

Дифференциальная диагностика коммуникативной дисфункции при психической патологии

БЛАГОВ Л.Н.	к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва; e-mail:
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

Стремление к пониманию закономерностей развития психической патологии, включая аддиктивную болезнь, во многом ориентировано на познание «ответственных» за ту или иную функцию психики определенных патофизиологических процессов, фактически обозначающих тенденции психической деструкции. На сегодняшний день, несмотря на многочисленные попытки предъявления самых разнообразных метаболических и биохимических сценариев, опосредующих психическую деятельность, четкая и стройная биохимическая структура сложных психических процессов пока не предъявлена. Поэтому психиатрия как медицинская научная дисциплина в своих теоретических положениях не отвергает методологию изучения эволюционного аспекта психики человека с точки зрения её филогенетического и онтогенетического становления. Такой подход позволяет лучше увидеть и понять главные тенденции развития психической дисфункции и определить её нозоспецифичность.

Ключевые слова: психопатология, аддиктивная патология, коммуникативная дисфункция

Общие закономерности трансформации и деградации психической функции на фоне психического заболевания.

Продуктивная и негативная психопатология

Довольно давно, со времен работ классиков немецкой психиатрии, при анализе нарушений психической деятельности и выявлении особенностей нарушения мышления при выраженных болезненных состояниях (в частности — попытки исследования процесса бредаобразования при шизофрении) высказывается гипотеза о «конflikте» «старых» и «новых» структур высшей нервной деятельности (продукт эволюции анатомии и физиологии головного мозга). Здесь даже получается особая зона принципиального «согласия» клиницистов и психологов (отрабатывающих психоаналитическую концепцию З.Фрейда). Последние, как известно, рассуждают о динамике «подсознания» и развивают это положение в качестве целостной патогенетической основы психических расстройств (наиболее успешно — в частной клинике неврозов и острых психотических реакций). В психиатрической клинике (медицинском научном направлении) нет определения понятия *подсознание*, но когда употребляется термин *инстинкт*, то его определение и значение в осуществлении психической деятельности человека вполне понятно. Речь идет о филогенетически более древнем (раннем) механизме нервно-психического реагирования, интегрированном в понятия «безусловный рефлекс» и «условный рефлекс», валидно присутствующих в нейрофизиологии и клинике со времен И.П. Павлова.

В оперативной структуре мыслительного процесса они, воплощая в себе рефлекторный компонент высшей нервной деятельности, реализуются не клиническим, но понятным психологическим термином «интуиция». Психоаналитический термин «подсознание» — психологически несколько более претенциозно-респектабельное представление (label) упомянутой функции, и, если не вдаваться в глубокомысленную аналитическую эклектику, элегантно-декларативно и одновременно формально дистанцирующее психику человека от психики стоящего ниже в эволюционной иерархии любого другого представителя млекопитающих, к примеру, кролика. Термин в рамках предъявляемой технологии (психоанализ) выполняет манипулятивную функцию диагностического и терапевтического инструментария психоаналитика, так или иначе интерпретируя относительно менее дифференцированный *чувственный компонент мышления*, в значительной степени детерминирующий остальные функции психики: сознание, волевую, поведенческую, — по определению имеющий свою мощную эмоциональную predisпозицию и доминирующие (в особенности на фоне патологической психической дезинтеграции) подкорковые регуляторные механизмы.

Таким образом, давняя гипотеза о более быстром и более драматичном повреждении болезненным агентом (патогенным фактором) именно более филогенетически поздних (а значит, более сложно организованных и более ранимых) структур и функций в противовес более древним и консервативным является, в целом, широко принятой. Это ярко представлено в клинике «больших» психозов. Эта гипотеза

может вполне плодотворно развиваться также при изучении клиники тяжелых аддиктивных заболеваний. По поводу алкоголизма уже ни у кого не вызывает сомнения нарастающее на фоне хронической алкогольной интоксикации «снижение (деградация) личности по алкогольному типу» [1], где преобладают компоненты органического посттоксического повреждения. Кроме того, при вариантах злокачественно протекающей *алкогольной аддиктивной болезни* мы также можем отмечать более сложный комплекс негативных расстройств, где помимо *психоорганического синдрома* присутствует феномен специфического *аддиктивного дефекта*. Основными его структурными компонентами являются следующие клинические проявления:

- особое «диссоциативное» снижение *энергетики* и утрата *гибкости психических процессов*;
- нивелируется и исчезает *тонкая адекватность психической жизни* — эмпатия (способность сопереживать), *эмоциональность* с тонкой дифференцировкой эмоций, её соответствие ситуации и структуре преморбидной личности;
- наступает постепенное огрубление *морально-этического статуса*, снижаются *творческие возможности психики*;
- аддиктивный дефект сопровождается постепенным демонтажом *основных психопатологических конструкций болезни, их уплощением, примитивизацией, огрублением, «выхолащиванием сочности красок»*, исчезновением *фактурной уникальности активного (манифестного) этапа аддиктивной болезни*.

Клиническое воссоединение проявлений дефекта и токсикологически детерминированного психоорганического синдрома в наиболее клинически тяжелых случаях рождает характерно узнаваемый компонент *психического регресса*, комплекующего нозологическую клиническую специфику аддиктивного заболевания. Это — более точное и дифференцированное понимание целостной патологической картины данного, широко распространенного варианта *аддиктивного заболевания*, демонстрирующего, скорее, не стадии (пространственно-временная характеристика), а *этапы* (качественная характеристика) своего развития, где исходный этап характеризуется нарастанием целого комплекса сложных расстройств негативно порядка. Именно это, по нашему мнению, привносит клиническое своеобразие в картину исходных состояний у алкоголиков, делая их узнаваемыми и легко диагностически идентифицируемыми как по отношению к здоровым, так и в кругу других психиатрических нозологий. Таким же образом мы рассматриваем клинику далеко зашедших и исходных состояний при *опиоидной наркомании*, где этот дефект выражен

значительно более рельефно [4, 5, 10]. Это — само по себе важное подтверждение процессуального характера течения злокачественно протекающей аддиктивной болезни.

Именно такое понимание значительно расширяет возможности и повышает качество дифференциальной диагностики и формулирования осмысленной стратегии лечения аддиктивной болезни (что на сегодняшний день в клинике пока широко не практикуется, и об этом уже сказано выше). Это также способствует необходимому разделению важнейших аспектов — *активного лечения* (дополняемого *поддерживающим, противорецидивным и восстановительным* этапными терапевтическими блоками) и *социально-психологической реабилитации*, делая их технологически дифференцированными, самостоятельными понятиями, с собственными задачами и оценочным перечнем успешности. Вообще-то, нежелательное перемешивание этих понятий (не без элементов демагогии, фигурирующей под благозвучием «комплексного подхода к решению проблемы»), распространенное в наши дни в среде специалистов, очень демонстративно свидетельствует о все еще недостаточном уровне развития клинической наркологии, не предлагающей пока стройной, цельной и валидной технологии лечения аддиктивной болезни (это, естественно, никак не относится к категории упрощенного «синдрома зависимости» на уровне его незатейливой и, конечно же, предсказуемо «доказательной» коррекции).

Итак, активно и злокачественно протекающая психическая болезнь на этапе своей манифестации «выключает», «блокирует» высокодифференцированные психические функции, дезинтегрирует психику в её функциональной сбалансированности. В состоянии исхода и, как следствие, уже органического повреждения эти функции утрачиваются стойко (хотя и в разном объеме и в разных компенсаторных вариантах). Это — общие моменты патологии.

Любопытными, однако, являются упомянутые нами исследования немецких психиатров, изучавших психическую деятельность у людей из этносов, в которых имеется определенное отставание психического развития по сравнению с так называемыми цивилизованными этносами. Речь идет о психике «дикарей». Мы считаем уместным привести выдержки из монографии профессора П.М. Зиновьева [8], написанной им в 1927 г. и содержащей, в свою очередь, ссылки на работы немецких психиатров. По нашему суждению, безукоризненно сделанные клинические описания и их анализ (что сегодня, к сожалению, уже методологический раритет) заслуживают самого серьезного внимания и отношения со стороны современных психиатров. Клиника патологической аддикции, где

профессионально выполненных клинических психопатологических описаний даже в наше время не слишком много, нуждается в подобных сведениях тем более.

Поэтому представляет интерес именно анализ *инфантильной* (недоразвитой), архаично организованной психики, не отвечающей требованиям современного социума, его задач и коммуникативных стандартов. Как раз такое направление демонстрирует *психическая болезнь* в своем векторе (даже если речь идет о пограничном процессуально-личностно-динамическом компоненте, предопределяемом относительно малой патогенностью вызвавшей болезнь вредности и относительно более выраженной на этом фоне личностной реакцией (морбидно-средового характера) и её последующим (патологическим) развитием в случае продолжающегося процесса). Речь идет о том, что E. Bleuler очень точно называл «тенденцией». Здесь важна даже не собственно степень злокачественности, а именно характерность качественных феноменологических проявлений, безусловно, выступающих как совокупность и демонстрирующих свою определенную пропорциональность.

Исследования «первобытной психики», как пишет П.М. Зинovieв, «установили, что чисто интеллектуальные процессы не представляют интереса для дикаря. Он стремится не к объективному знанию окружающего мира и предметов, в нем находящихся, а к избеганию подстерегающих его на каждом шагу опасностей... Его восприятие мира окрашено резко субъективно и находится в полной зависимости от его желаний, с одной стороны, страхов и опасений, с другой. Внимание обращается не на объективные отношения вещей, а на их скрытые, тайные значения. Природа для него представляет не систему предметов и явлений, в которой господствуют твердые законы, действующие по правилам логического мышления, а неопределенное целое, состоящее из мистических действий и противодействий... Он не знает разницы между желанием и решением, так же как не ясна она для него между возможностью и невозможностью. Чем примитивнее человек, тем больше у него веры, что он может достичь всего одним своим хотением... Для него стирается граница между видимым и невидимым миром и все сливается в одну одушевленную мистическими силами непрерывность... Магическое мировоззрение дикарей видит во всех предметах и существах, которые представляют для него какое-нибудь значение, носителей волшебных сил... Формально мышление дикаря характеризуется наглядностью. При этом образы... носят более чувственный и менее предметный характер, чем наши; это скорее комплексы ощущений, соединяющиеся в изменчивые и текучие картины, чем окончательно сформированные и твердо противостоящие

нам предметы, которые мыслятся как одни и те же в прошедшем, настоящем и будущем. Различные образы часто подвергаются слиянию в одно целое на основании иной раз совершенно несущественных черт сходства или даже только одновременного появления в сознании. Иногда, наоборот, один из элементов какого-нибудь наглядного представления приобретает значение того целого, составной частью которого он является. На этой последней особенности... основывается и из нее развивается образование символов. Наконец, исследователи этого так называемого «дологического мышления» отмечают, что оно почти не поддается исправлению на основании данных опыта...».

Продолжая анализировать особенности «архаического мышления», П.М. Зинovieв пишет: «Невольно вспоминается, прежде всего, что примитивные привычки мышления свойственны не только дикарям и душевнобольным, но и многим совершенно здоровым и как будто культурным людям; мы найдем их следы в поговорках, приметах и заговорах, в старом быту, в религиозных верованиях и обрядах, в увлечении спиритизмом и оккультными науками и, наконец, в целом ряде философских построений. Эта живучесть «архаически-примитивного» образа мышления заставляет думать, что оно основывается на деятельности каких-то хотя и устаревших, но очень стойких физиологических механизмов. Архаичность их психического выражения (т.е. соответствующих им переживаний) наводит на мысль о том, что они очень древнего происхождения и восходят в своей филогенетической истории (т.е. истории передачи через ряд поколений) к периодам, когда они были единственными мозговыми приспособлениями, руководящими психической жизнью человека. Наше современное сознание и мышление, можно было бы далее полагать, связано с другими механизмами, сравнительно недавно вполне сложившимися, более сложными, более тонкими, но и более хрупкими. В правильно развитом мозгу деятельность этих, если можно так выразиться, «логических», «разумных» механизмов подавляет и вытесняет в бессознательное примитивные влечения и связанные с ними чувства и приемы мышления».

Таковы трактовки известного психиатра, полагающего (не без влияния актуально входящего в моду в начале прошлого столетия психоаналитического толкования психиатрической феноменологии), что на фоне тяжелого психического заболевания «более молодые и более нежные аппараты «логического» мышления... повреждаются прежде всего, освобождая, картинно выражаясь, из плена подсознательного «дологические», примитивные механизмы, которые таким образом получают полный простор для проявления»...

Добавим лишь, что такое повреждение приводит не только к деформации и устранению логического

компонента мышления, но к дезорганизации психической деятельности в целом, когда психическая дезинтеграция сопровождается также дезорганизованными образом и чувственным компонентом мышления, кататимией и парабулией. Все в совокупности характеризует расстройство сознания и реализуется неправильным (в нашем случае — аддиктивным, т.е. «зависимым» пьяным) поведением [5]. В наркологической клинике это также полная абсолютизация наркоидеологии на фоне четко схематизированной наркоидеаторики, выстроенной в русле незыблемой и чувственно-конкретной логики «абсолютного знания». Здесь наркотизм (алкоголизм) предстает как вновь приобретенное (нажитое) мировоззрение. Это — несомненный результат прогрессивного психического заболевания, имеющего характер эндоформного процесса.

Приведенное выше описание, безусловно, демонстрирует определенный уровень адаптации первобытного человека, непосредственно и примитивно противостоящего силам природы. Понятно, что эволюция и сопутствующее ей развитие цивилизации сформировали уже иные, более дифференцированные формы и механизмы адаптации, одним из которых является современный уровень развития психической жизни человека — социальное функционирование, активно востребующее способность к коллективному творчеству социума на базе усовершенствованных взаимоотношений и высоких способностей. Понятно также, что этот уровень уже воспроизводится в каждом последующем поколении, демонстрируя несомненно генетический детерминизм и отображая современное состояние норматива психической функции. Проявления психического дизонтогенеза атавистически воспроизводят врожденные аномалии психики (некоторые психические заболевания, а точнее, предрасположенность к их развитию, олигофрению, психопатию), серьезно влияющие на всю последующую жизнедеятельность индивида, фактически выводя его за рамки современных форм нормального социального функционирования и адаптации. Этот вариант развития французский психиатр-классик Б. Морель и его ученик и последователь В. Маньян метко называли «дегенерацией» (вырождением).

Интересным клиническим пассажем можно считать наблюдение Э. Крепелина [9], что более поздние органически детерминированные факторы психического поражения, помимо хорошо известного психиатру комплекта психоорганического синдрома (астения, «аффективное недержание», когнитивное снижение), сопровождаются относительно большей сохранностью морально-этических параметров, свойственных данной личности, и более выраженным снижением функций праксиса — в сравнении с олигофрениками, у которых немецкий психиатр отмечал проти-

воположную тенденцию. Это наблюдение позволяет точнее дифференцировать «врожденный» генезис определенной степени когнитивной и интеллектуальной недостаточности, психической незрелости, приводящих (среди прочего) к приему ПАВ (вначале — в форме подражания, примитивного поиска удовольствия и наслаждения) и к последующей наркомании с нажитым регрессивным комплексом (плохая социальная и трудовая адаптация на фоне «алкогольной» или специфически деформированной люмпенизированной полууголовной морали жизни «по понятиям»). И та, и другая тенденции могут быть прослежены при аддиктивной болезни и в особенности отчетливо — при её интенсивном проявлении. Что же касается психического инфантилизма, проявляющегося в качестве значимого преморбидного личностного компонента, то наши клинические наблюдения позволяют отметить его наибольшую уязвимость в отношении именно психопатологической индукции как основного фактора "заразности" при наркомании, когда в микроокружении актуально присутствует психопатологически активное аддиктивное заболевание.

Коммуникация и основные виды психической патологии — краткие дифференциально-диагностические характеристики

Проблемы коммуникации, приобретая статус важной клинической характеристики, возникают, без преувеличения, при подавляющем большинстве патологических картин, отражая драматизм поражения психики и являясь составным элементом психопатологии большинства психиатрических нозологий. Они также свойственны больным, злоупотребляющим ПАВ. Становясь характерным психопатологическим проявлением, данный аспект помогает лучше понять психопатологию именно аддиктивной болезни, поскольку, как мы отметили выше, проблемы коммуникации здесь признаются практически всеми. Они выражены рельефно, встречаются часто, имеют множество своих идентифицирующих характеристик. Вместе с этим, они довольно типичны и узнаваемы. Безусловно востребованными здесь являются их точные психопатологические дефиниции.

Это в совокупности дает возможность определить весьма важные аргументы в перечне доказательств процессуального характера развития психопатологической картины аддиктивного заболевания, поскольку здесь проявляется его принципиальное феноменологическое и клинико-динамическое сходство (аналогия структуры и клинической динамики) в ряду других психиатрических патологий. Приведем некоторые фрагменты, характеризующие особенности наруше-

ния коммуникации при разных психических заболеваниях и патологических состояниях.

Хорошо известным и подробно описанным психопатологическим феноменологическим образованием является коммуникативная дисфункция при эндогенном процессе. Коммуникация значительно утрачивает свое качество (резко снижается вследствие бедности интенции) у больных шизофренией. Аутизм шизофреника — уникальное клиническое явление, ярко и комплектно характеризующее данную психиатрическую нозологию. В данном случае аутизм — это и своеобразный механизм осуществления психической деятельности, и характерный симптомокомплекс (синдром), совокупно объединяющий компонентную дисфункцию идеаторики и моторики. Он может внешне каким-то образом отдаленно напоминать синдром депрессии, клинически и патогенетически не имея, однако, с ним ничего общего (даже если в структуре депрессии добавочный апатический компонент превалирует над синдромообразующим аффектом тоски). Аутизм при шизофрении может, тем не менее, не только являть собой классический дефектный сценарий (стойкая утрата функции), но и отражать состояние внутренней картины манифестно протекающей болезни. Это, в первую очередь, активный бред, психический автоматизм и псевдогаллюцинации, онейроидно-кататонический синдром, расстройства шизоаффективного спектра. Таким образом, здесь прослеживается особая ценностная иерархия мыслей, образов и чувств больного индивида, когда собственно болезненные переживания (интрапсихические расстройства) заслоняют собой происходящее вокруг и тем самым вытесняют его на периферию сознания, делая неактуальным для больного. Это не психический дефект, но, тем не менее, картина, характеризующая коммуникативный аспект душевнобольного весьма специфично и демонстративно. Соединение этого «активного» аутизма с «дефектным» формирует весьма характерный и часто встречающийся в клинике поведенческий и коммуникативный образ шизофреника, характеризующийся нелепостью, вычурностью как содержания, так и формы коммуникации.

Аутизм, регрессивная синтонность, дрейф и редукция энергетического потенциала, по К. Сопгад [7, 11], существенно видоизменяют коммуникацию шизофреника с внешней средой. Больные шизофренией не способны демонстрировать характеристики рентности и манипулятивности. Они остаются фактически безразличными как к собственному положению, так и к окружающей их обстановке. Их характеризуют отгороженность, нарастающая апатия. Общение больных шизофренией, в силу усиливающегося аутизма, делается все более формальным, клиширо-

ванным, монотонно-ходульным, вычурно-равнодушным. Это прослеживается вне зависимости от объекта, с которым устанавливается коммуникативная связь. Большой шизофренией становится совершенно одиноким. Он не испытывает потребности в общении со всем остальным миром, включая себе подобных, демонстрируя это общение на предельно формальном уровне. При этом он абсолютно не тяготеет дефицитом коммуникации. В силу бедности интенции коммуникативный процесс здесь беден как в вербальном, так и невербальном исполнении. Постепенно и параллельно обедняется и тускнеет лингвистический, экстралингвистический и паралингвистический арсенал, обрастающий специфическими шизофреническими неологизмами, штампами и вычурной моторикой, наблюдается его постепенная атрофия. В равной степени страдает кинесика и проксемика коммуникативного процесса (демонстрируя свои парадоксальные искажения и вычурность в отображении активной психопатологии при злокачественном шизофреническом процессе или специфично реализуя дефектную модальность при вялотекущей шизофрении). Поэтому дефект шизофреника («интрапсихическая атаксия», по Э. Крепелину [9]), как правило, выражен почти всегда заметно и значительно влияет на психическую жизнь больного.

Среди аддиктологических проявлений, являющихся при шизофрении не самостоятельным (коморбидным) психопатологическим началом (это касается в равной степени и ПАВ, и ПАД), а добавочным симптоматическим токсикологическим компонентом, не формирующим собственный доминантный психопатологический комплекс (описываемый нами при аддиктивном заболевании), можно констатировать склонность к приему широкого диапазона доступных психостимуляторов (компенсация РЭП), психоделиков и галлюциногенов. Это в равной степени касается также алкоголизации и приема средств седативно-снотворной группы. Все виды химического и нехимического злоупотребления при злокачественном течении шизофрении (параноидная форма) следует рассматривать как симптоматическое проявление основной патологии и проявление психического шизофренического дефекта. Изучение коморбидного клинического сосуществования вялотекущей шизофрении и аддиктивного заболевания на психопатологическом уровне требует своего уточняющего изучения.

У больных наркоманией, не страдающих шизофренией, коммуникативная дисфункция, как будет показано ниже, реализуется по иному сценарию и с характерными отличиями в клинико-психопатологической компонентной структуре, предопределяя, тем самым, довольно четкие клинические возможности дифференцированной диагностики. Тем не менее,

клиницисту-психопатологу часто приходится проводить дифференциальную диагностику между основными психиатрическими нозологиями, опираясь на различия не симптоматические, а синдромальные. В отношении различий шизофрении и наркомании некоторые из них можно рассматривать как довольно понятные. Показательным примером является феномен психического дефекта. Рассматривая его клиническую фактуру, следует отметить, что дефект шизофреника — шизофренический аутизм — обладает несомненным качеством тотального, сплошного нарушения целостного изменения мировосприятия [2, 3, 12]. У больных наркоманией можно говорить лишь о парциальном, частичном, начальном, неполном, некомплектном, избирательном проявлении дефекта и его влиянии на психическую жизнь. Этот дефект довольно малозаметен (в особенности для неспециалиста). Он отличается более замедленным и постепенным формированием, затушевываясь многочисленными психоорганическими включениями.

Амбивалентность больных шизофренией становится одним из главных её клинических признаков, также отличаясь тотальностью. У больных наркоманией этот признак присутствует лишь редуцированно и в зачатке, проявляясь в фазе формирующейся ремиссии как «досадная нестыковка» побуждений к лечению и одновременно с этим реальное их неисполнение. Это — достаточно полиморфная и многомерная картина, которая определяется уровневим психическим поражением, характерным для каждого клинического динамического этапа наркомании. Здесь в любом случае приходит, на первый взгляд, вполне понятная мысль не об амбивалентности, а об известной «борьбе мотивов». Между тем, у наркоманов этот вид навязчивости редуцируется уже в самом начале аддиктивного заболевания, а на манифестном его этапе речь идет о тенденции трансформации механизмов компульсии в *наркоавтоматизм*. В последнем клиническом варианте, все же, психопатологически правильнее говорить об *амбивалентности наркомана*.

Давно замечено, что шизофрения рождает особое безразличие и равнодушие к собственным витальным чувствам, например к боли (это — пример «тотального» варианта дефекта). У аддикта равнодушие также становится особой статусной характеристикой, но оно жестко «цензурируется» наркоманической доминантой, а потому не является тотальным проявлением, реализуясь, по преимуществу, избирательно и лишь в отношении внешних факторов, не касающихся собственной персоны больного. Мы говорим здесь о «похолодании» эмоций, о черствости и редукции способности к сопереживанию. Внутренний комфорт для наркомана утрированно важен, становясь компонентом *сверхценности* и *паранойальности*. Сама хрониче-

ская наркотизация обуславливает стремление к подавлению любого дискомфорта и, тем более, алгических проявлений. Но, по мере нарастания психопатологического радикала аддиктивной болезни, становятся актуальными уже иные механизмы гармонизации сенсорики, интрапсихического спектра и моторики, приобретаая статус «гармонии болезни». Классическое воспроизводство сценария тяжелого хронического психического заболевания порождает особый, утрированный, извращенно-вычурный характер изменения параметров психики и её адаптивных возможностей. В данной ситуации угасание качеств здорового начала становится неизбежно закономерным, серьезно деформируя «гармонию здоровья». В отношении внутренних витальных чувств (и среди них боль) такое постепенное угасание, но все равно не достигающее степени тотальности, можно наблюдать лишь в самых тяжелых исходах наркомании (принцип эквивалентности патологического процесса). В «обычных» наркологических ситуациях этот процесс развивается очень медленно и зачастую его проявление вовсе незаметно для исследователя психического статуса наркологического больного.

Характерными являются динамические процессы бредообразования, которые также присутствуют в клинике аддиктивной болезни и отображают её наиболее злокачественные формы. Бред наркомана, зарождаясь как кататимная *сверхценность* (т.е. своеобразное «ударное» взаимодействие аффектов и окрашенных аффективно чувственных переживаний), постепенно приобретает черты голотимного, в итоге демонстрирует уже «размазанный» аффект, который почти окончательно нивелируется на финальном этапе болезни до примитивной эмоциональности дефектной личности. Это — весьма клинически интересное дополнение к привычному психопатологическому сценарию «пресной и сухой паранойи» того самого *чувственного* компонента, столь необходимого для идентификации особой клинической формации — наркоманического бреда. Данная психопатологическая структура является уникальной клинической композицией, где элементы *катэстезии* окончательно комплектуют *паранойальный сверхценный бред наркомана*.

Отмеченные психопатологические характеристики позволяют точнее дифференцировать нозологический диагноз на уровне особенностей проявления феномена. Таким образом, патологическая аддикция, являя принципиально иной клинико-патогенетический сценарий своего формирования и клинического развития [5], уже в силу этих соображений не может рассматриваться как некий нозологический эквивалент шизофрении. Тем не менее, несмотря на довольно очевидные и понятные психопатологические критерии, дифференциальная диагностика вялотекущей

шизофрении и нарко- и токсикомании, обусловленной приемом *психостимуляторов*, сегодня вызывает наибольшие затруднения.

При *эпилепсии*, как хорошо известно из классических описаний [6, 8], коммуникация также претерпевает весьма характерные трансформации, отражая тем самым особенности измененной по эпилептическому типу личности. Данные изменения становятся тем более выраженными, чем более злокачественно протекает эпилептическая болезнь, демонстрирующая не только характеристики судорожной активности, но и определенную динамику нарастания этих специфических личностных изменений. Это — торпидность и вязкость психических процессов (брадипсихия), их застойность (в особенности аффективная), характерное слабоумие, замедленная и однообразно модулированная речь, трансформация характера, отражающего указанные черты, с появлением мелочной жадности, болезненного самолюбия и крайнего эгоизма, ханжества, слащавой угодливости и лъстивости в сочетании с крайней агрессивностью и злопамятностью. Для эпилептического изменения личности характерны снижение уровня мотивации, примитивизация влечений и снижение критики. Все указанные черты делают поведение (и коммуникацию) эпилептика также недостаточно дифференцированными, лишенными пластичности и гибкости, даже для удовлетворения неких (не только примитивных) потребностей (что в аддиктивной патологии мы обозначаем как качества *рентной манипулятивности*). У больных эпилепсией, в отличие от шизофреников, коммуникативный процесс внешне может быть более разнообразным, но, демонстрируя в большей степени *слабость интенции*, все же, остается довольно примитивным. Сами потребности, прорабатываемые на коммуникативном уровне у больных эпилепсией, не являются какими-то узко специфическими или однообразно одинаковыми, даже несмотря на их примитивизацию. В общении между собой эпилептики, как правило, не демонстрируют компоненты эмпатии и единомыслия, несмотря даже на некие объединяющие их цели. Они, скорее, антагонистичны, отстаивая каждый собственные (важные для каждого из них) эгоистические интересы. Здесь также можно отметить композиционную неразвитость коммуникативного инструментария и его узкий функциональный диапазон, что демонстрирует истощаемость высокодифференцированных психических функций и нарастающую растормаживаемость низших (инстинктивных) форм психической жизни.

Таким образом, обобщенные характеристики коммуникации рассматриваемой группы больных в полной мере отражают специфические психопатологические характеристики эпилептического типа, присутст-

вующие на уровне стойких личностных изменений (следствие эпилептической болезни). Это — своеобразный «органический тип» коммуникации.

Аддиктивный фактор при эпилепсии может присутствовать на уровне *симптоматического алкоголизма* (запой ситуационно детерминированные и несущие в своих проявлениях отпечаток личностных эпилептических стигматов торпидность, пароксизмальность). При эпилепсии принято описывать дипсоманию («истинный запой»), являющуюся проявлением присущей заболеванию выраженной пароксизмальной активности. Можно также наблюдать эпизодическое злоупотребление препаратами гипно-седативной группы. Эпилептики, в целом, не склонны к приему психостимуляторов и, в особенности, психоделиков. Тем не менее, нам приходилось наблюдать случаи (ситуационно детерминированные) злоупотребления доступными средствами, обладающими психостимулирующим действием («чифир»), больными, страдающими большими судорожными припадками, с выраженными личностными изменениями по эпилептичному и слабоумием, что, естественным образом, усиливало у них судорожную активность.

Все отмеченные компоненты интоксикации, даже «имеющие право» в расплывчатых токсикологических градациях МКБ-10 быть обозначенными как «синдром зависимости», при злокачественном течении эпилепсии, все же, не формируют самостоятельную клинику, терминологически определяемую нами понятием «аддиктивная болезнь». Можно полагать, что клинические психопатологические особенности аддиктивной болезни, возникшей на фоне менее злокачественных форм эпилепсии, пока в должной мере не исследованы. Тем не менее, в случае её возникновения у рассматриваемой категории больных такую патологию необходимо рассматривать как *коморбидную* [4].

Судорожная активность, развивающаяся на фоне инициального алкоголизма или злоупотребления препаратами гипно-седативной группы, чаще всего являющихся проявлением *алкогольной аддиктивной болезни* или *нарко- и токсикомании*, должна рассматриваться как их осложнение и последствие нарастающего органического поражения нервной системы токсического генеза. Психопатологические нозологические характеристики аддиктивной болезни здесь претерпевают свою закономерную этапную трансформацию и клинически превалируют над привнесенными органическими, на протяжении значительного периода времени сосуществуя с ними. В данном случае есть смысл говорить не о коморбидности патологии, а именно о добавочной синдромологии и токсико-органическом осложнении основного аддиктивного заболевания.

При врожденном слабоумии (олигофрении) особенности коммуникативного процесса заключаются, в первую очередь, в демонстрации когнитивной дефицитности и инфантилизма. Последний проявляется не только как характеристика функции мышления и интеллекта (особенности познавательной деятельности, приобретаемый опыт, праксис). Он также по-особенному характеризует волевые процессы и эмоциональные реакции, предъявляя их на уровне упрощенной и малодифференцированной ситуационно обусловленной психической активности. Здесь можно отметить возможность импульсивности, проявлений негативизма, являющихся, в общем, присущими данному виду патологии индивидуализированными конституциональными характеристиками. Коммуникация при олигофрении (при её относительно легких формах, не выходящих за рамки дебильности) демонстрирует непосредственность, примитивизм, открытость выражения мыслей и эмоциональной окраски актуальных психических переживаний. Вместе с тем, коммуникативный аппарат (как вербальный, так и невербальный) отличается бедностью, примитивизмом, обслуживает конкретику потребности на низких мотивационных уровнях. Олигофрены способны к эмпатии, что повышает их коммуникативную возможность в сравнении с шизофрениками и эпилептиками. Вместе с тем, эта эмпатия не отличается глубиной и устойчивостью своего проявления. Она чаще находит свое выражение в упрощенных и, скорее, рефлекторно-интуитивных формах. Негативизм олигофрена, как правило, обусловлен ситуативно и также нестойок. Тем не менее, можно, все же, проследить на уровне тенденции некую диссоциацию между относительно более активно присутствующей потребностью к коммуникации и собственными возможностями коммуникативного аппарата. У олигофренов в связи с этим может отмечаться компенсаторное превалирование экстралингвистических и паралингвистических функций над более высоко организованной вербальной коммуникативной функцией.

Будучи расстройством конституционального характера, олигофрения, в отличие от процессуальных психиатрических патологий, может демонстрировать в той или иной степени выраженную и постоянную способность к обучению и улучшению в определенных пределах несложных коммуникативных навыков.

Злоупотребление ПАВ при олигофрении, в целом, не редкость. Здесь отмечаются тенденции превалирования наиболее доступных ПАВ (алкоголь, летучие органические соединения, каннабис и другие психоделики). Оно инициально обусловлено примитивным поиском удовольствий и лишено вычурных изначальных мотиваций и автоматизации, как это часто можно наблюдать при шизофрении. Клини-

ко-психопатологические особенности формирования и течения аддиктивной болезни у олигофренов требуют своего подробного изучения.

У психопатов коммуникативные процессы определяются, с одной стороны, клинической конкретикой (видом) психопатии, с другой, её фазовыми характеристиками (компенсация, декомпенсация). Уровень (степень) декомпенсации (легкая, выраженная, тяжелая) отражает как количественная характеристика силу реакции и утрированно воспроизводит её конституциональную predisposition. Главными качественными характеристиками психопатии являются инфантилизм, спонтанно присутствующая и легко воспроизводимая интенция к противостоянию и противопоставлению, пассионарному преодолению и покорению значимых внешних средовых факторов, воспринимаемых как перманентный вызов, поверхностный уровень суждений и оценок, уплощенный и недостаточно дифференцированный морально-этический мотивационный компонент, предъявляемые совокупно с той или иной степенью своей выраженности. Эгоцентризм психопата ориентирует важные для него средовые раздражители в ракурс их чрезмерной персональной значимости, «с ходу» формируя нестойкие идеи отношения.

Лабильность интересов и увлечений, низкая самодисциплина, безответственность, рентность, бескомпромиссный гедонизм, неискренность, склонность к насильственным формам форсированного преодоления преград и неудержимому давлению для получения немедленного результата в достижении потребности — качества, отражающие психическое недоразвитие. Преодоление собственных персональных проблем и осознаваемых как таковые на уровне адекватного самоанализа, востребующее необходимое качество психической организации, для психопата не характерно. Это можно видеть даже у шизоидов и ананкастов. Здесь всегда превалирует один и тот же, отчетливо понятный, жестко ориентированный и отличающийся малой вариабельностью способ разрешения возникающей ситуативной проблематики посредством безусловного делегирования её вовне, а также легко прослеживается четкий экстравертивный компонент в непосредственном процессе её переадресации.

Наряду с психической незрелостью (следствие дизонтогенеза) и ослаблением уровня дифференцировки психопат, в целом, лучше (в сравнении с представленными выше патологическими структурами) адаптирован к многообразию средового фактора. Одна из важных функций психопатии — способность к корригирующему обучению и усвоению нового опыта. Это обучение, однако, для психопата всегда носит некие экстремальные формы и детерминировано извне. Собственные интенции здесь, как правило, отсут-

вуют. Несмотря на относительную сохранность интеллектуальной функции, чрезмерная подвижность и неустойчивость психических процессов с их легкой декомпенсацией находят свое выражение в несбалансированности эмоционального реагирования, общей поверхностности ситуационного анализа, трудностях приобретения и накопления опыта, снижении критики. Все эти дисфункции кристаллизуются в фазе декомпенсации, проявляясь в своем максимальном выражении.

Психопаты, в целом, плохо приспособлены к креативной и активной творческой деятельности, тем более — в её устойчивых, высокодифференцированных и континуальных формах, требующих максимальной концентрации и самоотверженности. У них наблюдается *извращенная интенция*, имеющая своей главной predisпозицией эгоистические мотивации. Им, поэтому, для достижения собственного успеха (функция покорения) в большей степени свойственна склонность к разрушению, дестабилизации и неспецифическому деструктивному влиянию на окружающую ситуацию и процессы, в ней происходящие. Созидательная активность у них может присутствовать либо в декларативных, либо в неких неестественных и даже насильственных формах, что требует слишком больших ресурсных затрат (страдания) со стороны окружения и лишь подчеркивает креативную дисфункцию психопата. Вместе с тем, необходимость адаптации вынужденно включает филогенетически более древние (атавистические) формации реагирования — возбудимость, экстраверсию, эффективно помогающие реализовать примитивные манипулятивные механизмы средового покорения, доминирования и эксплуатации. Психопатам в значительно большей степени, нежели процессуальным больным, присуща живость и откликаемость психического реагирования в ответ на внешний раздражитель. Это можно видеть также у шизоидов, эпилептоидов и паранойяльных личностей. Психопат, вследствие недостаточности собственного адаптивного ресурса, в полной мере зависит от состояния средовых параметров, которые, в конечном счете, определяют направление и динамику развития его личности (заострение психопатии или достижение устойчивой компенсации). Мотивационный фактор психопата из-за неспособности быть представленным в высших своих ипостасях, жестко фиксирован на уровне обозначения собственных и вполне эгоистических потребностей. Для достижения относительно компенсированного сосуществования с внешней средой психопат постоянно нуждается во внешней коррекции.

Таким образом, общие характеристики психопатического уровня предопределяют определенный ком-

муникативный стиль, где вполне примитивно происходит своеобразная гармонизация вербального и невербального коммуникативных параметров в обеспечении интерактивного взаимодействия психопата с внешней средой. Здесь можно наблюдать идиоматизацию речи и жаргон, которые, схематизированно выполняя адаптирующую функцию, ориентированы на реализацию отмеченных выше тенденций покорения и доминирования. Вместе с тем, они также на примитивном уровне выполняют необходимую объединяющую функцию (сепаративное группирование и негативистическое противостояние), наскоро конструируя несложный механизм идентификации по модели «свой—чужой». Проксемика и кинесика при психопатии демонстрируют утрированную гиперфункцию, призванную усилить компонент экстраверсии (в том числе, парадоксальная экстраверсия шизоидов), в особенности же, демонстративность психопатов-истериков. Пропорция вербального и невербального параметров коммуникации здесь смещается в сторону относительно малодифференцированного и упрощенного невербального компонента. Все эти элементы присутствуют, в сравнении с вышеописанными патологиями, в значительно более разнообразной палитре и проявляются в более широком диапазоне. Они достаточно гибко и четко отображают внешнюю ситуацию, определяя детерминированный характер реагирования психопата.

Дифференциально-диагностические затруднения могут иногда возникать по причине рассмотрения не синдромального, а симптоматического клинического оценочного уровня, когда формируется схожий внешне перечень признаков. К этому перечню могут относиться довольно общие клиничко-психологические характеристики: вспыльчивость, невнимательность, неприязнь, самоуверенность и высокомерие, нервозность, надменность, нетерпеливость, лицемерие и т.п. Несложно заметить, что эти признаки можно отметить как у психопатов, так и у аддиктов. Это, по большей части, вводит в заблуждение поверхностно мыслящих клиницистов, полагающих, что все без исключения больные наркоманией демонстрируют «не наркоманию», а некое патологическое развитие личности, в рамках которого присутствуют характерные для хронического пьянства (не только алкогольного, но и наркотического) токсикологические нарушения. При наркомании данная широко распространенная версия «заострения» преморбидных особенностей на фоне хронической интоксикации ПАВ, отражающая токсико-психологическую парадигму наркотизма, не выдерживает критики, с точки зрения канонической психопатологии.

Это в полной мере относится к рассматриваемому в настоящем материале аспекту коммуникативной дисфункции. В дебюте наркомании и на её манифестном этапе, в отличие от психопатии, процесс коммуникации уже избирателен. Общение между аддиктами одной нозологии демонстрирует удивительный синергизм и высокое качество обмена информацией, что является естественным отображением психопатологической активности наркодоминанты. У психопатов подобная доминанта отсутствует по определению. Именно поэтому здесь нет коммуникативной избирательности. У них, наоборот, значительно больше интерперсонального, нежели синергизма (конкуренция за ареал покорения). Наркоману покорять некого. Ему необходимо обеспечить лишь бесперебойную функцию собственного аддиктивного континуума. Поэтому на фоне нарастающей его замкнутости и закрытости начинает прогрессировать своеобразная наркоманическая *манипулятивная рентность*, клинически отличающаяся от психопатической личностно-средовой адаптации кардинально.

Уязвимость психопатии по отношению к любым средовым патогенным проявлениям, в том числе в форме легко возникающего злоупотребления ПАВ и ПАД, общеизвестна. Аддиктивная патология у психопатов протекает разнообразно и может быть представлена как поведенческий симптомокомплекс, отражающий личностно-средовую дисфункцию декомпенсации психопатии (импульсивность и расторможенность влечений), так и комплектно сформированный клинический набор, характеризующий аутохтонно присутствующее аддиктивное заболевание. Как становится отчетливо видно, простая констатация «синдрома зависимости» здесь не дает возможности клиницисту более точно и четко разобраться в особенностях наблюдаемой клинической картины, что ведет к путанице, субъективизму, неубедительности терапевтической аргументации и т.п. Анализ коммуникативной функции позволяет улучшить клинко-психопатологическое качество диагностического процесса и помогает осуществлять практическую дифференциальную диагностику, разделяя на клиническом уровне приоритеты личностно-средового детерминизма и психопатологических характеристик процессуального заболевания. Это особенно актуально для диагностики аддиктивной болезни, протекающей как эндоформный психопатологический процесс.

При *неврозе* процесс коммуникации определяется характером невротических навязчивостей. Невротическая личность демонстрирует специфическую обнаженность, стремление «выговориться» и получить адекватную эмоциональную поддержку. Невротики, с учетом особенностей их эмоционального (субдепрес-

сивного) статуса, склонны к избирательной коммуникации. Они активно ищут собеседника, который примет участие в их проблемах, охотнее общаются с людьми, способными их выслушать и понять, и, наоборот, закрыты к общению в противоположных ситуациях. Поиск патернализма (по-видимому, не имеющего клинического сходства с проявлениями рентности аддиктивных больных) у невротиков востребует особые механизмы общения, где вербальный компонент безусловно и утрированно доминирует над невербальным (что можно наблюдать и при истеро-неврозе, но лишь с более экспрессивной экстра- и паралингвистикой). Вероятно, именно во многом данным клиническим обстоятельством объясняется относительная популярность психоанализа при работе с невротиками. В силу своей эклектики, он способен актуально, интенсивно эксплуатируя образный компонент мышления, предъявить невротике магические формулы и мифологию выздоровления, которую страдающий навязчивостями больной охотно и безотчетно, на уровне слепого доверия, усваивает как определенный новый образ, устойчиво воспринимая его, в конечном счете, в виде терапевтической вытесняющей контрдоминанты.

Это — важный, на наш взгляд, дифференциально-диагностический критерий невротизма. Подобная техника, как показывает повседневный клинический опыт, к сожалению, абсолютно «не работает» при аддиктивной болезни, где активные болезненные формации, присутствующие на *неврозоподобном* уровне, но имеющие принципиально иную психопатологическую структуру и иной патогенетический сценарий, являя свой этапный процессуальный динамизм, неудержимо и быстро стремятся к переходу на следующий, более тяжелый психотический уровень. Такие молниеносные трансформации приходится наблюдать в особенности при злокачественных видах аддикции (опиоидная наркомания, злокачественно протекающая алкогольная аддиктивная болезнь и др.). Те эфемерные клинические победы, которые декларируют так называемые экспресс-методики («кодирование» и т.п.), на самом деле имеют место быть лишь в ситуации угасания активности психопатологии нарко- и токсикомании (дезактуализация аддиктивного доминантного психопатологического комплекса) по естественным механизмам периодического течения болезни (фаза ремиссии) или в связи с угасанием собственно аддиктивной болезни. Эти экспресс-методики (практически крайне слабо психопатологически разработанные и детерминированные, а потому присутствующие в клинике чаще на уровне некой самодеятельности) поэтому лишь фиксируют спонтанную клиническую ремиссию и «оформляют «билет» в трезвость» на уровне

простой договоренности врача и больного. Даже трезвость, вызванная жесткой депривацией ПАВ (запрет на прием ПАВ, подкрепленный «убедительной» аргументацией (миорелаксанты) и химическими средствами депривации — дисульфирам, налтрексон), как правило, существует весьма непродолжительно у аддиктивного больного, когда клинический аспект ремиссии адекватно не проработан.

Тем не менее, в наркологической практике иногда приходится наблюдать своеобразный «невроз трезвости», когда фрустрирующий запрет наталкивается на фазовую актуализацию наркодоминанты. В ситуации субъективной идеаторной равнозначности развивается их противостояние, и у больного, по классическому патогенетическому сценарию, формируется по факту коморбидный невроз навязчивостей, который требует своей особой диагностики и уникального подбора терапии. Простое «разрешение» принимать ПАВ (чаще алкоголь), чтобы как-то купировать ситуацию и возникающие у пациента проблемы, здесь зачастую может послужить фактором, лишь усугубляющим клиническую картину и привести к нежелательным последствиям.

Особняком в клинко-психопатологической картине аддикции стоят ситуации, так или иначе отображающие длительные (многолетние) ремиссии, которые, с точки зрения психопатологической оценки состояния наркодоминанты можно расценивать как фактическое прекращение аддиктивного заболевания и выход больного в некое, более или менее стабильное психическое состояние. Здесь отказ от ПАВ не просто декларируется, а реально присутствует. Психика индивида, перенесшего в свое время манифестную форму аддиктивной болезни, на этом этапе «постболезни» демонстрирует признаки аддиктивного дефекта и психоорганического синдрома (последствия хронической интоксикации) с астенией, лабильностью настроения и той или иной степенью когнитивного снижения. В наиболее благоприятных ситуациях эти проявления достаточно компенсированы и человек возвращается в социум «без потерь». В ряде ситуаций, относящихся к категории более проблемных, можно отметить феноменологически два условных сценария определенной психической нестабильности.

Первый связан с постоянным опасением переболевшего аддикта вновь вернуться в состояние болезни. На этом фоне может развиваться характерная постаддиктивная картина невроза навязчивостей, где они фабульно комплектуются именно «страхом вернуться в болезнь». Клиника здесь может быть довольно выраженной. Здесь зачастую требуются довольно активные психотерапевтические мероприятия.

В другой ситуации «бывший аддикт» становится не просто апологетом трезвости, но воспроизводит

это на сверхценном уровне. Он становится активным проповедником трезвого образа жизни, старается помочь «бросить пить», «принимать наркотики» всем членам своего микроокружения, пытается организовать лечение всем нуждающимся в этом. Подобную «сверхценную трезвость» мы относим к клинической категории довольно специфически представленного постаддиктивного стенического дефекта. Безусловно, степень его клинической выраженности и эмоциональной насыщенности варьирует от едва заметной до весьма яркой. Здесь часто актуален не только «органический фон», но и специфически воспроизводимая аффективно-идеаторная диссоциация с разбалансированностью четко структурированной идеаторики и её эмоционального резонансного отображения.

Клинический психопатологический сценарий развития аддиктивного заболевания на фоне невроза сегодня исследован пока не в полной мере. Это, однако, требует четкого понимания недопустимости какой-либо расширительной диагностики и невроза и проблем аддикции, выступающих в сочетании, поскольку разного рода спекуляций, претендующих, тем не менее, на роль квалифицированного клинического препарирования столь сложной проблемы, уже сегодня предостаточно. В их основе лежит слепое следование токсико-психологической парадигме, ограничивающее диагностические возможности психиатрического анализа и не позволяющее на должном уровне проводить комплексную и дифференцированную диагностику.

Таким образом, рассмотрев наиболее общие аспекты клиники основных психиатрических нозологий с позиции диагностической важности состояния коммуникативной функции, можно резюмировать следующее. Очевидно, что на основании изучения общих закономерностей формирования клинко-психопатологических проявлений коммуникативной дисфункции имеется возможность дальнейшей клинической разработки дифференциально-диагностических элементов, позволяющих провести уточнение клинических параметров конкретного психического заболевания. Расстройство коммуникации, обусловленное психическим заболеванием, отражает его синдромологию и все основные компоненты: сенсорный, идеаторный и моторный. Именно в этом ключе коммуникативная функция может быть исследована психиатром. Здесь имеются серьезные перспективы плодотворной разработки динамического аспекта психопатологического процесса, т.е. возможность более полно и точно оценить его клинические этапы (дебют, манифест, исход), типологию течения (превалирование психопатологического или психоорганического сценария развития болезни), формы злокачественности (характеристики прогрессивности).

В состоянии психической нормы вербальная и невербальная коммуникации гармонично сосуществуют одна с другой, дополняя друг друга и обеспечивая эффективность коммуникативного процесса. Психическое расстройство выявляет ту или иную степень расстройства данной гармонии. Следовательно, имеются достаточные основания говорить о важном дифференциально-диагностическом значении нарушения процесса коммуникации, которое требует своего клинического описания и феноменологического препарирования также при аддиктивной патологии. По характеру возникающих искажений можно оценить клиническое своеобразие психической патологии, возникшей как результат аддиктивной болезни, уточняя её клинико-патогенетический сценарий и нозологическую специфику. Согласно проанализированным выше закономерностям развития психической патологии, высвобождение филогенетически более древних механизмов психической жизни — свидетельство поступательного (прогредиентного) движения патологического процесса от его дебюта и манифестации к исходному состоянию в форме дефекта. Несмотря на то, что злокачественно протекающее психическое заболевание серьезно нарушает оба вида коммуникации, вербальный уровень при этом страдает заметнее, поскольку, будучи более сложным образованием, в конечном счете, более уязвим для болезненной деструкции.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии. — М.: Имидж, 1994. — 286 с.
2. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология // Логос. — 1992. — №3. — С. 125—136.
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. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. — М.: Медицина. — 1984. — 288 с.
7. Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М. (редакция). Клиническая психиатрия/ Пер. нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 832.
8. Зиновьев П.М. Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления. — М.: МЕДпресс-информ. — 2007. — 208 с.
9. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику/ Пер. с нем. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 493 с.
10. Кургак Д.И., Благов Л.Н., Бохан Н.А. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия). — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2007. — 167 с.
11. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 т. — М.: Медицина, 1999.
12. Ясперс К. Общая психопатология/ Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — С. 1053.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF COMMUNICATIVE DYSFUNCTION IN PSYCHOPATHOLOGY

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

At present time it's commonly attach theoretical importance psychic disorders based on biochemical agents disturbances. However, up to now any exact data to prove main psychic functions determinism by well known biochemical reactions are absent. So, it is possible to understand and investigate psychic disorders throw comparative analysis of phylogenetic and ontogenetic parameters. It makes possibility to understand main trends of psychic disorder and it nosological specificity.

Key words: psychopathology, addictive pathology, communicative dysfunction,