

ПСИХОПАТОЛОГИЯ НАРКО-ТОКСИКОМАНИИ КАК ГЛАВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКИ АДДИКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Благов Л.Н.¹

Аннотация

Результат лонгитудинального клинико-методологического исследования: аспекты формирование инновационного клинического научно-практического направления «клиническая аддиктология» и новый формат профессиональной научно-практической деятельности в психиатрии патологической аддикции.

Ключевые слова

клиническая аддиктология, нарко-токсикомания, психопатология, цифровизация, клинический академизм, академическая методология, клиническая школа.

Дополнительные сведения

Финансирование: Исследование не имеет дополнительных источников финансирования.

Соблюдение этических стандартов: Исследование не имеет конфликта интересов, соответствует принципам медицинской этики.

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

Для корреспонденции: Благов Лев Николаевич, lblagov@rambler.ru

Тематическая актуальность

Тематика, отражающая нарушение «здоровых алгоритмов» поведения человека как результат психоагрессивного средового воздействия, сегодня исследуется в широком смысловом пространстве. Однако, именно *клинико-методологический аспект*, являясь по сути приоритетным, *фиксирует и квалифицирует* появление патологических проявлений режимного нарушения процессов жизнедеятельности человека с определением их специфики. В данном случае речь идет о повреждающем факторе интоксикации химической и идеаторной (нехимической) природы. Речь идет не только о нарушениях сомато-неврологического статуса как непосредственного *результата хронической интоксикации*, но и значительном повреждении *физиологии психической деятельности* практически всего её спектра. Наблюдается формирование *патологических картин*, оформленных в характеристиках *патологического процесса* и снижающих не только качество жизни, но часто заканчивающихся физической гибелью больных. Установление алгоритмики и «приоритетности» этих нарушений (*патогенез*) является крайне востребованным и безотлагательным. Важно понимание роли именно фактора интоксикации и всего того, что сопряжено с данным фактором в точном иерархическом и причинно-следственном отображении. Необходимо точное форматное определение базисных характеристик «физиология» и «патофизиология», что должно осуществляться в *строгом обще-патологическом контексте* наблюдаемой картины. Именно здесь проходит *граница условной нормы и патологии* (болезни) как академически определяемое понятие, что является принципиальным для квалифицированной клинической диагностики. Смещаясь в пространство болезни (пересекая эту условную границу), динамика состояния больного объективно фиксирует примат *психопатологии*, являющейся, таким образом, базовой фактурой патологической картины и определяющей все основные статусные характеристики медико-психологической и социальной дисфункции индивида. Необходимость определения точных характеристик *этиологии и патогенеза* здесь также связана с точным пониманием и разделением *психологических и клинических (медицинских) оценочных градаций*. Здесь объяснение и анализ поведенческих реакций в рамках сформированных психологических

алгоритмов и моделей уступает место *психопатологической квалификации психического статуса*, как раз (с максимальной точностью) фиксирующей данную границу «норма – патология», определяя конкретику клинических характеристик болезненной картины.

Исходя из сказанного, актуально четкое позиционирование медицинской части рассматриваемой проблемы. Здесь тенденции размывания медицины нельзя считать верными. Требуется методологически точно формулировать клинико-патогенетический фактор патологии болезненного пристрастия, где особо востребован *научно-практический формат*. Эмпиризм, банальности риторики квази-профессионализма, не базирующиеся на *академически представленной совокупности системно вырабатываемых знаний в их методологической преемственности и гармонии*, опирающиеся лишь на интуитивно понятную логику самодостаточности фактора интоксикации, не могут адекватно формулировать характеристики и базовый регламент эффективной профессиональной деятельности. Это – поверхностный подход, фактически опирающийся на некую квази-науку (важный аспект методологии [4]). Сегодня подобные тенденции парадоксально присутствуют в современной *наркологии*, не сумевшей пока преодолеть чрезмерно упрощенное понимание сложных патологических проявлений болезни. Именно канонический академический сценарий формирования профессионального знания здесь пока не состоялся [1–5]. Исследование расстройства (синдром зависимости) – не синоним строгого медицинского академизма, определяемого как постижение клиники болезни в её целостной «патологической гармонии». Если *предметом* изучения и терапевтического воздействия является фактор *интоксикации*, привычно *объясняемый* только лишь с позиций психологии личности (рационально или, наоборот, – иррационально-эклектично), либо как исключительно биохимический алгоритм нарушения здоровой функции метаболизма, это не может по определению становиться основой ответственного ведения патологии, т.к. не выполняет базовых канонических требований клинического академизма [1–7]. Существующее понятие «патологическое влечение к веществам, вызывающим опьянение» не выходит за рамки данного формата. В рассматриваемом контексте интоксикация субстанциями с психоактивным (психоагрессивным) действием – явление

симптоматического уровня (качества), присутствующее в той или иной своей форме в рамках значительно более сложной иерархии комплекса клинических проявлений.

Поэтому, категорически важно преодоление простого симптоматического рассмотрения картины болезни. Именно большой (сложный) синдромальный квалификационный уровень клинической оценки является основой самого высокого – нозологического – её отображения. Здесь особую значимость имеет академическая методология и воспроизводимый этим требуемый клинический детерминизм отраслевого (медицинского) знания. Это становится основой более точно и более тонко настроенного предметного решения, в итоге определяя контуры нового направления – клинической аддиктологии, методологически являющейся частью (разделом) канонической клинической психиатрии (базовой специальности).

Клиническая аддиктология – это система знаний о болезни, когда результатом последней (и одним из наиболее заметных внешне проявлений) является хроническая интоксикация психоактивными веществами (ПАС) и психоактивные действия. Иными словами, индивид болен не потому, что злоупотребляет ПАС, но именно потому это делает, что болен. Интоксикация, таким образом, строго рассматривается как результат болезни и её клиническая фактология, характеризуя клинически сформированный патологический фактор. Не требуются пространственные объяснения, почему больной алкогольной аддиктивной болезнью (алкоголизмом) или наркоманией пребывает в характерном опьянении (также как нет нужды разъяснять специалисту-пульмонологу природу кашля при легочном заболевании). Здесь актуальна психопатологическая констатация и квалификация психического статуса больного в её каноническом (профессиональном) исполнении. Это – постулат клинической аддиктологии.

Данное решение, в силу своего имманентного клиничко-патогенетического детерминизма, таким образом, превосходит действующую номинацию наркологии именно по базисным возможностям и ресурсам научно-практического моделирования, поэтому не может вызывать возражений при декларировании клинического академизма как базиса актуальной специальности. Такое экспертное каноническое знание – эволюция представлений, точно отражающих постигаемую в рамках медицинского изучения смысловую организацию природного явления. Очевидно,

что здесь требуется более емкое содержательное качество формируемого знания. Понятие «клиническая школа» обладает всеми необходимыми методологическими возможностями. Это также – фактор этики, становящийся неотъемлемым компонентом профессиональной культуры и важным атрибутом школы.

Таким образом, проводится четкое разделение клинического и неизбежно сопутствующего ему (как помощь и поддержка в успешной реализации) параклинического способов получения знания и его отображения в действующих регламентах и учебных материалах. Помимо психологии, сюда целесообразно отнести все так или иначе аффилированные исследовательские направления в генетике, психофизиологии, молекулярной биологии, биохимии и др. Клинический детерминизм и клиническая предрасположенность параклиники – аксиоматичное и, одновременно, тривиальное уложение. Здесь крайне востребованной становится именно гармонизация этих отношений, но никак не их (конкурентное) противопоставление или какая-либо деформация их понятийной основы. Базовая клиника является матрицей и «заказчиком» исследовательского результата. Это критично для сферы знаний, предметом которых является постижение причинно-следственных алгоритмов формирования патологического статуса, в рамках которого наиболее заметно присутствует интоксикация психоактивными веществами химической и нехимической природы. Сегодня такой уровень мультидисциплинарного взаимодействия (декларации «не в счет») современная наркология пока не обеспечивает, по сути отторгая клиническую предрасположенность психопатологии, что также следует из заявлений её ведущих представителей. Однако, именно *квалифицированное психиатрическое обследование* позволяет выявить серьезные патологические проявления статусного уровня, значительно изменяющие характеристики средовой и функциональной адаптации заболевшего. Это, в свою очередь, требует системной методологической гармонизации параметров клинического описания, ведения и наблюдения нарко-токсикомании и созависимости (патологии психической деятельности, возникающей как «ответ» на болезнь близкого или длительно находящегося рядом человека) по основным клиническим критериям: диагностика, лечение, социально-психологическая реабилитация, активная профилактика (*саногенез*).

Все сказанное не относится к категории «общих слов», примитивных банальностей или прожектерства, поэтому, являясь уже накопленным профессиональным знанием [1–8], требует внимательного и вдумчивого к себе отношения. Это тем более важно, поскольку пока (в силу разных обстоятельств), к сожалению, не находит возможностей своей системной реализации в существующей модели организации профильной специализированной медицинской помощи. Многолетние исследования клиничко-методологической направленности, выполняемые на кафедре наркомании и токсикомании ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, показывают важность клинического детерминизма комплексного решения проблематики на основе создания алгоритма высокотехнологического (раннего) выявления патологии, её эффективного клинического ведения и активной профилактики как синергетического аспекта профессиональной работы. Здесь важную роль «инструмента» и формирования особой коммуникативной экспертной среды («экосистемы») играет *инновационное информационно-аналитическое* сопровождение клинической научно-практической деятельности как *структурированное делопроизводство и базовый методологический фактор отраслевой эффективности*.

Результаты многолетней исследовательской работы изложены в 160 публикациях, включая ВАК-рецензируемые и зарубежные издания, и в 6 монографиях.

Практическая значимость

Базовое целеполагание актуального комплексного клинически детерминированного направления медицинской специальности – активное формирование *архитектуры эффективной профессиональной деятельности* в сфере психиатрии и наркологии как **экосистемы на базе симбиоза клинических и информационно-аналитических технологий**. *Клиническая аддиктология*, аккумулируя информационный ресурс и базовую клиническую методологию, становится оптимальным и сакраментальным производственным решением [2; 4; 7]. Данный подход – не «дань моде», а насущная необходимость точного выполнения комплекса мер для обеспечения возможности креативного объединения научного и практического ресурсов медицинской специализированной активности. Речь идет о *едином модуле как организационной основе квалифицированной отраслевой (медицинской) деятельности*. Именно такой формат позволяет с наибольшей

эффективностью *быстро* реализовать возможности современных отраслевых технологий, также *активно их создавая и развивая*. Понятно также, что всякий эмпиризм и «самодеятельная инициатива энтузиастов» при этом либо «отключаются», либо, находясь под жестким патронажем интегрирующего профессионального модуля, становятся *реально действующим вспомогательным фактором* в комплексной системной организации с необходимым уровнем делегированной ответственности за процедуру и результат своей деятельности. На повестке дня потребность в современной высокотехнологичной медицинской профессии, способной выйти на уровень *контролируемого ведения нарко-токсикомании* как наиболее значимой медико-социальной патологии, имеющей тяжелые последствия для современного общества. Накопление и разработка *клинической фактологии аддиктивной болезни (включая коморбизм)*, её методологический аспект, совокупно формируя отраслевую специализированную базу знаний и технологий, создают формат *отраслевого специализированного научно-практического комплекса*, становящегося структурной организационной основой клинической аддиктологии как медицины будущего. Имеется в виду весь спектр проявлений, способных оформляться в своем патологическом качестве как *аддиктивная сверхценность*. Здесь закладывается *реальный методологический базис* взятия патологии под контроль с возможностью её устранения с авансцены **профессиональным ресурсным началом** (активная профилактика и эффективное лечебно-восстановительное воздействие). Принципиальная возможность такого решения очевидна. Таким образом, эпоха неэффективных лозунгов и деклараций, спорадическое воспроизводство зачастую формальных, оторванных от практической реальности, всевозможных регламентов, разрешений и запретов уходит в прошлое, на смену которому приходит производственно-технологический утилитаризм компетентной профессиональной рутинной деятельности, базирующийся на глубоком фундаментальном предметном знании.

Аспект методологии

Сложившийся статус современной наркологии в структуре национального здравоохранения, как показывает анализ [1–8], сегодня пока не воспроизводит должное методологическое качество. Это результат отсутствия именно на *системном уровне академического*

принципа формирования и комплектования профессионального знания, что, в конечном счете, обуславливает недостаточную эффективность специальности. Клинический фактор здесь ограничен детоксикацией и простой коррекцией проявлений хронического отравления ПАС. Понятно, что налицо преодоление последствий болезни, но не радикально ориентированная эффективная отработка её клинико-патогенетического фактора. Имеет место эссенциальная декларативность инициатив (активное лечение, реабилитация больных, профилактика патологии), дисгармония асинхронной организации клинического и параклинического модулей (весь научно-практический фактор), диспропорциональное рефлексирующее регламентное управление, что фактически и как совокупный итог создает крайне досадный прецедент «профессиональной недостаточности». Здесь очевидны поздняя диагностика, ограничивающаяся банальностями «хронической интоксикации» и требованиями «добровольности обращения за помощью», фактическая невозможность конструирования валидной медицинской части с акцентированным предъявлением параклинического аналитического фактора. Это как следствие ведет к *клинической запущенности* патологии, которая настоятельно требует к себе особого и квалифицированного внимания.

Трезвое осмысление сложившейся ситуации выводит в аспект базовой оценки именно фактор клиники с акцентом её профессионального качества. Это *каноническая психиатрия*, где психическое состояние индивида, меняясь в зависимости от характеристик своей динамики (патологический процесс), определяет всю иерархию клинического смыслообразования. Данная методология должна стать основой клинико-динамического ведения патологии и её клинического прогноза. Востребована четкая пропись клинической семиотики и феноменологии в иерархии *клинической синтактики* (симптом – синдром – болезнь; клинический дебют, манифест, исход; психопатология «активного» (продуктивного) и «негативного» спектра), где *уровень патологического психического поражения* с характеристиками клинического статуса определяет фактор *клинической семантики*. Это – клинический академизм, формирующий канонический уровень медицинской специальности как профессии (в данном случае – перспективы клинической аддиктологии как части клинической психиатрии). Клинический детерминизм определяется в *гармонии сопод-*

чинности клиники и ориентированной параклиники.

Основным методологическим решением профессионального уровня является *клинико-психопатологический динамический анализ психического состояния (психический статус)* больного нарко-токсикоманией, определяемый в критериях *канонической клинической психиатрии* [4]. Он становится главным фактором клинической диагностики, позволяя «документированно» осуществлять динамическую оценку состояния больного (соответственно – динамику текущего диагноза) на фоне терапии и в процессе комплексного ведения патологии. Это должно рассматриваться как базовая профессиональная компетенция и качество специалиста. Тем самым обеспечивается *методологический примат* научно-практического направления «клиническая аддиктология» [1–7]. *Динамическая оценка и регуляция адаптивных возможностей и режимов в рамках терапевтической ячейки* (больной и его микросоциальное окружение), таким образом, становится действенной альтернативой формализму «декларированной трезвости» (включая её медикаментозно-обусловленный вариант), «приверженности лечению» и делегированной ответственности больного в их современном декларативно-субъективистском изводе. Именно здесь традиционно формулируется «персонализированная ответственность больного» (compliance & adherence), что с клинических позиций и без оценки психического статуса больного – нелепость. Характер патологии подобные трюизмы не позволяет делать общим правилом, поскольку такой подход являет собой формализм и не учитывает полностью комплексный фактор болезни (её *психопатологический* формат). Этим также во многом определяется современная (невысокая) результативность профессионального модуля, несмотря на изобилие формально-ориентированных производственных установок и регламентов.

Требуемая объективизация точного клинико-динамического отображения клиники, неизбежно и органично опираясь на клинический академизм, *инструментально обеспечивается безусловно настроенным современным «цифровым» фактором*, способным своевременно и предельно точно фиксировать важные клинические параметры динамического статуса больного и проводить текущую всестороннюю математическую его группировку и аналитику в постоянном режиме.

Такой принцип клинического делопроизводства сегодня есть все основания считать *инновационным* [2; 4].

Базовым принципом организации отраслевого специализированного научно-практического комплекса (ОСНПК) становится его модульная организация, позволяющая обеспечить максимально эффективную производственную отдачу. Исследование – Медицинские технологии – Образование: организационная матрица получения знания, его накопления как *базы профессиональных знаний*, автоматизированно-технологическая имплементация и учебно-методический фактор (материал) кадровой подготовки, незамедлительно и непосредственно выполняемые в едином смысловом (понятийном) модульном пространстве. Это позволяет оперативно получить информацию о пациенте и его заболевании в необходимом объеме, реализовать весь формат и процедуру обработки больших массивов данных на базе тотальной выборки, математически группируя информационные модули (принцип кластеризации), тем самым формируя новое качество *клинического протокола*. Изучение успешности *методов и способов эффективного клинического ведения по каждому протоколу* создает параметрию *стандарта клинического ведения патологии*. Очевидно, что речь идет о новом (инновационном) качестве и содержании этих понятий, на сегодняшний день не представленных в отраслевом качестве должным образом (методологически безупречно), что фактически нивелирует их значение для современной специализированной медицинской практики.

Так формируется *теоретический* аспект *предметного знания*, немедленно трансформирующийся в *технологический*. Получаемый результат (воздействие на все доступные факторы патологического процесса) практически сразу становится материалом нового исследовательского содержания. Это – «челночный» цикл, имеющий непрерывное свое воспроизводство, которое ограничено лишь особенностями материала и процессом его непосредственной переработки. Ключевым фактором здесь становятся возможности адаптированного (специально разработанного) *информационно-аналитического сопровождения*. Методический компонент, обеспечивая полноценный характер результата научно-практического модуля, делает возможным синхронное обеспечение полноценной процедуры кадровой подготов-

ки специалистов всех требуемых уровней и направлений аффилированной деятельности, владеющих самым новым и точным предметным знанием.

Таким образом, цифровизация (её технологические возможности) как способ организации «среды профессиональной деятельности и её интенсивного развития» становится крайне необходимым и действенным *механизмом и инструментом* реализации комплексной гармонизированной профессиональной отраслевой (клинически детерминированной) активности. Все перечисленное обеспечивает стройность и гибкость процесса эффективного осуществления профессиональной деятельности в режиме «non stop». Так формулируется принципиально новый (инновационный) подход к обеспечению максимальной «отдачи» профессии для достижения её базового целеполагания и формированию механизмов эффективного решения комплекса задач в его рамках.

Материал исследования

Больные нарко-токсикоманией (включая алкоголизм, «несубстантные» патологии – гэмблинг, гейминг) и созависимые. Основу методологического исследования составили 320 больных опиоидной наркоманией мужского пола в возрасте от 17 до 52 лет. Длительность катмнеза составила до 19 лет. В исследовании не включены больные, страдающие эндогенной психиатрической патологией, декомпенсированными формами психопатии (расстройство личности) и самостоятельно протекающими выраженными органическими (в том числе психотическими) проявлениями и нарушениями (расстройствами).

Результаты клинико-методологического изучения

В процессе исследования патологии *впервые* выполнено системное клиническое изучение и психиатрическое (психопатологическое) описание болезненной картины нарко-токсикомании, которое структурировано в композиции «синдромокомплекс «*аддиктивная доминанта*» (*аддиктивный доминантный психопатологический комплекс – АДПК*)». Это синдромокомплекс большого (сложного) структурного уровня [1–6]. Описаны базовые психопатологические синдромы *аддиктивной*

болезни (нарко-токсикомании) в разрядности «психопродуктивные» и «негативные», что является традиционным пониманием особенностей клинической картины душевного заболевания, имеющего процессуальный характер своего течения. Проведено дифференциально-диагностическое определение клинической параметрии нарко-токсикомании, дана квалифицирующая оценка психического статуса больных в статике и динамике. Формализован структурно-динамический аспект аддиктивного заболевания в его клиническом «длинике» от зарождения до особенностей формирования состоявшейся клинической картины (аддиктивный континуум). Особое внимание уделено изучению преморбидного статуса формирующейся патологии. В соответствии с клинической квалификацией психопатологической картины сформулированы и клинически формализованы базовые понятия – *клиническая фаза, клинический динамический этап, клиническая форма аддиктивного заболевания (нарко-токсикомании), клинический динамический вариант течения, клинический динамический тип течения.*

Синдромы психопродуктивного и негативного ряда, демонстрируя психопатологическую динамику, соответствуют каноническому (патофизиологическому) качеству болезни как *эндоформного психопатологического процесса*. Такое определение ставит исследуемую патологию в единый смысловой ряд с ранее выработанной методологией описания и изучения психиатрической картины душевного заболевания в его семантическом, семиотическом и синтаксическом отображении, универсально и методологически цельно фиксируя природу данной патологии именно как *динамический патологический процесс* (закономерное нарастание уровня психического поражения в соответствии с заложенной злокачественностью патологического начала и возможностями реагирования (своеобразной «иммунной защиты») заболевшего). Это создает пространство будущего системно выстраиваемого изучения, базируясь на достижениях канонической клинической психиатрии [1 – 5]. Оно безальтернативно апеллирует к каноническому (академическому) алгоритму своей организации, что *принципиально важно.*

Синдромы психопродуктивного ряда имеют обозначение «синдромы структуры» и «синдромы-механизмы». Синдромы структуры: синдром «аддиктивная анозогнозия аддикта»; синдром «легитимация аддикции»; синдром «коммуникативная дисфункция ад-

дикта»; синдром «манипулятивная рентность аддикта». Синдромы-механизмы: аддиктивная навязчивость (обсессия), аддиктивная компульсия, аддиктивный автоматизм, аддиктивная стереотипия – феноменологический подбор одного ряда, характеризующий этапную клинико-психопатологическую картину воспроизводства синдромов структуры. Также свое этапное выражение имеет идеаторный механизм доминанты, обозначаемый как аддиктивная сверхценность, аддиктивный псевдо-бред (промежуточное семантическое звено клинической психопатологической эволюции феномена) и аддиктивный сверхценный бред. В данных описаниях заключается основная содержательная клиническая суть аддиктивной болезни (нарко-токсикомании). Синдромология негативного формата обозначается в терминологии «психический дефект аддикта» и «психический регресс аддикта».

Экспертный уровень изучения клинической фактологии и работа с данным клиническим материалом требуют необходимой (серьезной) профессиональной квалификации по разделу «Психиатрия».

Синдромокомплекс «аддиктивная доминанта» проявляется одновременно и имеет свои динамические характеристики, определяющие *фазовое и этапное* свое клиническое выражение.

Клиническая фаза аддиктивной болезни: отрезок времени, в течение которого продолжительно наблюдается схожий алгоритм воспроизводства характерной картины заболевания – именно *текущая активность* клинических проявлений. Они не относятся к разрядности доминирующих потребностей алкоголика и квалифицируются как актуальный психический статус больного [1–6]. Вместе с тем, именно фазовая активность болезненных проявлений часто трактуется в наркологии с позиций поиска добровольности и согласия на лечение. Очевидно, что подобные рассматривания с точки зрения профессионального исполнения специальности – нонсенс и фиаско клиники, не фиксирующей малый синдромальный фактор режима хронической интоксикации ПАС (запой), лишь компенсаторно воспроизводя многочисленные симптоматические его фрагменты. Поэтому, очевидна необходимость четко определять фазовые психопатологические характеристики клиники аддиктивного заболевания.

Фазовая картина аддиктивной болезни (нарко-токсикомании) характеризуется цикличностью. Она, однако, требует точной психопатологической статусной

оценки не только (и не столько) фактора интоксикации, влечения и депрессии (с часто возникающей путаницей клинической квалификации), сколько качества фазового регулирования и регламента большого синдромального компонента АДПК именно как *режимного фазового* клинического его проявления. Малый синдромальный уровень болезненного влечения и аффективного компонентного сопровождения здесь – не самостоятельность и, тем более – не самодостаточность клинической характеристики, но лишь её «гарнир». Это – важное методологическое определение сути наблюдаемой картины, обязательное для своего внимательного анализа в процессе исследования психического статуса больного (*пропедевтика аддиктивной болезни*). Оно несет определенный клинико-методологический компромисс своего содержания (именно – как специфический *дисфункциональный фактор* «фазово»-масштабированной клинической картины), что, безусловно, требует серьезного уточняющего изучения. Вместе с тем, клиническая фаза сегодня рассматривается большинством рекомендаций, руководств и рубрификаторов, к тому же – без требуемого своего описания и квалификации клинического качества, – как некая упрощенная «клиническая самодостаточность», что не имеет точно акцентированной концентрации клинической информации и ведет к смысловой и терминологической путанице. Отсюда – некорректные трактовки и неадекватный (не только по объему, но и по содержанию) компонент предполагающей эффективность терапии, что во многом обуславливает отмеченную неэффективность клинического фактора в наркологии.

На основании анализа клинической картины аддиктивной болезни (с учетом отмеченных методологических недостатков) нами выделены: *фаза клинической активности психопатологии аддиктивной доминанты*, сопровождающаяся активной интоксикацией ПАС; фаза «отмены» (синдром отмены ПАС, ранее также многократно описанный другими авторами, но без своей точной клинической (психопатологической) квалификации), когда наблюдается первичное *снижение активности психопатологии АДПК* на фоне характерных проявлений «наркотической усталости» и фактического прекращения (резкого ослабления интенсивности) текущей интоксикации ПАС. Своеобразный феномен метаболического пе-

ренасыщения ПАС, описываемый и квалифицируемый нами как постинтоксикационный (посттоксический) дистресс – первая часть фазы отмены, соматически обусловленная аутохтонность, сменяющаяся через короткий промежуток времени (от нескольких часов до нескольких суток), по мере снижения тяжести постинтоксикации, нарастающей потребностью в возобновлении приема ПАС и симптоматикой актуализации болезненного влечения (к *опьянению* и к *интоксикации*, что является *определяемой атрибутикой различия* клинико-динамических этапов) с *массированным нарастанием активности психопатологии АДПК* (фазовая манифестация АДПК). Этот фазовый отрезок психопатологической аутохтонности клинического феноменологического выражения обозначается как *абстиненция* (абстинентный синдром по С.Г. Жислину). Крайне важно точно-выверенное (клинико-патогенетическое) понимание природы данного проявления картины болезни, имеющего свою характеристику именно как **психопатологическое качественное клинической выражение**. Его фазовая продолжительность (в зависимости от характеристик злокачественности процесса) – от нескольких дней до нескольких недель и более. Понятно, что эта фаза постепенно (часто – довольно быстро) нивелируется, трансформируясь вновь в фазу психопатологической активности (активной интоксикации), и здесь идет речь о сохранении *прогредиентного непрерывного течения* болезни, или – о его *манифестации (рецидиве)*. Все остальные компоненты – сомато-неврологические, вегетативные, поведенческие проявления – сопутствующая «катехоламинавая» картина *дистресса* и *абстиненции*. Это – принципиальная квалификация, которую не следует путать или смешивать с иными оценками и квалификациями. *Патологическое влечение* и аффект здесь – структуры симптоматического и малого синдромального уровня, *дополняющие* базовую клиническую психопатологическую феноменологическую картину нарко-токсикомании и определяемые как фазовый *дисфункциональный психопатологический компонент (фактор) синдрома отмены*, если корректно регистрируется их клиническая выраженность в рамках основных психопатологических синдромов аддиктивной доминанты.

Клинический динамический этап аддиктивной болезни: фактор *прогредиентности, нарастание уровня клинико-психиатрического*

поражения (допсихотический (субпсихотический, неврозоподобный), психотический, психо-органический) психоорганический) как результат активности патологического процесса. Подробное этапное клинико-психопатологическое описание и квалификация как динамическая характеристика аддиктивного заболевания выполнено нами ранее [1–6]. Оно опирается на фиксированную клиническую динамическую характеристику АДПК. Выделяется этап *преморбида* (добольность, предбольность), этап *клинического дебюта*, этап *клинического манифеста*, этап *клинического исхода* аддиктивного заболевания (нарко-токсикомании).

Важной характеристикой патологического процесса является *клиническая форма*, фиксирующая размерность злокачественности болезненных проявлений [1–3; 5]. Это имеет свою статико-динамическую психопатологическую статусную квалификацию и позволяет полноценно исследовать его нозоспецифику. Группирование по степени злокачественности от *малой (малопрогрессиентной)* к *умеренно-злокачественной (умеренно-прогрессиентной)* до *злокачественной (высоко-прогрессиентной)* базируется на темпе нарастания выраженности патологической картины и нарастании уровня психического поражения (субпсихотический, психотический, психоорганический), где темп и качество развития психопродуктивного ряда проявлений клиники с той или иной быстротой насыщается (дополняется, а затем подменяется) негативной картиной (то, что в клинической психиатрии обозначается термином «психический дефект» – закономерная процессуальная трансформация психического статуса больного в рамках активного (прогрессиентного) психопатологического процесса). Данный фактор оптимизирует диагностическую процедуру, делает реальным индивидуальное диагностическое прогнозирование, позволяет на этом же уровне оценить возможности комплексной терапии и восстановления. Нарастание *психоорганического* фактора поражения как результат болезни (хроническая интоксикация ПАС, соматические осложнения – травмы, нажитая (инфекции) патология внутренних органов и систем) на этапе клинического манифеста и исхода, в сочетании с картиной психического дефекта ведет к актуализации психопатологической характеристики «психический регресс аддикта».

Другая характеристика аддиктивного континуума – *клинический динамический*

вариант течения аддиктивной болезни (нарко-токсикомании) [1–5]. Это привычные характеристики клинической динамики, определяющие ремиссионный (или безремиссионный) статус динамического процесса. Для психопатологии аддиктивного заболевания (нарко-токсикомании) это имеет важное значение. Формулируя корректно определение понятия «клиническая ремиссия» [1–6], есть возможность объективно фиксировать все основные параметры процессуального заболевания (аутохтонность, ресурс резистентности (психопатологического иммунитета), адекватность терапии). Данная клинико-динамическая оценка также традиционна для канонической психиатрии и медицины в целом. Клинически верифицированы и описаны два основных варианта: *ремиссионный* и *безремиссионный*. Критерием клинической ремиссии является стойкое угасание активности продуктивной психопатологии, нивелирование её негативного фактора, появление «светлых промежутков» с отчетливыми параметрами средней адаптации. Ремиссия, трансформирующаяся в *интермиссию* – характеристика фактического выздоровления больного (на сегодняшний день – пространство дискуссий и предположений). Следует попутно отметить, что привычный фактор активности интоксикации ПАС (именно как симптоматический компонент клинической картины) при этом является характеристикой второстепенной и не определяет конечную клиническую квалификацию наблюдаемой картины (психический статус).

Клинический динамический тип течения аддиктивной болезни определяет базовые характеристики психопатологической насыщенности болезненной картины, драматически определяющей ход патологического процесса и особенности его финальной композиции. Преобладание мотивов *аутохтонности* и *эндоформного* качества *активной* психопатологии АДПК дает возможность осуществлять типологическое разделение наблюдаемого процесса в разрядность «*психопатологический тип течения*» аддиктивной болезни. Наоборот, доминирование средового фактора и перманентное психопатологическое индуцирование с декомпенсацией механизмов психопатологической устойчивости («психопатологического иммунитета») с сохранением общего структурного композиционного фактора АДПК, воспроизводящее фактор интоксикации в большей степени именно по механизму текущего индуцирования (фактор внешней «психопатологической агрессии»

индуктора-аддикта), позволяет говорить о *токсикопатическом типе течения* нарко-токсикомании.

Коморбизм является характерным качеством аддиктивной патологии [1; 6]. Он фиксируется в случаях *сочетанного (одновременного) развития патогенетически самостоятельных психопатологических картин*, определяемых в собственную клинико-нозологическую разрядность. Диагностика самостоятельного аддиктивного психопатологического процесса дает возможность эффективной дифференцированной психопатологической диагностики. Тем более – в случаях коморбидного сочетания как внутри *аддиктивного* пула самостоятельных (имеющих основания быть самостоятельно диагностированными) аддиктивных статусов (героиновая наркомания и алкогольная аддиктивная болезнь), так и в сочетании с декомпенсированной психопатией (расстройство личности), олигофренией, эндогенным процессом (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (аффективное расстройство), заболеваниями органической природы. Это – *психопатологическая коморбидность*. Такой же принцип действует при наличии актуальной сомато-неврологической патологии (имеющей самостоятельный патогенез) в сочетании с нарко-токсикоманией. Здесь патологическое пространство обширно. Например, частым коморбидным сочетанием является нарко-токсикомания и туберкулез. Важным также является аспект *взаимного влияния патологий в коморбидной связке*, когда можно отмечать изменение клинической динамики аддиктивного процесса на фоне именно истощающего, травмирующего соматического поражения организма аддикта. Данная тематика на должном уровне сегодня практически не исследована. Её методологически выверенное изучение дает перспективы постижения аддиктивной патологии с прицельным поиском адекватного терапевтического и восстановительного решения.

Терапевтический аспект клинической аддиктологии – система активно формирующихся профессиональных знаний, позволяющая реализовать все основные терапевтические стратегии в отношении аддиктивной болезни. Речь идет не о шаблонной депривации острой и хронической интоксикации ПАС по тем или иным «механизмам запрета» (фармакологический, психологический), а о дезактуализации продуктивной и негативной психопатологии аддиктивной болезни (нарко-токсикомании)

с помощью валидного (актуального на данном отрезке патологического процесса) терапевтического инструментария. Здесь принципиален *клинико-патогенетический* фактор патологии, где критична полная *конгруэнтность клинического диагноза и назначаемого лечения* [4]. Возможность активного воздействия на психопатологию аддиктивной доминанты с результирующим верифицируемым угасанием её активности обозначается нами как *активное лечение*. Результатом его является формирование *статуса клинической ремиссии*. Закрепление этого статуса с помощью терапевтического средства обозначается как *поддерживающее лечение*. Предотвращение клинического рецидива (актуализации активности АДПК) обозначается как *противорецидивное лечение*. Разработка стратегии восстановления возможностей и кондиций статуса больного, перенесшего клиническую манифестацию болезни, с коррекцией негативного психопатологического фактора (*восстановительное лечение*) – проблема перспективных клинических исследований.

Таким образом, исследование нарко-токсикомании с позиций клинической нозологии позволяет методологически корректно описывать и квалифицировать патологию, фиксируя патогенетический детерминизм клинического диагноза и, соответственно ему, – развивать стратегию и тактику лечебно-восстановительного компонента клинического введения и мониторинга патологии. Это – системный подход и системное решение, позволяющее иметь возможность методологически точного объективного отображения клинической реальности. Выявление, описание, анализ и квалификация клинической научной фактологии определяется в системное свое качество (системное знание), формируя научно-детерминированную базу профессионального знания. Соответственно, этим обеспечивается научно-практический формат профессиональной отраслевой (медицинской) деятельности, оформляемый в соответствующие структурно-административные композиции (ОСНПК).

Технологическое информационно-аналитическое решение научно-практического комплекса – специально разработанная на кафедре наркомании и токсикомании РНИМУ им. Н.И. Пирогова *система «Аддикта»*¹. Отдельные фрагменты и технологические разделы (этапы) её формирования изложены нами ранее [2; 4; 7].

¹Свидетельство Роспатента № 2005611376; Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016617423

Современные информационно-коммуникационные технологии – ИКТ (кибермедицина) – неотъемлемая часть клинической аддиктологии, инновационный инструмент повышения качества и координации профильной медицинской деятельности, её организационно-методического менеджмента. Оформление клинико-технологической логистики пациентов (клиническая маршрутизация), развитие системы контроля качества медицинской помощи как стратегия развития – базовое целеполагание. Клиническое делопроизводство здесь – всестороннее отображение спектра научно-практического клинического процессинга, цифровой базис клинического научно-практического делопроизводства. Принцип организации: распределенные модули. Принцип работы: комплекс «системное заполнение базы данных – анализ материала – синтез технологии клинической диагностики и динамического ведения патологии и её практическая имплементация». Обеспечиваемая таким образом производственная результативность: активное формирование базы знаний, клиническое протоколирование и стандартизация в рамках новых методологических приоритетов и ресурсов.

Документы и документооборот: медицинская карта стационарного и амбулаторного больного – объективность, индивидуализация и автоматизация формирования, что создает возможность точной формализации профессиональной работы. Инновационное решение, позволяющее безупречно точно и в соответствии с базовыми (академическими) требованиями дифференцированного клинического обследования (описания) и оформления индивидуализированной параметрии психического состояния (психический статус больного), собрать, сконцентрировать, сгруппировать для математической обработки и обработать наиболее важную оценочную параметрию, получило обозначение «генератор клинических текстов» [7].

«Генератор клинических текстов» – технологическая возможность оперативного максимально корректного внесения в медицинский документ данных, подлежащих математической обработке, в форме гармонизированного клинического текста, принятого в рамках специальности «Психиатрия» (анамнез, клиническое описание картины болезни с использованием профессиональной понятийной базы и терминологии без ущерба возможной потери качества и нюансировки описания психического статуса по его разделам [4]. Такой способ (алгоритм) подготовки клинического

документа сегодня предельно актуален. Являясь по сути традиционным для специальности, он критично важен для проведения *клинического разбора как фактора индивидуализации клинической (психопатологической) диагностики*. Это, кроме прочего, дает возможность собрать необходимый информационный пул по всем значимым аспектным направлениям, осуществлять динамический мониторинг состояния пациента (динамика клинического диагноза) и динамическое ведение каждого клинического случая (фактор персонификации).

Резюме

Таким образом, результат клинико-методологического изучения нарко-токсикомании в формате «аддиктивная болезнь» позволяет создать масштабное оценочное пространство, где клиника и детерминированная параклиника получают новый импульс своего прецизионного (включая персонификацию) системного исследования. Клиническая аддиктология, её методология и принципы функционирования включают базовые факторы: академический клиницизм, примат психопатологии и цифровой базис делопроизводства.

Базовое целеполагание предполагает следующий перечень: активная профилактика аддиктивной болезни как сопряжение факторов активной санации микросоциума и ранней первичной идентификации преморбидных и дебютных проявлений нарко-токсикомании; активное структурированное терапевтическое ведение аддиктивной болезни; клинико-динамический мониторинг «терапевтической ячейки». Этим достигается требуемый статус персонификации клинической работы, который является в данном рассмотрении органичным компонентом структурированной профессиональной деятельности.

Предметно-объектный фактор: факультетский и госпитальный клинический уровень рассмотрения и оценки патологии. Факультетский уровень определяет клиническую аддиктологию как предмет изучения, а объектом изучения является аддиктивная болезнь. *Госпитальный уровень:* предмет изучения – аддиктивная болезнь (нарко-токсикомания), объект – больной, страдающий аддиктивным заболеванием (нарко-токсикоманией).

Представленная дихотомия отражает требуемый статус клинического академизма и формирует адекватное понятийное пространство специальности.

Клинико-патогенетический фактор аддиктивной болезни акцентирует психиатрический характер патологии. Определение соответствия параметров клинического диагноза и стратегии клинико-терапевтического ведения «патологической ячейки» реализуется в парадигме «активная санация микросоциума».

Накопление необходимых объемов достоверных данных в едином методологическом форм-факторе и эффективная работа с ними позволяют говорить о новом уровне организации специализированной профессиональной деятельности, что сегодня является крайне востребованным. Кадровая подготовка, базирующаяся на системном академическом знании – альтернатива формализованному текущему фрагментированному «профессиональному инструктажу», который, делая упор на актуальную (не всегда, к сожалению, в достаточной степени адекватную текущему рассмотрению) нормативную базу или фактологию, сегодня фактически подменяет квалифицированное системное преподавание предметной части важной клинической сферы профессиональ-

ного знания. Очевидно, такая ситуация является вынужденной, что должно мотивировать профессиональное сообщество на активное её преодоление, в первую очередь – за счет квалифицированных методологических производственных решений. Здесь качество профессионального образования становится решающим фактором.

Таким образом, клинико-методологическое исследование позволяет формулировать базовые положения научно-практического направления «клиническая аддиктология» как:

1. Методологический базис, концентрация и объединение усилий профессионалов: клиническая компетенция и компетентность.

2. Структурирование и взаимосвязь профессионального сообщества, координация формата «клиника – параклиника»: принцип «креативной симфонии».

3. Преподавание предмета: системное актуальное транслирование инновационно-получаемых данных (база знаний клинической аддиктологии) в существующих и новых образовательных технологиях.

Список литературы

1. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. 344 с.
2. Благов Л.Н. Актуальные вопросы клиники и профилактики аддиктивного заболевания. М.: «Гениус-Медиа», 2013. 432 с.
3. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. М.: «Гениус», 2005. 316 с.
4. Благов Л.Н. Клиническая аддиктология: научно-практическая методология. Клинические лекции. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2021. 355 с.
5. Благов Л.Н. Психопатологическая феноменологическая диагностика в клинике аддиктивного заболевания. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011. 280 с.
6. Кургак Д.И., Благов Л.Н., Бохан Н.А. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия). Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2007. 166 с.
7. Лощинин А.А., Благов Л.Н., Шуплякова А.В., Федорова Е.В. Инновационные инструменты клинического делопроизводства в психиатрии, наркологии и клинической аддиктологии на основе современных компьютерных технологий // Наркология. 2021. Т.20. №2. с. 16 – 32.
8. Чернобровкина Т.В. Кершенгольц Б.М. Память и сознание при болезнях зависимости (теоретические и практические аспекты). Казань: МеДДок, 2019. 384 с.

References

1. Blagov L.N. Aktual'nye aspekty psihopatologii addiktivnogo zabolevaniya. M.: NCSSKH im. A.N. Bakuleva RAMN, 2008. 344 s.
2. Blagov L.N. Aktual'nye voprosy kliniki i profilaktiki addiktivnogo zabolevaniya. M.: «Genius-Media», 2013. 432 s.
3. Blagov L.N. Opioidnaya zavisimost': kliniko-psihopatologicheskij aspekt. M.: «Genius», 2005. 316 s.
4. Blagov L.N. Klinicheskaya addiktologiya: nauchno-prakticheskaya metodologiya. Klinicheskie lekci. M.: ООО «Sam Poligrafist», 2021. 355 s.
5. Blagov L.N. Psihopatologicheskaya fenomenologicheskaya diagnostika v klinike addiktivnogo zabolevaniya. M.: NCSSKH im. A.N. Bakuleva RAMN, 2011. 280 s.
6. Kurgak D.I., Blagov L.N., Bohan N.A. Opioidnaya narkomaniya, oslozhnennaya alkogolizmom (klinicheskaya dinamika, psihopatologiya, terapiya). Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2007. 166 s.
7. Loshchinin A.A., Blagov L.N., SHuplyakova A.V., Fedorova E.V. Innovacionnye instrumenty klinicheskogo deloproizvodstva v psihiatrii, narkologii i klinicheskoy addiktologii na osnove sovremennyh komp'yuternyh tekhnologij // Narkologiya. 2021. T.20. №2. s. 16 – 32.
8. CHernobrovkina T.V. Kershengol'c B.M. Pamyat' i soznanie pri boleznyah zavisimosti (teoreticheskie i prakticheskie aspekty). Kazan': MeDDok, 2019. 384 s.

CLINICAL ADDICTOLOGY AS ACTUAL PART OF CANONICAL CLINICAL PSYCHIATRY: POSSIBILITIES AND PERSPECTIVES OF INNOVATION

Blagov L.N.¹

Abstract

The result of a longitudinal clinical and methodological study: aspects of the formation of an innovative clinical scientific and practical direction «clinical addiction» and a new format of professional scientific and practical activities in the psychiatry of pathological addiction.

Keywords

clinical addiction, drug addiction, psychopathology, digitalization, clinical academicism, academic methodology, clinical school.

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

For correspondence: Blagov L.N., lblagov@rambler.ru