

Психопатология коммуникации при аддиктивном заболевании (на клиническом примере опиоидной наркомании)

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркомании и токсикомании ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Психопатологическая оценка психического статуса аддиктивного больного позволяет выявить и описать специфические нарушения его коммуникации как определённые структурно-динамические проявления психопродуктивного и негативного спектра. Опиоидная наркомания является адекватной клинической моделью, демонстрирующей основные тенденции формирования коммуникативной дисфункции при злокачественно протекающем аддиктивном заболевании. Её выраженность является одним из индикаторов прогрессивности эндоформного патологического процесса.

Ключевые слова: коммуникация, психопатология, аддикция

Психопатологическое изучение особенностей коммуникации при опиоидной наркомании позволяет выявить и идентифицировать основные клинические параметры коммуникативной дисфункции у исследуемой категории больных. Эти параметры проявляются на уровне психопатологической статусной конкретики (структура расстройства) и характеризуют её динамическую трансформацию, отражающую этапную динамику психопатологического процесса с нарастанием уровня психического поражения. Здесь наряду с усугублением психопатологической картины, представляющей психопродуктивный пул формирующих аддиктивный доминантный психопатологический комплекс расстройств [3, 4], происходит утяжеление патологических механизмов воспроизводства психопатологии, а также нарастание расстройств негативного спектра (психический дефект наркомана, психоорганический синдром, психический регресс аддиктивного больного). Здесь также есть возможность проследить специфику нарастающего расстройства на уровне всех основных психических функций: сознания, мышления, волевой, интеллектуально-мнестической, аффективной, поведенческой.

С учётом известных на сегодняшний день клинических характеристик тяжести психического заболевания (наркомании) отсутствует необходимость экстраполировать весь наблюдаемый спектр психических нарушений в категорию расстройства и динамики личности, поскольку нозологическая специфика опиоидной наркомании проявляется характерной и идентично узнаваемой картиной вне зависимости от характеристик преморбиды. Кроме того, специфическая дисфункция мышления при активно протекающей опиоидной наркомании — главный психопатологический критерий наркомании — предъясняет сверхценный и паранойяльный свой уровень (синдромы аддиктивного доминантного психопатологического комплекса [3, 4]), что ни при каких обстоятельствах не может психо-

патологически интерпретироваться как динамика преморбидной личности, поскольку в преморбиде опийной наркомании данный тип акцентуации и психопатии практически отсутствует [2]. Этот факт лишь подтверждает известные клинические наблюдения [9, 12], что формирование паранойяльной структуры личности (клиническое оформление паранойяльной психопатии) происходит лишь к третьему десятилетию жизни индивида, в то время как дебют наркомании (включая донозологический этап) происходит, по крайней мере, на 10—15 лет раньше. Кроме того, в преморбиде опийной наркомании весь спектр выраженных акцентуаций и психопатий, среди которых преобладают истеро-возбудимые варианты, а также неустойчивость и выраженный психический инфантилизм, занимает никак не более четверти всех дебютов [2]. Психопатология коммуникации опийных наркоманов как клиническая оценочная категория, таким образом, демонстрирует свои существенные феноменологические отличия именно в логике эндоформной процессуальности наркомании и выходит за рамки клинических проявлений акцентуата и психопата.

Фазовые особенности психического статуса, поведения и коммуникации больных с опийной наркоманией, отражающие характеристики опийного опьянения и синдрома отмены опиатов, в специальной литературе описаны давно и подробно [2, 10, 11]. Поэтому значительно более важными сегодня представляются клиническое описание и квалификация коммуникативных нарушений у опийных наркоманов, отражающие системный уровень исследуемой патологии и динамически представляющие всю палитру наблюдаемых психопатологических расстройств в едином ключе. Речь идёт об этапах аддиктивного заболевания (дебют, манифестация, исход), что отражается уровнем психического поражения при наркомании (неврозоподобный, психотический, психоорганический) и характеристиками основных механизмов воспроизводства психопато-

логии (обсессивный, компульсивный, наркоавтоматизм, наркостереотипия). Именно такой подход даёт возможность применения выявленной клинической атрибутики коммуникативной дисфункции при данной патологии в качестве важного элемента психопатологической и дифференциальной диагностики.

Ниже представлены некоторые клинические наблюдения, позволяющие рассмотреть наиболее важные аспекты психопатологии коммуникации при опиоидной наркомании, что можно рассматривать как некий начальный этап изучения важной клинической проблемы. Описывая особенности коммуникативной дисфункции наркологического больного, мы, полагая клиническую наркологию перспективной психиатрической субспециальностью, стремимся более прицельно обозначить и наметить конкретику основных направлений дальнейших дифференцирующих и уточняющих исследований.

Клинические особенности и анализ психопатологической картины коммуникации при аддиктивном заболевании

С учётом особенностей пропедевтики аддиктивного заболевания, включающей основные параметры диагностики на частном клиническом уровне, необходимы идентифицирующее клиническое описание и психопатологическая квалификация главных элементов коммуникативного процесса, с точки зрения выявления закономерностей их патологической дисфункции. С этих позиций исследуются параметры вербальной и невербальной коммуникации, отображающей при аддиктивном заболевании как психопродуктивную (позитивную), так и негативную психопатологическую картину. Здесь имеется возможность также проследить клиническую динамику аддиктивной болезни (опиоидной наркомании) со сменой этапов психопатологического процесса и уровней психического поражения, которые ранее были представлены при описании других важнейших компонентов аддиктивного доминантного психопатологического комплекса [3].

Характеристики процесса коммуникации при аддиктивном заболевании (опиоидной наркомании) включают его формальные различия не только и не столько как особенности «фазового исполнения» (фаза опьянения, синдрома отмены, становления ремиссии и клинической ремиссии), где всё равно, так или иначе, можно наблюдать постепенную нивелировку этих различий и определённую унификацию самой коммуникативной процедуры. В значительно большей степени интересны именно базовые статусные характеристики, формирующие непосредственно коммуникативные процессы наркомана и определяющие все их важнейшие качественные параметры — именно на «этапном» представлении психопатологического процесса. Эти параметры воспроизводятся, в целом, дифференцированно по двум главным ли-

ниям: «аддикт — здоровый» и «аддикт — аддикт». Оба эти сценария демонстрируют свою специфику. Последний, кроме того, проявляет особый нозоспецифический эффект, поскольку (и это хорошо знакомо любому наблюдательному практикующему клиницисту-наркологу) общение опийных наркоманов в своём кругу резко контрастирует с общением тех же наркоманов с больными, страдающими, к примеру, алкогольной аддикцией. Происходит своеобразная сепарация этих нозологических групп, их особое фракционное разделение, когда между ними расстраивается не только продуктивная коммуникация, но «не работают» даже «заражающие» механизмы обоюдной активной индукции! Они как будто взаимно нейтрализуют друг друга. Это, между тем, вполне естественно, если принимать во внимание нозоспецифичность каждой самостоятельно присутствующей в природе аддикции психопатологической основы (взаимное отторжение и своеобразный конфликт паранойяльных доминант «в борьбе за первенство»). Здесь отсутствует синергизм патологий и, вследствие антагонизма доминант и характерного симптоматического проявления — негативизма (волевое нарушение), являющегося одновременно и симптомом паранойяльной идеаторики, практическая коммуникация реализуется на значительно более простом уровне *ситуативного провоцирующего поведения*, не обладающего деструктивными возможностями психопатологической индукции. Именно по этой причине на поверхности в качестве реального результата такой коммуникации оказывается схематизированно упрощённая пара «средовой раздражитель — реакция», проявляющаяся в строгом соответствии с запрограммированным конкретной патологией характером ситуативного реагирования.

Это — интересное клиническое явление и поучительный пример из практики, заставляющий уделять психопатологическому аспекту в аддиктологии повышенное внимание и точнее определять его главенствующую роль в клинической диагностике. Подобные примеры выступают как противовес механистическому психологизму, ненужному и попросту чуждому точным дифференцированным и технологичным клинко-психопатологическим построениям. Иллюстрацией сказанного может служить часто встречающийся в дискуссиях тематический блок, определяющий некоторые процедурные параметры организации лечебного процесса аддиктивных больных, когда многие недостаточно квалифицированные специалисты полагают совместное пребывание наркоманов и алкоголиков в одном больничном наркологическом отделении недопустимым не по причинам потенциальных режимных нарушений (конфликт и «несмешиваемость» нозологий), но по причине того, что «наркоманы научат алкоголиков принимать наркотики»! Эти опасения, между тем, не имеющие внятного теоре-

тического базиса и, что вполне естественно, давно опровергнутые клинической практикой, очевидно несостоятельны, поскольку сам предмет обсуждения здесь демонстрирует прецедент недостаточно «уважительного» отношения к психопатологии аддиктивного заболевания и необходимость более полного и подробного изучения её закономерностей.

Итак, при организации и непосредственном осуществлении коммуникативного процесса у больных с патологической аддикцией (опиоидной наркоманией), можно фиксировать все основные элементы, присущие нормальной его организации. Общение аддиктивных больных задействует каналы активного и пассивного информационного транспорта. Здесь также прослеживается необходимость *интерактива*, обеспечивающего адекватный отклик и взаимодействие участников коммуникативного процесса для обеспечения оптимальной перцепции (восприятия) и усвоения информации. При этом коммуникативное поведение наркоманов отличается не только от такового при психическом здоровье, но может и должно быть дифференцировано с другими психиатрическими нозологиями. Это, в первую очередь, обусловлено привнесением особых, характерных для болезненной аддикции психопатологических элементов на уровне симптоматики и синдромологии, с формированием новых болезненных механизмов психического реагирования и воспроизводства психопатологического субстрата аддиктивной болезни.

В процессе развития аддиктивного заболевания клиницист имеет возможность наблюдать становление вполне специфического «аддиктивного» комплекса вербально и невербально оформленного целеполагания (достижения цели). Данный феномен реализуется не только как особая психологическая коммуникативная стратегия, характеризующая актуальность влечения к наркотику. Для клиники это не должно становиться предметом какой-либо серьёзной дискуссии в силу именно недостаточности аргументации, упрощённого симптоматического понимания явления, демонстрируемого методологически лимитированными возможностями психологии в психиатрической клинике (об этом сказано выше). Несомненно, что имеется настоятельная потребность нозологического изучения и препарирования данного комплекса у аддиктов по схеме пропедевтики аддиктивного заболевания (фаза, этап (уровень поражения, дихотомия «психопатологическая активность-дефект»), тип, клинический вариант течения), с отражением всех компонентов болезни «позитивного» и «негативного» спектра. Только такой подход имеет адекватное и очень важное диагностическое значение, поскольку жёстко фиксирует клинические различия как со здоровыми, так и при оценке других психических патологий. Клиницисту важно понимать и исследовать эти аспекты как подробно описываемые и

качественно идентифицируемые смысловые клинико-психопатологические квалификации. Понятно также, что это — предмет многомерного и лонгитудинального клинического исследования, которое требует своего осуществления, что называется, не откладывая в долгий ящик.

Рассмотрим несколько позиций, представляющих, на наш взгляд, достаточный диагностический интерес. Выделяемые психологами виды общения — «деловое» и «личностное» — в норме достаточно чётко разделены. При развитии аддиктивной патологии, в особенности на фоне злокачественного её течения, можно наблюдать своеобразный их дисбаланс. Фактически можно отметить довольно жёстко проявляемый у наркоманов перекоп в сторону «личностного» общения, которое, в порядке компенсации, берёт на себя функцию делового. Таким образом, наблюдаются нарушение изначальной гармоничной коммуникативной структуры и смещение её элементов. Это, с одной стороны, проявление сверхценного и паранойального уровней психического функционирования больного, с другой, — один из параметров многократно отмечаемой деградации и десоциализации аддиктивного больного, наиболее интенсивно проявляющихся именно при наркомании. В наших клинических интерпретациях подобный симптоматический элемент становится общим для описываемого ниже *синдрома коммуникативной дисфункции аддиктивного больного* и гармонично входит в структуру *синдрома рентности и манипулятивности аддикта*, формируя зону их клинического сопряжения. Он несет в себе, поэтому, качество и психопродуктивного, и негативного компонентов протекающей процессуально аддиктивной болезни. Негативный, формируя параметры дефекта и психоорганического снижения, относится к категории *регрессивной синтонности наркомана*.

Коммуникативный процесс, как уже отмечалось, обеспечивается определённой пропорцией вербального и невербального общения. Психологи, применяя свой измерительный инструментарий, показывают, что «в норме» этот процесс лишь не более чем на 10% обеспечивается вербально, на все остальные виды коммуникации падает до 90% транслируемого информационного потока (40% — голосовые интонации и модуляции, 60% — через мимику, позы, жесты). Необходимо, однако, заметить, что именно психическая норма (ясное сознание) [4], несмотря на «количественное» преобладание невербального компонента, востребует и эксплуатирует в значительно большей степени эффективно высокодифференцированный *вербальный* («качественный») компонент, отражающий на уровне смысловой речи как основные характеристики (*логический и образный компонент*) мышления индивида, а также состояние *интеллектуальной* и в

определённой степени *волевой* функций. В равной мере и с такой же оценкой максимальной информативности и эффективности можно характеризовать *невербальный компонент* коммуникации в рамках психического здоровья. Невербальное общение отображает в большей степени *чувственный* компонент мышления, *эмоциональные* и, также в определённой мере — *волевые* параметры психики. Речь идёт именно о *качестве* коммуникативной функции, более дифференцированно обеспечиваемой благодаря вербальному компоненту. Можно констатировать, без риска серьёзно ошибиться, что у психически здоровых людей параметры (элементы, компоненты) невербальной коммуникации находятся на более высоком исполнительском и структурированном уровне (гармония здоровья).

Психическое заболевание, изменяя это качество, выводит саму коммуникацию душевнобольного на новый уровень, где наблюдаются искажения, диспропорции и утрата качества здоровой функции. Это в полной мере касается и вербальной, и невербальной коммуникации. Мы об этом говорили ранее в материале, описывающем характеристики доступности при психическом заболевании, в целом, и при аддиктивной патологии, в частности [5]. Психиатрами давно подмечено: важно не *что* говорит больной, а *как* и *кому* он это говорит. Психическое расстройство нивелирует функцию ситуативного детерминизма общения. Чем более глубокое это нарушение, тем в меньшей степени коммуникативный процесс детерминирован средовыми факторами и всё более определяется качеством (синдромакомплекс) и природой (нозологией) психического заболевания. Таким образом, используя оценки ситуативного коммуникативного детерминизма, можно эффективнее осуществлять нозологическую дифференциальную диагностику и точнее определять динамический уровень психического поражения.

При клиническом обследовании больных, страдающих опиоидной наркоманией, можно увидеть определённый таксис пропорции вербального и невербального компонентов в сторону постепенного функционального превалирования невербального компонента. Вполне естественно, что данное явление наиболее заметно проявляется при активизации характеристик наркоманической доминанты, клинически реализуемой как симптоматика патологического влечения к наркотикам. На начальных этапах болезни смысловая речь, оперирующая обычным словарным набором (с относительно незначительной долей слэнга), является вполне достаточным инструментом, необходимым для получения наркотика и обеспечения процесса наркотизации. По мере утяжеления болезни всё большее значение приобретают невербальные приёмы: жестикуляция, мимика, моторика. Смыслы начинают изобиливать

жаргонизмом, своеобразной экспрессией, дополняемой соматовегетативными знаками интоксикации и синдрома отмены, которые сами по себе информативны и несут особый смысл для коммуникативного партнёра. Постепенно в употреблении всё чаще начинает фигурировать своеобразный наркоманический жаргон, демонстрирующий некие *ключевые слова*, обозначающие наркотическое вещество, являющееся предметом вожделения («трава», «план», «грев», «ханка», «гера», «герыч», «кокс» и мн. др.), а также характеристики тех или иных сопутствующих хронической наркотизации обстоятельств («ломка», «кайф», «зависнуть», «дунуть» и т.п.). Эти ключевые слова несут для человека в теме основной информационный потенциал, они сразу понятны и вызывают автоматически всю гамму чувств «осознания» и «понимания» зашифрованного смысла. Понятно, что «терминологическое творчество» наркомана, демонстрируя довольно большое, но, всё же — в определённых пределах — разнообразие, продуцирует множество клишированных словесных обозначений одного и того же предмета, явления и понятия. Они быстро и легко, без какого-либо оспаривания приоритетности или критической уточняющей переработки, автоматически принимаются «аддиктивным сообществом», органично входят в повсеместный наркоманический обиход. Существуют даже специальные словари наркоманического слэнга, демонстрирующие (явочным порядком) определённый «культурный аспект» наркотизма. Кстати сказать, для целей психиатрической клиники, изучающей аддиктивную патологию, такие справочники сами по себе, в целом, малоинтересны и являют собой довольно банальный аспект обычного, но с претензией на некую сенсационность, коллекционирования. Для целей пропедевтики вполне достаточно иметь представление о наличии тенденции к образованию неологизмов при аддиктивной болезни, понимать механизмы аддиктивной ментальности и законы болезненного наркоманического смыслообразования, понимая также, что всё это серьёзно характеризует данное заболевание как злокачественный психопатологический процесс. Последний нивелирует разнообразие словарного запаса подростка и психопата, выводя на фоне развивающейся клинической картины аддиктивного заболевания из преморбидного множества личностных особенностей и соответствующего им многообразия вербалистики, в конечном счёте, единый язык коммуникации аддикта, нозологически специфический, но имеющий сходные (клинические) механизмы своего образования и становления (детерминированные на синдромальном уровне наркомодоминантой). В любом случае, коммуникация наркомана, становясь патологической, в своей первооснове направлена на эффективное достижение потребности в интоксикации, с одной стороны, с другой, —

в маскировке этой манипуляции и собственно наркоманического поведения (что в итоге реализуется в клинике аддиктивной болезни как *конспиративное поведение наркомана*). Здесь — истоки феноменологии изначального группирования наркоманов, объединённых единым смыслом, отображаемым спецификой коммуникации на уровне группы, с постепенным сепарированием и вначале даже элементами активного противопоставления (негативизм) «корпоративной аутизации» внешнему социуму, но с последующим (на фоне прогрессирующей аутизации) уходом к микрогруппе и, в конечном счёте, нарастанию паранойяльной конспиративной составляющей — к одиночному существованию в двух параллельных мирах: в аддиктивном пространстве (виртуальный по сути, но для болезни — абсолютно реальный, аутистический мир наркомана), и в реальном социуме (формальное пребывание). Последний требуется наркоману как реально и бесперебойно функционирующий источник наркотиков, поскольку «мир фантазий» наркомана, жёстко психопатологически оформленный в структуру наркоманической доминанты, нематериален, а наркотик как ежедневный и постоянный атрибут наркоманического автоматизма абсолютно материален. На манифестном этапе болезни этот материальный фактор, а также средства его получения становятся практически единственной нитью, удерживающей больного в материальном мире и социуме, несмотря на то, что основная часть его патологически *изменённого сознания* находится в окружении виртуальных образов болезни и в непрерывном контакте с ними. (Речь здесь, понятно, не идёт о синдромах *помрачённого сознания*). Тем не менее, это специфически изменяет коммуникацию наркомана, что, в целом, довольно несложно можно отследить по внешним признакам болезненных наркологических проявлений. По мере приближения к исходу аддиктивной болезни наркоидеология постепенно тускнеет, начинает неизбежно разрушаться, приобретая вычурные формы, воспроизводимые стереотипно уже дефектной идеаторикой «старого наркомана», а сама интоксикация, становясь формой стереотипии, уже безразлична к достижению эстетики и качества кайфа и превращается в банальное *регрессивное насыщение* (полинаркотоксикоманическая рауш-интоксикация).

Поскольку невербальная коммуникация опосредует преимущественно чувственный компонент мышления, которое у аддиктивных больных доминирует в период пиковой актуализации аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (что часто обозначается как актуализация патологического влечения к интоксикации) — это может служить диагностическим индикатором не только фазового усиления активности доминанты, но и, в целом, становится реальным диагностическим элементом *манифестного этапа аддик-*

тивной болезни. Другая оценочная часть динамики невербального компонента коммуникации апеллирует к снижению функциональной активности коммуникативного процесса. Здесь, как при психическом расстройстве, включая психический дефект и регресс, так и при врождённом недоразвитии психики отмечается тенденция ухода к архаизму мышления.

Понятно, что чувственный компонент мышления, детерминированный во многом состоянием эмоциональной функции психики, более инертен в отношении своей патологической динамики в сравнении с логическим и образным компонентами. Такое понимание проблемы, как мы отмечали, может быть рассмотрено и проанализировано в соотнесении с особенностями психической функции и понятным «культурным недоразвитием» так называемых замкнутых этносов (представленное выше в иллюстрации П.М. Зиновьева мышление дикаря). Психологически считается доказанным, что эмоции и их проявления у представителей диких племён такие же по своему качеству, как у современных «высокоразвитых» урбанизированных этносов [1, 8]. Известный современный американский психолог Пол Экман [13], проводя исследование на представителях племён Новой Гвинеи, выявил 6 основных эмоций: счастье, грусть, гнев, отвращение, страх, удивление. В его психологических экспериментах показано, что *мимические* стереотипы выражения главных эмоций являются врождёнными. По сути, они универсально отображают эмоции человека вне зависимости от уровня его развития и состояния интеграции психической функции.

Тем не менее, психиатрия, опираясь на клинко-динамическое описание психопатологических синдромов, способна чётко дифференцировать качественные и количественные проявления эмоциональной активности (аффекты) и выявлять клинические ситуации рассогласованного (парадоксального) эмоционального (в том числе на уровне мимики и общей моторики) выражения. Примером этого являются так называемые смешанные состояния [7] при маниакально-депрессивном психозе (сегодня это называют «биполярным расстройством»), «улыбающаяся депрессия», кататонический синдром, картины параноидного и парафренного бреда, выраженные проявления шизофренического дефекта (апатический компонент аутизма, гипомимия и парамимия). Описываемое нами «конспиративное поведение» наркомана [3, 4] также демонстрирует, помимо избирательности коммуникации наркомана, особый тип его эмоциональной жизни, определяемый как фазовыми «эмоциональными выбросами» и predisпозициями [2] с благодушно-радостным настроением в опьянении, тревогой, дисфорииоподобным реагированием в период острых проявлений абстинентного синдрома и астено-апатической субдепрессией в фазе ста-

новления ремиссии, так и собственно устойчиво сложившимися психопатологическими характеристиками основных функций его психики. Аффективные нарушения здесь практически уже мало соответствуют мимической экспрессии. Здесь легко можно увидеть их характерную рассогласованность и дисгармонию. При манипулятивном поведении мимика и жестикация наркомана может вообще демонстрировать несоответствующий и даже парадоксально-противоположный реально присутствующему аффекту облик, проявляясь особой наркоманической вычурностью и даже манерностью, и попросту запутывать невнимательного или неопытного клинициста. Поэтому простые лабораторные психологические измерения здесь требуют серьёзной корректирующей поправки именно при их интеграции в клинику и нуждаются именно в психиатрической интерпретации, серьёзной и квалифицированной.

Болезненное расстройство коммуникации аддикта как активная клиническая формация проявляется своеобразным *символизмом*. В процессе развития психического заболевания происходит формирование не только определённой и своеобразной *аддиктивной эстетики*. Зарождение сверхценности и её постепенная трансформация в паранойяльный сверхценный бред такую внешнюю форму, как некий адаптирующий атрибут, настоятельно востребует. Вместе с тем, это — один из компонентов эссенциального расстройства мышления наркомана, неотъемлемая составляющая целостного идеаторного компонента аддикции. Яркой клинической иллюстрацией здесь может стать своеобразное терминологическое жаргонное определение необходимости сделать короткий перерыв в наркотизации, который становится больному наркоманией необходим по объективной причине «усталости» систем утилизации ксенобиотика (ПАВ) в результате хронической интоксикации. Эта процедура именуется наркоманом как необходимость «омолодиться». В этом жаргонном определении можно чётко определить смысл наблюдаемого явления. Психиатр сразу обращает внимание на отсутствие серьёзной значимости и осмысленной потребности прекратить наркотизацию именно у активно болеющего аддикта. Здесь выявляется истинный характер *критики* больного [4]. Выдаваемое за истинное желание лечиться по поводу наркомании, как это часто воспринимается клинически неопытными специалистами, на самом деле отображает как раз противоположное, характеризуя именно активность главных синдромов аддиктивного доминантного психопатологического комплекса, в симптоматическом проявлении которых наиболее серьёзное значение имеет специфическая аддиктивная патология мышления.

У аддиктов наблюдается не просто «наркоманическая ориентация» и «конкретизация» мышления, отра-

батывающие идеаторный компонент наркодоминанты. Здесь происходит трансформация чувственного компонента мышления, что сопровождается своеобразным изменением параметров коммуникации. На этапе психопатологической манифестации аддикции можно отметить активизацию невербального коммуникативного блока: наркоман демонстрирует автоматизацию кинесики и проксемики. При этом отмечается быстрая и однозначная трактовка поз, мимики, жестов, экспрессии, эмоций (напомним, что это так называемые старые коммуникативные функциональные элементы). У наркоманов, таким образом, они демонстрируют свою мощную «символизацию». Здесь имеется возможность дальнейшего изучения их динамической эволюции. Пока можно лишь отметить, что, приобретая в психомоторной организации аддиктивного больного важность символа, эти элементы, неся особую аддиктивную смысловую нагрузку и значение, тем самым становятся важными элементами и диагностическими признаками наркоманического бреда.

На этапе *аддиктивного дефекта*, присутствующего в структуре аддиктивной болезни как нажитая инвалидизация и результат эндоформного процесса, символизм присутствует всё более утрированно, предъявляя довольно вычурные композиции примитивных неологизмов. Этот клинический пассаж здесь уже становится коммуникативным выражением *регрессивной синтонности наркомана* и клинически безусловно отличим от шизофренических аналогов. По мере нарастания истероформного компонента дефекта наркомана символизм проявляется всё более утрированно, утрачивает свою первоначальную «нарко-эстетическую убедительность», красочность и постепенно деградирует вместе с угасающей аддиктивной болезнью.

Аддиктивное заболевание, специфически изменяя психическую активность, позволяет отметить у наркоманов и алкоголиков и другие коммуникативные особенности. Это относится к особенностям фразеологии, появлению специфического аддиктивного жаргона. Его отличают оригинальная образность в сочетании с примитивизмом образного наполнения и прямолинейностью идеаторики. Важным элементом коммуникативного процесса аддикта является *манипулятивность*. Манипулятивная функция становится характерным элементом психического статуса наркологического больного, обретая целостную формацию специфического для патологической аддикции *синдрома* [3]. Между тем, манипулятивность, присутствующая в рамках психологической нормы или на конституциональном уровне (достигающем степени акцентуации или психопатии), предполагает чёткую возможность своей осмысленной и гибкой вариативности. Даже у демонстративных психопатов она, определяя характерно востребованную эффективность коммуникации,

является стационарной характеристикой и истощается функцией покорения и преодоления. У аддитивных больных она обладает динамикой, в конечном счёте, демонстрируя свою постепенную примитивизацию, выхолащивание сочности красок и снижение уровня убедительности. Закономерно наблюдается постепенная её автоматизация и стереотипизация, ведущая, в конце концов, к функциональной дискредитации «эффективного добытчика и исполнителя» наркотической интоксикации. Она демонстрирует контекстное обеднение не только по механизмам исполнения, но и по содержанию.

По мере нарастания тяжести аддитивной болезни характерно видоизменяются голосовые модуляции и интонации, «обслуживающие» патологическую манипулятивность наркомана. Они логично вписываются в клиническую динамическую картину основных синдромов наркодоминанты, соответствуя фазе и уровню психического поражения (этапу аддитивной болезни). От «требующих», «плачущих», «скулящих-жалобных» они, постепенно лишаясь своего наркоманического своеобразия, всё больше становятся холодными, автоматизированными, ходульными, формальными, клишированными, лишёнными модуляции и экспрессии. Здесь наблюдается чёткое их соответствие уровневой идеаторике и характеру её эмоционального сопровождения. Можно также отметить их определённую нозологическую унификацию (алкоголики, опийные наркоманы, гашишные наркоманы). Мимика, жестикуляция — бросается в глаза их своеобразие. Можно отметить диссоциацию предъявления доминантных потребностей (с их безусловной актуальностью) с фактическим характером демонстрации выразительной экспрессии, обеспечивающей данное предъявление в зависимости от уровневого состояния ведущего психопатологического механизма (обсессия, компульсия, автоматизм).

Коммуникация аддикта (наркомана) от одного этапа аддитивной болезни к каждому последующему её этапу всё более перестаёт быть обдуманной и избирательно-установочной (контролируемой). Она всё более становится неосознаваемо-инстинктивной и автоматизированно-естественной («болезненная гармония»), подчинённой основному действующему психопатологическому механизму воспроизводства аддитивной психопатологии. Часто приходится наблюдать нарастающую обеднённость и болезненно детерминированную схематизацию у аддиктов в экспрессии, мимике, моторике, голосовой модуляции. Наблюдается постепенная и неуклонная утрата богатства палитры психической жизни здорового человека. Это можно отметить как при актуализации клинической симптоматики и синдромологии аддитивного доминантного психопатологического комплекса, так и на уровне стойких нарушений при наркоманическом дефекте. Здесь клиническими методами

провести дифференциальную диагностику, как правило, не представляет большого труда. Делать это необходимо для того, чтобы не заниматься бесполезным «лечением» дефекта, но осуществлять эффективную и остро необходимую коррекцию его основных проявлений. Дефект не лечится, он лишь «протезируется».

Психическая дисфункция при злокачественно протекающем психопатологическом эндотормном процессе, реализующемся в форме аддитивного заболевания, сопровождается выраженным расстройством и дезинтеграцией основных параметров психической деятельности, формирующих как результат картины нарушенного и изменённого сознания [4]. Симптоматическая картина аддитивного паранойяльного сверхценного бреда, проявляясь как эссенциальное нарушение мышления, тянет за собой целый комплекс признаков нарушения остальных психических функций — аффективной, моторной, волевой. Сформированный психический статус наркомана на фоне этих расстройств воспроизводит некоторые элементы коммуникативного порядка как специфически узнаваемые. Здесь на первый план выходят особенности не психологической, но именно психопатологической оценки и понимания больным происходящего вокруг, выстраиваемой именно в векторе и контексте базовой (наркоманической) доминанты, которая «сама определяет» важность и актуальность происходящего и «сама дозирует» характер психической и поведенческой ответной реакции. У наркоманов отмечаются парадоксально слабая рефлексия и малая личная обидчивость, когда фигурирует посторонняя, активно не касающаяся доминанты, а потому неактуальная тематика. Наоборот, повышенная актуальность немедленной реакции на значимые (аддитивные) раздражители и импульсы, от кого бы они ни исходили, становится «визитной карточкой» аддитивной психики. Это касается целого спектра коммуникативных параметров вербального и невербального порядка. Аддитивная болезнь меняет призму восприятия и оценки внешнего раздражителя, продуцируя в равной степени неадекватный ответ. Здесь можно отметить неадекватное толкование смеха, юмора, пауз, мимики. Отмечается характерная общая вялая реакция на данный компонент невербалистики. Паузы и молчание никак не интерпретируются, «отсылаются» на задний план или попросту игнорируются, утрачивая свою информативность. Здесь, между тем, не приходится говорить о проявлении быстро наступающей деградации дифференцировочных способностей психики наркомана (фиксация, идентификация, мониторинг) в отслеживании ситуации (что, несомненно, имеет большое значение при шизофрении и некоторых ослабляющих психопатологических процессах). Здесь, скорее, вначале фигурирует та самая избирательность актуальности, модифицируемая доминантой. Нажатая неспособность к тонкой дифференцировке полутонов и нюансов эмоцио-

нальной духовной жизни и «спектра актуальных потребностей» — это уже признаки наркоманического дефекта, постепенно проявляющиеся уже на этапе выраженной манифестации и становящиеся ведущими клиническими признаками исходного этапа наркоманического психопатологического процесса. Можно констатировать, что быстрее начинают «отмирать» (дезактуализироваться) более дифференцированные «молодые» формы коммуникации. Более «старые» формы, изменяясь специфически, демонстрируют скорее некий извращённый свой характер (регрессивная синтонность наркомана).

На фоне прогрессирующей аддиктивной болезни можно фиксировать определённые особенности *визуального* контакта. В норме визуальный контакт, сохраняя на уровне проксемики свою гармонию, дополняет и расширяет смысловую палитру коммуникации за счёт определённым образом автоматически воспринимаемых смыслов (продукт воспитания, образования, морально-этического нормативного поведения). При психическом заболевании (и, в особенности, при аддиктивной патологии) эта форма коммуникативного контакта приобретает повышенное значение и обретает особую важность. Она призвана эффективно обслуживать наркодоминанту и практически обеспечивать активное наркопотребление. У аддиктов (наркоманов) визуальный контакт становится, по сути, ведущим. Иногда можно отметить особый, как будто изучающий, оценивающий пристальный взгляд, но на самом деле — остановившийся, устремлённый внутрь, «мертвенно-холодный зрак наркоманической паранойи». Нечто похожее в своём симптоматическом исполнении можно наблюдать и при психопатоподобном синдроме дефектного шизофреника. У психопата (из группы возбудимых) отдалённо схожий симптом ориентирован в структурированное психологическое манипулирующие давление и покорение.

Установочное поведение как имитация истинности переживаний, демонстрируемое на проксемическом уровне, с точки зрения дифференциальной диагностики, в том числе визуальной пространственной организации, скорее ориентировано в *психический норматив* или формации *невыраженной акцентуации* и потому не может квалификационно применяться в качестве статусной характеристики больного, страдающего манифестной формой наркомании.

Больные наркоманией постепенно утрачивают способность к воспроизводству широкой палитры абстракций. Сама функция абстрагирования встраивается в «прокрустово ложе» наркодоминанты, начинает её обслуживать и только из этого источника получать все свои «питательные соки». Вся воспринимаемая наркоманом картина поэтому фиксируется «по факту», а доминанта эгоистически осуществляет лишь отбор наиболее значимого. Всё «ненужное» довольно быстро ухо-

дит на периферию сознания, быстро вытесняясь и замещаясь новыми, столь же нестойкими (при отсутствии условия доминантной значимости) впечатлениями. Наряду с этим, у больных опийной наркоманией, в особенности, в её далеко зашедших и давно манифестировавших клинических случаях фиксируется своеобразная злопамятность «среднего временного порядка», актуальная в течение нескольких дней и даже недель. Она, естественно, касается отработки значимых для наркодоминанты положений, в особенности, когда так или иначе оказались «ущемлены её права». Эта форма реакции отлична от реакции психопата, фиксирующего проблему личностно, быстро, но непродолжительно. Также в этом смысле отличаются больные эпилепсией, фиксирующие проблему на месяцы и годы, или шизофреники, которые её вообще не фиксируют в силу собственной апатии или нестыковки с бредовой фабулой. Однако фабульная актуальность при шизофрении на определённом этапе её клинического продвижения способна малозначимую, в целом, ситуацию, но актуальную в данный момент для болезненно изменённого сознания шизофреника, ввергнуть в пучину шизофренического бреда и превратить её в важный его элемент. Всё перечисленное, безусловно, имеет конкретно определяемое дифференциально-диагностическое значение.

При наркомании наблюдаются уменьшение объёма информационного потока, сужение диапазона его модулирования и, в целом, общая примитивизация коммуникативной техники. Это происходит параллельно общему снижению творческих возможностей заболевшего, но и само, становясь звеном порочного круга, способствует ещё большему дальнейшему понижению творческих и креативных возможностей наркомана. Здесь и потребность, и энергетика мотивации, и собственные функциональные возможности реализации, жестко опосредованные состоянием психики. При наркомании есть возможность наблюдать специфически дифференцированное мотивационное обеднение, примитивизацию, уплотнение со своеобразной их диссоциацией. Только наркодоминанта обладает высоким изначально творческим потенциалом, быстро приобретает значение главного и высококонцентрированного «наркоманического» целеполагания, также быстро достигающего сверхценного и бредового паранойяльного уровня. Она безапелляционно «приватизирует» всё мотивационное пространство и поглощает все значимые ресурсы психики. Чем более качественно протекает патологический процесс, тем более выражена динамика этих клинических проявлений. Здесь также можно отметить *обеднение интенции* (которое есть смысл расценивать как проявление *аддиктивного дефекта*, симптоматически напоминающее таковое при вялотекущей шизофрении), её *слабость*. Последнее, согласно нашим наблюдениям, проявляется всё заметнее по мере нарастания органических (постток-

сических) последствий наркомании, что парадоксально сопровождается на уже отдалённых исходных этапах болезни постепенным выхолащиванием и «засыханием» «прекращающей свои полномочия» отмирающей наркодоминанты. На пике манифестирующей аддиктивной болезни фиксируется *деформированная интенция*, отражающая реальное состояние психики больного наркоманией и обеспечивающая (по механизмам аутохтонности) её клиническое воспроизводство. *Извращённость* интенции, встречающуюся у психопатов, необходимо дифференцировать с этапным развитием и утяжелением аддиктивной болезни.

Наблюдаемые при злокачественно протекающем аддиктивном заболевании искажение и деформация эмоций реализуются здесь как специфическая и ярко обозначенная коммуникативная дисфункция. Постепенно, по мере нарастания психопатологии, всё более диагностически очевидными становятся неинформативность и тусклость эмоциональных реакций и эмоциональной экспрессии (кроме характерных для наркомании аффективных расстройств и понятных в рамках наркодоминанты эмоционально окрашенных манипулирующих действий). Видоизменяются «язык одежды», голосовые модуляции, сама выразительность движений становится утрированной и отражает равнодушие наркомана в отношении происходящего вокруг, кроме вычурно усиленных экспрессивных знаков, обозначающих во всех возможных режимах именно субъективную важность наркодоминанты. Эти эффекты при аддиктивном заболевании являются нажитыми, они представляют собой продукцию болезни — одинаковая, клишированно-обустроенная и нозологически специфическая (идентичная) поведенческая модель, не зависящая от структуры преморбидной личности и её поведенческих и коммуникативных навыков. Клинически — это признаки психопатологического процесса, но никак не известное разнообразие динамики личности, априори заложенное в самом понятии *развитие личности*. Наиболее клинически выверенные квалификации личностной динамики Ганса Биндера [6] здесь служат хорошим дифференциально-диагностическим подспорьем.

При клинической манифестации аддиктивной болезни можно наблюдать сдвиг упоминавшейся выше пропорции «конституция — нажитое качество» резко вправо с утрированием и затем выраженной нивелировкой врождённых черт и спецификой данного нажитого качества. Это в полной мере касается аспекта коммуникативных способностей и проявлений, рассматриваемых в период до болезни, в её процессе и на исходе. Отмечаемое одновременное постепенно нарастающее высвобождение более примитивных, низших типов реагирования и поведения — психопатизация как регрессивная синтонность алкоголика и, в несколько меньшей степени, но по-иному клинически пред-

ставленная у опийного наркомана, — позволяет применить данный элемент как проясняющий нозологический дифференцированный диагноз.

Особенностью коммуникативного процесса при аддиктивном заболевании становится специфическая неискренность больного, псевдоэмпатически оформленная дозированная «выдача» информации, маскирующая негативизм и паранойяльную «наркоконспирологию». Часто в быту и при психологическом рассмотрении подобный эффект именуют как «лживость» и «изворотливость» наркомана. Мы уже ранее предпринимали попытку его клинической квалификации [5], чётко различая *установочное поведение* психически здорового индивида и особую модель поведения аддикта, которая включает в себя психопатологические проявления, характерные именно для аддиктивной болезни, отражающие патологию основных функций психики. Среди них ведущую роль играют нарушения мышления (паранойяльный сверхценный бред наркомана) и волевой функции (импульсивность, негативизм, вычурность), а также идеаторный и моторный компоненты *синдрома рентной манипулятивности наркомана*. Указанная феноменология сопровождается специфической мимикой и жестикуляцией. Последняя отличается неадекватно широкой амплитудой, ходульностью, своеобразной манерностью. Часто при этом наблюдается нарушение проксемики и выхолащенность, утрированная формализация аргументации. Произносимые фразы, их экспрессия — всё призвано «замаскировать» некие истинные наркодоминантные мотивации и их контекстное исполнение. По сути, это один из элементов простого синдромального уровня, комплекующий уже более психопатологически объёмный *синдром абсолютной анозогнозии аддиктивного больного*, и то, что мы называем эффектом *конспиративного поведения аддикта*. Наряду с наркоманической конспирологией можно, по мере угасания манифестного этапа и логическим продвижением аддиктивной болезни в её исходные клинические формации, всё более в специфике коммуникативных процессов больного начинает проследиваться характерная *регрессивная обнажённость*. Появляются и усиливаются уже малодифференцированная рентная навязчивость, несоблюдение границ, принятых в норме при организации коммуникативного пространства, дистанции. Здесь эта навязчивость принимает на себя функцию неудержимого напора, характерную для наркомана на манифестном этапе болезни, когда реализуются все имеющиеся ресурсы по устранению любых преград и ограничений, встающих на пути получения очередной наркотизации. На исходных позициях болезни «продуктивная манипулятивность» уступает место «вымогающей рентности», со специфическим органическим занудством и монотонной тактикой «выдавливания» из оппонента требуемых предпочтений. Несложно отметить,

что исходный этап аддиктивной болезни, демонстрируя причудливое соединение симптоматики психоорганического уровня и проявлений наркоманического дефекта, сопровождаясь регрессом тонких психических дифференцировок, довольно точно характеризует коммуникативную функцию дефектного наркомана-инвалида.

Таким образом, фиксируя психопатологически представленные элементы коммуникации аддиктивного больного, оформляющие этапные психопатологические режимы его психического функционирования, можно сделать некоторые обобщения. Как следует из изложенного, появление специфической аддиктивной (нозологически специфичной) символизации и кодификации представляет собой очевидное психопродуктивное расстройство. Постепенный уход с вербальных на невербальные коммуникативные режимы, через промежуточный уровень эмоционального истероформного манипулирования, в свою очередь, можно рассматривать как признак нарастающего аддиктивного психического дефекта.

Аддикт, безусловно, не уходит полностью из «здорового» коммуникативного пространства. Он не лишается способности понимать нормальный язык вербальной и невербальной коммуникации психически здорового, вступающего с ним в процесс общения. Тем не менее, наркоман перестаёт продуктивно и контекстно усваивать информационные потоки, не имеющие прямого или прогнозируемого видимого отношения к наркоману. Если говорить точнее, не фиксирует данную информацию как значимую, будто бы «не доверяя» её источнику. Наоборот, информация, исходящая от другого больного наркоманией (обязательна нозоспецифичность) и полученная по любому коммуникативному каналу, воспринимается без какой-либо критической переработки, усваивается и перерабатывается сознанием автоматически, легко и свободно подгоняется, если это требуется, под выстроенные алгоритмы понятий и представлений (структурные элементы мышления) наркоманической доминанты.

В процессе организации коммуникативного пространства при наркомании происходит «аддиктивная унификация» не только смыслов и значений, но и самого процесса комплексного транспорта информации. Здесь уже не имеют особого значения разнообразие и многоликость параметров мимики и общей моторики. Они становятся клишированными и унифицируются болезнью. Также утрачивается первоначальная ролевую значимость язык позы, её «открытый» или «закрытый» характер, поскольку нивелируются и исчезают богатство полутонов и палитра красок, хорошо различаемые здоровыми. Это, в особенности, касается мимики и жестикуляции. При актуальном патологическом влечении к наркотику наблюдаемая экспрессия выглядит утрированно, холодно-механистически. Она всегда лишена тонких эмоций, разноликого и «живого» энергетического на-

полнения (что является необходимым атрибутом манипулятивной техники покорения и «продавливания» необходимой потребности у психопатов), несёт особую печать отсутствия «дыхания жизни» и обречённость. Наибольшая степень доверия и максимальное усвоение происходит только «на одной волне», в единой «операционной системе» организации психических процессов, что, собственно, всегда воспроизводится нозологией и никак не может быть детерминировано «личностными особенностями» в силу их банального многообразия и разноликости потребностей и многообразия решений. Можно отметить, что так называемая психотерапевтическая «подстройка по Милтону Эрикссону», срабатывая на уровне «расстройства личности» и невроза, малоэффективна в попытках преодоления недоступности наркомана. Это свидетельствует о клиническом примате болезненно изменённого сознания при наркомании. Также это является доказательством специфического наркоманического расстройства мышления, реализующегося на более тяжёлом (психотическом) психопатологическом уровне. Совокупная психическая дисфункция, формирующаяся в процессе аддиктивной болезни, проявляется активностью главного её клинического атрибута — аддиктивного доминантного психопатологического комплекса.

Невербальный контакт аддикта — это своеобразное зеркало, отражающее особенности его психического статуса. Оно органично и демонстративно отражает клиническое состояние аддиктивного доминантного психопатологического комплекса (становясь его частью), а также фазу, тип, форму аддиктивной болезни. Наркоманическая парабулия и паратимия также опосредует специфику работы с информацией. «Неактуальная» информация через невербальную коммуникацию больным фиксируется, но игнорируется (негативизм); актуальная же заострённо интерпретируется (сверхценность, бред, рентность, манипулятивность). Здесь также присутствует некий довольно специфический и характерно узнаваемый элемент коммуникации наркологического больного. Аддикт, страдающий тяжёлым наркологическим заболеванием, как правило, постепенно теряет способность адекватного отклика на коммуникативный посыл и не возвращает информационный сигнал. Создаётся впечатление, что он его полностью поглощает (своеобразный эффект «чёрной дыры»). Это клиническое наблюдение может служить интересной дифференциально-диагностической характеристикой.

Структурные компоненты коммуникативного процесса, обеспечивающие прояснение изначально важных для аддикта идентифицирующих параметров в ракурсе «свой/чужой» и демонстрирующие при этом высокий уровень своей автоматизации, маркируют уже манифестный этап наркомании и её психотический клинический уровень. Поэтому, коммуникатив-

ный процесс здесь не требует яркости как вербальной, так и невербальной палитры, вполне закономерно становясь упрощённо-примитивным.

Резюмируя изложенное, можно отметить, что, при наличии сохранённой способности к коммуникации у аддикта наблюдается её избирательно-извращённый характер. Коммуникативный интерактив продуктивно функционирует только на уровне нозоспецифической аналогии (нозологически детерминированная аддиктивная аутизация). Перцептивный процесс максимально «заточен» в отношении актуальной аддиктивной тематики. Всё другое остаётся вне поля внимания. Аддиктивный больной постепенно теряет способность концентрации усилий в достижении целей, так или иначе выходящих за рамки «интересов наркодоминанты». Здесь также можно наблюдать весьма интересный клинический казус. Это — своеобразная коммуникативная диссоциация, характеризующаяся не только сдвигом вербально-невербальной коммуникативной пропорции в сторону невербальной. Здесь можно отметить более тонкие нюансы, уникально характеризующие именно наркоманическую коммуникативную функцию, дистанцирующую её феноменологически от всех рассмотренных выше объектов дифференциальной диагностики. В процессе коммуникации аддикт своего коммуникативного партнёра «не слушает», но хорошо слышит. Аддикт «не смотрит», но всё видит. Не делает активной попытку понять и осмыслить, но понимает (в определённом шаблонном образе) всё сразу. Он не рассматривает собеседника как равного, не считает его точку зрения важной. Он её никогда не критикует, поскольку не воспринимает как близкую и важную именно для себя. Без критики и цензуры, априори, «в пакете», беспрепятственно принимается только наркоидея. Он не способен сопереживать вне поля доминанты. Это —

уникальная комбинация когнитивных и волевых нарушений в реализации нового наркоманического смыслообразования, отличающая наркоманию и воспроизводящаяся по механизмам особого автоматизма и болезненной аутизации.

Список литературы

1. Биркенбил В. Язык интонации, мимики, жестов. — СПб.: Питер, 1997. — 176 с.
2. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1994. — 198 с.
3. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
4. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
5. Благов Л.Н. Психопатологический феномен «доступности» при наркологическом заболевании и его дифференциально-диагностическое значение // «Наркология», Изд-во РАМН. — 2009. — №8. — С. 86—97.
6. Груле Г., Юнг Р., Майер-Гросс В., Мюллер М. (ред.). Клиническая психиатрия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967. — С. 832.
7. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. — 2004. — 493 с.
8. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. — 214 с.
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1983. — 208 с.
10. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — Л., 1975. — 334 с.
11. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина, 2008. — 638 с.
12. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2 т. — М.: Медицина, 1999.
13. Экман П. Психология эмоций [Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life]. — СПб.: Питер, 2010. — 336 с.

PSYCHOPATHOLOGY OF COMMUNICATION IN ADDICTIVE DISEASE (ON OPIOID ADDICTION CLINICAL MODEL)

BLAGOV L.N. M.D., Ph.D., Russian State Medical University, Moscow

Psychopathological evaluation of addict's psychic state gives possibility to describe specificity of communicative process and estimate "positive" and "negative" spectrum of it's psychopathology. Opioid addiction as valid clinical model demonstrates main tendencies of communication dysfunction during severe addictive disease. This severity is significant indicator of pathological process progression.