очевидное усложнение проблемы. В данном случае мы можем отметить, что тенденция прямо противоположная, ведущая к упрощению такого понимания, приводит, в конечном счете, к той самой, отмеченной нами выше, вульгаризации и не способствует поступательному развитию науки о химической зависимости.

В свете излагаемой в данном материале концепции понимания коморбидности для наркологии также возможно

ее рассмотрение в сочетании с другой психиатрической патологией. Здесь не менее важной является четкая диагностика самостоятельных феноменов. Это тем более важно, поскольку здесь даже более, чем в рамках собственно наркологии, требуется дифференциальная диагностика. Это может стать неким первым диагностическим этапом. Далее требуется вычленение психопатологических приоритетов и определение характера их взаимного влияния в клинике заболевания. Только после такой работы можно установить нозологическую принадлежность каждого компонента коморбидного присутствия патологий и включить элемент клинического прогноза, а также сформулировать и приступить к реализации терапевтической стратегии.

С учетом сказанного можно достаточно очерчено определить «психиатрический сектор» круга психопатологической коморбидности наркологии. Здесь вполне понятными являются сочетания наркологического заболевания с неврозами, эндогенными психозами и заболеваниями, сопровождающимися органическим психосиндромом (при естественном условии его достаточной клинической выраженности). Понятно, что здесь в наибольшей степени востребована нозологическая диагностика, позволяющая определить логику синдромального проявления обеих составляющих компонентов в рамках их коморбидного существования.

Наиболее, пожалуй, спорным и требующим очень скрупулезного подхода и к диагностике, и вообще к пониманию патологического начала является определение коморбидности как сочетания наркологической патологии и расстройства личности (в классическом определении — психопатии). Здесь также очень важна методология диагностики. Очевидно, что и здесь приоритетным является клинко-психопатологическое толкование наблюдаемой феноменологии. Для психопатии, как для психопатологического феномена, важными являются характеристики компенсации и декомпенсации. Наличие диагностируемых декомпенсаций в преморбиде наркологического заболевания свидетельствует о психопатии и является медицинской психопатологической характеристикой такого преморбида. Роль психопатии в дебюте наркологического заболевания к настоящему времени достаточно изучена. Большинство клиницистов эта роль оценивается вполне адекватно. Что касается динамики психопатии на фоне течения самого наркологического заболевания, это очень интересный и важный вопрос клинического изучения. Здесь требуются длительное динамическое изучение и накопление клинического материала, а также трезвая и непредвзятая клинко-психопатологическая его оценка и интерпретация. Было бы достойным сожаления такой, накапливаемый с большим трудом, материал оценивать лишь в клинко-примитивных синдромальных категориях и с помощью примитивной диагностики (различного рода тестов, опросников и шкал). Здесь очень востребованными являются полноценные психопатологические описания. Наши наблюдения показывают довольно дифференцированный характер взаимодействия психопатии и сформированного на ее фоне наркологического заболевания. Здесь на первый план выступают «взаимоотношения» уровня характера, когда более патогенная симптоматика «поглощает» менее патогенную и все определя-

ется в конечном счете регистром психопатологической картины.

В заключение следует отметить, что поднимаемая в настоящее время тематика, сопряженная с понятием *коморбидность* для наркологии является в достаточной степени новой. Она требует глубокой и непредвзятой оценки без скороспелых или чрезмерно умозрительных толкований. Для этого требуются привлечение как серьезных исследовательских ресурсов, так и валидная методология, в качестве которой в полной мере ответственной является методология клинко-психопатологического континуального изучения, в основе которой находится психопатологический анализ. Полноценное понимание коморбидности также требует клинко-нозологического подхода. Таковыми, по нашему мнению, являются приоритетные параметры в определении понятия *коморбидность* в его толковании и реальной помощи в формулировании подходов к терапии. Без подобной оценки невозможно полноценное существование клинко-теоретической базы в наркологии.

Определение данных понятий, их выстраивание в жесткую патогенетическую систему, характеризующую дан-

ное конкретное течение наркологического заболевания, безусловно, способствует оптимизации подходов к лечению, к формулированию осмысленной терапевтической стратегии и тактики. Это также позволяет определять многие параметры в рамках лечебно-реабилитационного континуума.

Список литературы

1. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1994. — 198 с.
2. Благов Л.Н., Кургак Д.И. Опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом: клинко-психопатологические особенности и проблемы диагностики// Международный медицинский журнал. — 2005. — Т. 11, № 2. — С. 41-47.
3. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия// Харьков: Коллегиум. — 2004. — 336 с.
4. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. — М.: Медпрактика-М. — 2002. — 167 с.
5. Rounsaville B., Kosten T., Weissman M., Kleber H. Prognostic Significance of Psychopathology in Treated Opiate Addicts// Arch. Gen. Psychiatry. — 1986. — Vol. 43. — P. 739-745.

ABOUT COMORBIDITY CONCEPT IN CLINICAL NARCOLOGY

BLAGOV L.N.

KURGAK D.I.

The term "comorbidity" in present day narcology is wide puts in practice. However, there are serious methodological problems in it's interpretation because of too wide one and also unwarrantable use. To avoid such terminological and conceptual nihilism it is possible only with clear identification of the methodological priority. This priority is carried in psychiatric nosological understanding of clinical narcology phenomenology and claims classic psychopathological investigation as main instrument of clinical experience.