

Особенности коммуникативной функции в состоянии психической нормы и при патологии

БЛАГОВ Л.Н. к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва
ВЛАСОВА И.Б. к.м.н., доцент кафедры наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва
ШУПЛЯКОВА А.В. к.м.н., ассистент кафедры наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва
БУТЫРИН А.С. аспирант кафедры наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Изучение параметров коммуникации при аддиктивной патологии — важное и интересное направление клинических исследований. Здесь высока роль не только (и не столько) психологического аспекта изучаемого предмета, сколько психопатологического содержания и его подробного клинико-феноменологического препарирования. Тем не менее, понимание сути психического норматива и возможностей его психологического исследования позволяет оценить закономерности эволюции коммуникативной функции и сопоставить данный норматив с характеристиками психической патологии.

Ключевые слова: коммуникативная функция, психическое здоровье, аддиктивное состояние

Коммуникация как функция общения на уровне передачи и получения информации отображает важнейшее психофизиологическое качество психики, фактически формирующее социум и детерминирующее его главные параметры. Человеческий социум имеет особые, присущие только ему, качества, демонстрируя наивысшее достижение эволюции природы. Одним из таких качеств (достижений эволюции) является *вербальная коммуникация*, осуществляемая посредством артикулированной речи. Коммуникация *невербальная* может рассматриваться как филогенетически более ранняя, хотя на этот счет имеются также иные суждения [3], обусловленные бихевиористским и психоаналитическим влиянием, ставшими сегодня основными психологическими оценочными критериями западной психиатрической школы. Подобный взгляд, все же, следует расценивать не иначе, как весьма оригинальный и эклектичный (впрочем, как и всю психоаналитическую концепцию). Понятно, что подобная «оригинальность» обеспечена не собственной эрудицией аналитика, а именно мифологией психоанализа, демонстрирующего здесь в полной мере свою истинную общебиологическую ценность и качества спорной прикладной медицинской технологии, позволяющей, тем не менее, своеобразно общаться невротiku и психоаналитику.

В отношении проблемы становления коммуникативной функции отметим, что здесь, все же, существует возможность более или менее понятного суждения о проблеме. При всей очевидности приоритетов есть, однако, все основания полагать, что в процессе видовой эволюции так или иначе изменялись, совершенствовались и шлифовались оба вида коммуникации, приобретая современные свои формы и пропорции и отражая эволюцию психической функции в её комплексном адаптивном проявлении. Также очевидно, что *качество коммуникации определяет каче-*

ство социума, в свою очередь, также само определяясь качеством этого социума. Это — пример диалектического единения, где невозможно выделить главный компонент. Это также — порядок норматива и философско-психологическая категория.

Высокоразвитый социум задействует максимально возможное количество видов и форм коммуникации, обеспечивающих и облегчающих как интерперсональное, так и коллективное общение. Мощный толчок развитию коммуникативного процесса дает использование технических компонентов — печати, радио и телевидения, телефонии, компьютерных видов коммуникации, становящихся все более технически совершенными. За счет этих инноваций обеспечивается работа средств массовой информации и информатизация. Тем не менее, несмотря на усиление роли технического прогресса, ведущим элементом здесь остается не техника, а собственно коммуникативная потребность, индивидуализированная способность человеческой психики к её эффективному исполнению. Несомненно, требуется учитывать, что главная функция высокоразвитого социума — это вектор, жестко ориентированный на созидательную деятельность с привлечением высокоуровневой организации, обеспечивающей интенсивный творческий процесс, где стимул (интенция), ресурсная способность к его реализации и награда в своих максимально проявляемых значениях есть уникальные компоненты психического переживания и отображения высшего порядка (удовлетворение процессом творчества и его результатами). Подобный уровень развития психики и её функциональное состояние (определяемое, в первую очередь, через функцию сознания) столь же жестко требует состояния здоровья (ясного сознания) [5, 23].

Однако можно также легко видеть возможность регрессии (здесь она не имеет отношения к терминологии З. Фрейда) данного «потребностно-абилитив-

ного» спектра по нисходящей к все более и более низким своим категориям. На самой низшей ступени этой иерархии психическая жизнь человека, видимо, уже регрессирует настолько, что утрачивает свое видовое качество *homo sapiens*, оставаясь лишь неким низкокачественным продуктом простой биохимической машины с характерными фенотипическими чертами и генотипом, но лишенной креативного ресурса нормальной (здоровой) человеческой психики. Это — утрата качества и количества психической функции, её единства, наблюдаемая в результате болезни или недоразвития психики (как результат дизонтогенеза). Они тем драматичнее, чем тяжелее недоразвитие или заболевание.

Исходя из эволюционного понимания уровня воспроизводства психической функции, вполне логичным представляется процесс формирования поведенческих паттернов, зависящих от наличия и стойкости доминант, а также более понятны пути их развития. Таким образом, формируются индивидуальные *уровни мотивации*, описанные еще С.С. Корсаковым [15] как определенный унифицирующий комплекс доминирующих потребностей и качеств с соответствующими ему алгоритмами индивидуализированной реализации. Эти уровни характеризуют довольно широкий спектр поведенческих паттернов от самого низкого, исключительно воспроизводящего стремление к достижению собственного удовольствия и удовлетворения низших потребностей, к наиболее высокому — руководству «высших мотивов разума», выступающих как гармония собственного «Я» и высших понятий любви, разума, труда (творчества), самопожертвования, энергии в их мудром и бескорыстном соединении.

При развитии *болезненного процесса*, поражающего психику, и закономерном [25] нарастании *психопродуктивных (позитивных) и негативных* расстройств, мы имеем возможность наблюдать также закономерное снижение уровня мотивации. Психическая болезнь (психопатологический процесс), как и другая биологическая патология подобного рода, действует эффект «порочного круга» И.В. Давыдовского [11]. Этот эффект помогает понять логику и драматизм болезненного процесса, когда определенная функция, страдая при непосредственном действии патогенного фактора, сама становится важной причиной и функциональным обеспечением дальнейшего усугубления болезненной картины. Так формируется патогенетический сценарий хронической болезни. Естественно, что существующие наряду с механизмом повреждения механизмы репарации и компенсации, вступая во взаимодействие, формируют новый уникальный уровень адаптации. Здесь также «предусмотрен» определенный динамический «люфт», что в

совокупности рождает вариантный ряд случаев, демонстрирующих сочетания схожих или различающихся признаков, в свою очередь, дающих возможность формировать когорты больных в соответствии с избранным признаком. Динамика и специфика нарушения коммуникативной функции при психической патологии, согласно клиническим наблюдениям [1, 10, 12, 15, 16, 23, 25], отражает *уровень психического поражения*, баланс *позитивной и негативной* составляющих психопатологии, а также особое качество болезненного явления в форме сочетания (превалирования) *эндогенной или экзогенно-органической* её природы.

Таким образом, осознаваемая субъектом потребность общения и её качественное обеспечение как элементы психической жизни обретают специфику в зависимости от функционального состояния высшей нервной деятельности.

Психологическая структура и функция коммуникативного процесса. Клинико-диагностические оценки коммуникативных параметров

Коммуникативная функция активно изучается психологами [2, 9, 13, 14, 18—20, 27]. Коммуникация осуществляется как вербально, так и без использования данного способа общения, передачи и усвоения информации. Вербальная коммуникация («языковое общение») дополняется за счет экстралингвистики. *Экстралингвистика* — это особенности построения речи: национально-этнические, географические, социальные, профессиональные, идиоматические, жаргон. Невербальные виды коммуникации задействуют «оптико-кинетическую» составляющую (получившую название «кинесика»), организацию пространства и времени коммуникативного процесса («проксемика»), контакт на уровне органов чувств (аудио-визуальный, тактильный), паралингвистику. *Паралингвистика* — это голосовые модуляции, голосовая экспрессия, элементы проксемики, графический элемент письма, в определенной степени — язык образов (музыка, рисунок, живопись). Переходными элементами являются неартикулированные звуки, имеющие экспрессивную окраску (угроза, радость, счастье, любовь и т.п.) и соответственно обеспечивающие информационную функцию. Паралингвистику можно считать условной зоной сопряжения вербального и невербального общения.

Невербальное поведение, как считают психологи, несет индикативно-регуляторную нагрузку. *Кинесика* — это визуально фиксируемый язык тела (мимика, пантомимика, жестикуляция, позы, взгляд), имидж (одежда, причёска, косметика, тату, пирсинг и т.п.), общая моторика (походка, манера передвигаться, выполнять целевые движения, почерк и т.п.). *Проксе-*

мика — пространственно-временная реализация функции невербального общения. Психологами, например, рассматривается параметр строгого пространственного обустройства (измеряемое в метрах и сантиметрах расстояние между участниками процесса общения), формирующий «общественный» (митинг, лекция), «интерперсональный» (общение начальника и подчиненного), «интимный» (любовники, мать и дитя) уровни коммуникации. Нарушение в любую сторону гармонии проксемики свидетельствует о неполноценности и диспропорциях в реализации коммуникативного параметра. Соответственно, адекватное обустройство процесса общения на уровне проксемики определяет как адекватность поведения участников процесса коммуникации, так и требуемое качество коммуникативного процесса.

И вербальное, и невербальное общение являются компонентами одной функции (передача и усвоение информации), но их реализация имеет различия и, демонстрируя расширение возможностей (вариантность), в совокупности позволяет значительно разнообразить характеристики общения. Повышение качества и усиление интенсивности коммуникации за счет оперирования большими объемами информации (расширение палитры смысловых значений и количественное увеличение объема передаваемого контента), в конечном счете, позволяет увеличить адаптивный индивидуальный ресурс (успех внутривидовой конкуренции) и повысить социальные параметры, обеспечивающие также межвидовую конкуренцию.

Закономерности становления и развития современного человеческого социума позволяют отметить снижение роли межвидовой конкуренции и напряженность её внутривидовых параметров (конкуренция групп, кланов, общностей, профессиональных сообществ, индивидуальная профессиональная конкуренция). *Коммуникативное партнерство* востребует более интенсивное обозначение дихотомии «свой—чужой», когда процесс коммуникации оптимизируется в соответствии с этим признаком, получая возможность к своему воспроизводству в более легких и понятных режимах (конфликт, противопоставление, жаргон, специфический лексикон единой веры, единой общности, единообразного целеполагания и т.п.). Вместе с тем, потребность эмпатии и творчества является объединяющим началом, способствуя культурному ценностному прогрессу и основой прогрессивной модели созидания с восполнением ресурсов (возобновляемая энергетика) взамен пассивному разрушению и неконтролируемому потреблению (не предусматривающему активное восполнение ресурса). Индивидуальное и коллективное творчество получают здесь тенденцию к своей взаимной интеграции, реализуются оба в едином векторе, в конечном

счете, как конвергентное явление, что становится фактически необходимым современным требованием обеспечения социального прогресса человечества.

Таким образом, вербальные и невербальные компоненты коммуникации обслуживают социум, отражают его потребности и характеризуют возможности, стандартно и, вместе с тем, дифференцированно реализуясь на уровне его отдельных представителей и микрогрупп. Все без исключения параметры коммуникации детерминированы состоянием каждой отдельной психической функции человека, т.е., в конечном счете, — *целостным состоянием психики индивида*, рассматриваемой с точки зрения именно *качества её внутренней интеграции*. Поэтому появляется возможность исследования не только нормальных функциональных параметров коммуникации, но и таких, которые обозначаются как болезненные. Таким образом, коммуникативная функция становится важным клиничко-психиатрическим диагностическим критерием. Клиническое психопатологическое изучение данной проблемы применительно к аддиктивной патологии призвано восполнить серьезный пробел в знании этого, безусловно важного для клинициста, параметра, в целом, довольно подробно исследованного в отношении других важных психиатрических нозологий.

Давно замечено, что при психическом заболевании страдает и качественная, и количественная стороны коммуникативного процесса. Выявление закономерностей нарушения коммуникации в их специфике может отражать симптоматическую и синдромологическую конкретику психического расстройства. Яркий пример — специфический аутизм больного шизофренией, признаки изменений личности по эпилептическому или алкогольному типу, проявляющиеся как выраженная коммуникативная дисфункция. Классические описания соматопсихических конституциональных типов Э. Кречмера [17] показывают закономерности обустройства коммуникативного процесса, обусловленные индивидуальными характерологическими особенностями личности.

Важнейшими психологическими компонентами коммуникации являются *понятность языка* (вербального и невербального), его необходимое *смысловое насыщение*, дающее возможность реализовать максимально точно и быстро передачу необходимого объема информации. Часто для этого требуются особые «информационные каналы» и кодировка, интенсифицирующие и одновременно упрощающие процесс коммуникации (что, собственно, можно отчетливо наблюдать не только в ситуациях психического напряжения в норме, но, в особенности, и в период манифестации психического расстройства, демонстрирующего специфические коммуникативные искажения,

парадоксально адаптирующие индивида в его психопатологическом статусе).

Возможность отображения и оценки состояния основных психических функций при анализе параметров коммуникации — неперенный атрибут психологического и клинко-психопатологического исследования. Вербалистика, отражая качество мышления, на коммуникативном уровне апеллирует к логике изложения, идентичной точности описания, словарному запасу, который может специфически расширяться за счет символизма, неологизмов и жаргона. Психологи всегда стараются фиксировать эмоциональный компонент психической активности, обозначая его как эмоциональные действия (язык выражения эмоций — голосовые модуляции, траурная одежда, маскарад) и выразительные движения (отображение эмоций: заламывание рук, рыдание, резкие жесты). Экспрессия (выразительное поведение) в нейропсихологии и патопсихологии преимущественно рассматривается как проекция эмоций. Физиогномика претендует на идентификацию свойств характера по чертам (выражению) лица. Психология экспрессивного поведения отрабатывает два контекста: экспрессия как врожденное (конституциональное) качество или приобретенное индивидом в процессе взаимодействия с окружающей природой и в результате коллективной деятельности. Очевидно, что необходимыми являются оба элемента. Здесь, безусловно, могут наблюдаться варианты интегрированного их проявления, формирующие специфическую пропорцию (наподобие кречмеровских диатетической и психэстетической пропорций). Следует также полагать, что эта пропорция является бесспорной динамической категорией. Не вызывает сомнения, в связи с этим, наличие биологической и социальной функциональных составляющих, фиксируемых уже на уровне психологического предметного изучения [17—20, 22, 25].

Эмоциональный компонент коммуникации, дополняя и комплектуя непосредственный механизм обмена информацией, отображая так или иначе её качественные и количественные составляющие, страдает, в первую очередь, при психической патологии. Это происходит уже при наличии астенического синдрома, который, дополняясь следующим за ним «по восходящей» аффективным уровнем, комплектует уже в достаточной степени выраженную *активную психопатологию*, становясь полноценным клиническим элементом заболевания. Дальнейшее нарастание интенсивности психопродуктивного расстройства еще более специфически проявляется на уровне коммуникативной функции (точнее, дисфункции) психиатрического больного. Безусловным и характерным симптоматическим признаком *психического дефекта* (снижение эмоционального резонанса и нарастание апатического

компонента) и *психического регресса* (дефект, дополненный выраженной психоорганикой) является дисгармония (искажение) эмоционального компонента психической жизни и характерная деформация функции экспрессии.

Анализируя материал, предъявляемый по исследуемой проблеме психологами, важно фиксировать его методологически детерминированную понятную универсальность и обобщенный характер. Именно такое предъявление фактически является конечной целью психологического изучения данного вопроса. Вместе с тем, также абсолютно понятно, что структурно-компонентный психологический анализ вербального общения и особенностей невербального поведения рассматривается (в связи с конечной исследовательской целью) отвлеченно и самодостаточно, соответственно давая возможность чаще всего лишь наблюдать (констатировать) некий и определенный срез (в случае того или иного проявления психической патологии фиксируемый как симптомокомплекс). Это — своеобразный и абстрактный психологический портрет «обобщенной индивидуализации», отражающий грани и психологический контекст понятий *личность* (психическая конституция) и *индивид* (личность с её средовыми адаптационными параметрами и реакциями). Вполне естественно, что этот комплекс, обретая целостность психологической конструкции, нуждается в многоаспектной «мифологизации», так или иначе, но, все же понятно и по-своему логично «объясняющей» вариантность поведения индивида и его актуальные психологические переживания. Это, однако, почти всегда довольно жестко проявляет зависимость исследователя-психолога от тех или иных методологических предпочтений, что, собственно, и воспроизводит мифологическое (психологическое) разнообразие и многообразие предъявляемых поведенческих паттернов. Самая значительная проблема психологической идентификации исследуемой феноменологии вследствие всего этого — фактическая невозможность на данном уровне объективного отграничения *установочного поведения и поведения, обусловленного выраженным психическим расстройством*.

В глазах клинициста-психиатра, естественно отбрасывающего компонент объяснения, проецируемая психологом картина представляет несомненный интерес как довольно качественный и полезный для дела клинический лабораторный анализ. Он представлен здесь на уровне тщательного выявления и констатации идентичных болезненных знаков — симптомов. В *психиатрическом* исследовании психического статуса этот информационный компонент, безусловно, анализируется в сопоставлении с функциональным состоянием всех основных проявлений психической активности («качественные» и «количественные» па-

раметры, отражающие состояние сознания, мышления, волевой, интеллектуально-мнестической, эмоциональной, поведенческой сфер). Таким образом осуществляется *психопатологическая квалификация* наблюдаемого явления в её личностно-средовом и синдромологически-нозологическом преломлении и осуществляется необходимый диагностический синтез. Именно это дает возможность четко диагностировать и с очевидностью (доказательно) определять параметры системной дисфункции психики (выявлять патологические закономерности), учитывая не только срез, но динамическую часть всего болезненного длинника. Только при таком подходе дополняющие психиатрическое статусное исследование находки психолога, ставшие элементами психологического заключения, становятся серьезным диагностическим подспорьем в процессе выработки *развернутого клинического психиатрического диагноза*. Этот диагноз как качественное клиническое событие естественным образом демонстрирует функцию нозологического.

Коммуникация, выступая на уровне интегративной психической функции, реализуется как передача и усвоение смысла и при этом максимально задействует все возможные «информационные порты». Следовательно, здесь, в первую очередь, востребованы параметры *мышления*, способные демонстрировать на прямую свое функциональное состояние. Это может быть прослежено на уровне как вербальной, так и невербальной коммуникации. К вербальной, при этом, следует относить не только смысловую речь, но в значительной степени и её зашифрованные аналоги (знаки глухонемых, письменную атрибутику — буквенное выражение слов, иероглифы, шифры и коды разных видов радиопередачи и семафорной азбуки), несущие в себе одновременно элементы кинесики и паралингвистики. Сама артикулированная речь здесь также может рассматриваться как один из вариантов кода (зашифрованная в звуки и слова мысль, позволяющая передать собственное переживание, ощущение, логическую формулу). Множественность кодов сосуществует с довольно ограниченным и эволютивно отработанным перечнем унифицированных (единообразных) смысловых характеристик транслируемой и принимаемой информации, что является основой коммуникативного процесса у людей. Возможно, поэтому в мире существует множество языков, каждый из которых отражает единое объединяющее социум гуманистическое начало на уровне единства каждой уникальной общности (народы, нации, этнические группы и иные сообщества), воплощая множественный характер смыслов в единообразии способа их передачи и усвоения, т.е. воспроизводство единообразия законов коммуникации. Здесь критичным является процесс первичной внутренней расшифровки сигнала,

который требуется передать. При первичной расшифровке образа (чувства, переживания), который готовится к передаче, важно его правильно идентифицировать. Поэтому этот процесс, заключающий в себе необходимый передаваемый смысл, требуется «упаковать» (закодировать) в некую определенную словесную формулу. Таким образом, передаваемый сигнал получает свое звуковое (словесное) оформление. Его декодирование (обратный код) требует, по возможности, также быстро трансформировать эту словесную формулу (код) в последующий новый (ретранслированный) образ. Здесь предъявляются требования к качеству сигнала, делающие его понятным не только на передающей стороне, но, в особенности, на стороне приема. Чем более дифференцированным и расширенным за счет невербальных ресурсов является этот сигнал, тем более качественным становится процесс коммуникации. Это в значительной мере относится к печатной информации, к трансляции на иностранный язык во время общения, когда идея (мысль) вначале «оформляется» на родном (привычном) языке, затем мысленно переводится на язык непосредственного общения и только потом артикулируется. Таким способом, как правило, могут общаться лица, недостаточно хорошо владеющие иностранным языком. В данной ситуации имеется значительная потребность в дополняющих невербальных средствах трансляции. Те же, кто владеет им в совершенстве, как правило, думают на данном языке (автоматизированная внутренняя идентификация и описание образа или речевого шаблона), что дает возможность быстрой конфигурации мысли и эффективной её трансляции. Это позволяет ускорить обмен информацией, повысив одновременно его качество.

Смысловая речь феноменологически относится в категорию «предпосылок интеллекта» [5, 23] и является точкой сопряжения функции интеллекта с функцией мышления. Апеллируя к опыту и багажу знаний, смысловая речь востребует достаточный словарный запас.

Коммуникация как эффективная функциональная характеристика получает возможность своей реализации при наличии *интенции* (мотивированное побуждение) и *эмпатии* — двух важнейших компонентов, отрабатывающих параметры «энергетического» порядка. Эмпатия — необходимый компонент коммуникативного процесса. Данная функция обеспечивает чувственное понимание на уровне высокого уровня сопереживания — точное, быстрое и глубокое проникновение в смысл, значительно и на качественном уровне улучшает «расшифровку послания». Эмпатия эффективно устанавливает обратную связь. Таким образом, «работа на одной волне», обеспечивая автоматизированные и интуитивные (рефлекторные) ме-

ханизмы понимания, значительно облегчает процесс коммуникации. Здесь, однако, важным «техническим» требованием выступает идентичность «операционной системы», в рамках которой осуществляется сам коммуникативный процесс. Эта операционная система, по аналогии с компьютером, воспроизводит особую и безусловно понятную систему кодирования-декодирования передаваемого сигнала (понятный вербальный и невербальный язык).

Антиподом эмпатии является *негативизм*, проявляющийся на уровне активного и пассивного.

Активный негативизм — результат активно текущего патологического процесса — выражается в форме *противодействия* и выступает как психопродуктивный *симптом* (стереотип реагирования, оформляющий своеобразный психопатологический механизм) и *синдром* (имеющий компоненты идеаторный (когнитивный, аффективный) и моторный).

Пассивный негативизм реализуется на уровне невыполнения просьбы, команды, иного мотивирующего действия или внешне мотивированной потребности. Выступает в качестве самостоятельного признака симптоматического ряда, может психопатологически рассматриваться как *результат психического дефекта*, в комплексе с другими его компонентами приводящий к заметному расстройству коммуникативной функции, а при своей наибольшей степени выраженности — к фактической неспособности к коммуникации.

Негативизм как патологический способ (механизм) психического реагирования, привнесенный психическим заболеванием, уже на своем симптоматическом уровне сам по себе являет активное противостояние коммуникативному процессу, специфически трансформируя психическую энергетику и определенным образом канализируя комплекс психических переживаний, опосредованных через главные психические функции (сознание, мышление, интеллект, память, воля, эмоции, моторика). Здесь меняется не только энергетика, но и продуктивность всей психической жизни. Вполне очевидно, что нозологическая специфичность даже на уровне симптоматической оценки здесь может быть прослежена.

Синдромологические наборы в рамках нозологий, включающие компонент негативизма в уже более дифференцированных структурно-динамических сочетаниях, позволяют в процессе их описания и изучения более точно исследовать рассматриваемый параметр, ориентируясь на более точное целеполагание конкретного исследования. Важность такого рода исследований в клинической наркологии, идентифицирующих психопатологический субстрат аддиктивной болезни и более детально проясняющих её психопатологическую динамическую картину, сегодня очень

высока. Пока, однако, делаются лишь первые шаги в этом направлении, создающие лишь фундамент будущих стройных конструкций.

Примером наибольшей интенсификации и «эффективности» коммуникативного процесса с мультимодальным воспроизводством всех его компонентов вербально-невербального спектра и наивысшей экспрессией является отмеченный уже ранее феномен *психопатологической индукции* [16, 23]. Психопатологическая индукция и её инструмент — внушение — важный результат коммуникации психически больного и его микроокружения [21, 24, 26]. Именно этот механизм, синергетически (резонансно) воспроизводя в деталях и с предельной интенсивностью активную аддиктивную психопатологию (*паранойальный сверхценный бред наркомана* [4, 6—8], клинически реализующийся на уровне основных психопатологических синдромов *аддиктивного доминантного психопатологического комплекса*), обеспечивает первичную заразность наркомании за счет непосредственной «пакетной» передачи её психопатологического контента от индуктора к индуцируемому (реципиенту). Так, по нашему мнению, формируются два основных механизма *созависимости* — индуктивный и невротический [5].

Механизм *терапевтического внушения* обеспечивает успех психологической терапии, наиболее адекватно востребованной в работе с невротическим уровнем психической дисфункции. Он также с той или иной долей успеха может применяться как инструмент *психологической коррекции* при доминировании в клинической картине расстройств личности и состояниях умеренной выраженности психического дефекта.

Таким образом, особенности коммуникации отражают функциональное состояние психики человека, адекватно отображая её нормальное или патологическое состояние, а потому могут эффективно исследоваться в качестве индикатора психической патологии. Особое значение приобретает исследование коммуникативной функции при наркологических нозологиях, демонстрируя особенности уровня психического поражения, возможность оценки важнейших клинических характеристик эндоформного процесса (психопродуктивных и негативных), динамических параметров его этапного развития, фаз, критериев патологической активности и ремиссии, взаимодействия клинко-психопатологических параметров на уровне личностной и собственной процессуальной динамики аддиктивной болезни. Это важно для формулирования развернутого клинического психиатрического диагноза, для дифференциальной диагностики и выявления прогностических характеристик каждого конкретного случая аддиктивного заболевания. Здесь

также имеет значение возможность перспективной разработки осмысленных коммуникативных стратегий при организации всех этапов лечения (активного, поддерживающего, противорецидивного, восстановительного) и на этапе социально-психологической реабилитации наркологического больного.

Список литературы

1. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. Логос, 1992. №3. — С. 125—136.
2. Биркенбил В. Язык интонации, мимики, жестов. — СПб.: Питер, 1997. — 176 с.
3. Блейлер Э. Аффективность. Внушение. Паранойя. — М.: Изд-во ВИНТИ, 2001. — 208 с.
4. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
5. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
6. Благов Л.Н. Психопатологический феномен «доступности» при наркологическом заболевании и его дифференциально-диагностическое значение. «Наркология», изд-во РАМН. — 2009. — №8. — С. 86—97.
7. Благов Л.Н. Психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опиоидной зависимости). Ч. 1// Наркология. — 2010. — №3. — С. 45—56.
8. Благов Л.Н. Психопатологическая структура феномена «псевдоабстиненции» в клинике аддиктивного заболевания (на клиническом примере опиоидной зависимости). Ч.2// Наркология. — 2010. — №4. — С. 89—101.
9. Бороздина Г.В., Психология делового общения. Глава 7. Имидж делового человека. — М.: Деловая книга, 1998. — 247 с.
10. Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М. (редакция). Клиническая психиатрия / Пер. нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 832.
11. Давыдовский И.В. Общая патология человека. — М.: Медицина, 1969. — С. 610.
12. Зиновьев П.М. Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления. — М.: МЕДпресс-информ. — 2007. — 208 с.
13. Кнапп М.Л., Невербальные коммуникации. — М.: Наука, 1978. — 308 с.
14. Конечная В.П., Социология коммуникации. — М.: МУБУ, 1997. — 164 с.
15. Корсаков С.С. Общая психопатология. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 480 с.
16. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику (пер. нем.). — М.: «БИНОМ. Лаборатория знаний». — 2004. — 493 с.
17. Кречмер Э. Медицинская психология. — М., 1927. — С. 349.
18. Лабунская В.А. Невербальное поведение (социально-перцептивный подход). — Ростов-на-Дону: Феникс, 1988. — 246 с.
19. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. — 214 с.
20. Леонтьев А.А. Психология общения. — М.: Смысл, 1997. — 239 с.
21. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1983. — 208 с.
22. Морозов В.П. Искусство и наука общения: невербальная коммуникация. — М.: ИП РАН, Центр «Искусство и наука», 1998. — 189 с.
23. Рыбальский М.И. Бред. — М.: Медицина. — 1993. — 368 с.
24. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 т. — М.: Медицина, 1999.
25. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — С. 1053.
26. Birnbaum K. Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung, «W. Psychiat». — 1915, Bd. 37, N 1;
27. Harper R.G., Wiens A.N., Matassaro J.D. Nonverbal communication. — N.Y.L.: J.Wiley & Sons, 1978. — 355 p.

FEATURES OF THE COMMUNICATIVE FUNCTION IN A STATE OF MENTAL HEALTH AND DISEASE

BLAGOV L.N. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow
VLASOVA I.B. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow
SHUPLYAKOVA A.V. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow
BUTYRIN A.S. postgraduate., Russian State Medical University, Moscow

Investigation of communication's parameters in drug addiction is important research trend. More important here is psychopathological direction vs psychological one because of psychiatric phenomenology capacities as more valid differential diagnosing. Nevertheless, psychological point of view on the problem helps to clarify communicative evolution process. It is possible here to compare normal function and communication dysfunction in drug addicts.

Key words: communicative function, mental health, addiction