

# АДДИКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ И КОМОРБИДНОСТЬ. СОСТАВЛЯЮЩИЕ АКТУАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ. ЧАСТЬ 2. ДИДАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Благов Л.Н.<sup>1</sup>

## Аннотация

Анализ актуальной фактологии нозологической картины специфического патологического процесса. Коморбидность в психиатрии, наркологии и клинической аддиктологии. Аспект профессионального образования специалиста-клинициста. Фактор клинической специализации.

## Ключевые слова

клиническая аддиктология, аддиктивная болезнь, нарко-токсикомания, психопатология, коморбидность, профессиональное образование.

<sup>1</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

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

## Коморбидность как клинико-методологическое понятие и его дидактическое позиционирование

Все перечисленное в предыдущем материале «Аддиктивная болезнь и коморбидность. Составляющие актуальной научно-практической специальности. Часть 1. «Клинико-методологический аспект» в полной мере демонстрирует важность точного определения клинического понятия коморбидности. Это дает основания полагать данный раздел подготовки специалиста-клинициста крайне востребованным. Данное понятие – не дань моде, а предельно актуальный компонент клиники патологической аддикции и зависимости. Речь идет именно о диагностике и лечении патологии на системном уровне, но не только коррекции фазовых проявлений синдрома отмены психоактивной субстанции (ПАС), включая дисфункциональный клинический фактор болезненного влечения [1 – 7]. Здесь любое терминологическое определение должно максимально отражать реальную клиническую потребность и объективные обстоятельства организации клинической фактуры без излишне вольного обращения с последней.

Именно потому, что о коморбидности в настоящий момент говорится постоянно, многочисленные литературные источники изобилуют всевозможными упоминаниями об этом клиническом проявлении. Все это порождает очередной виток моды на красивый термин. Для клинической аддиктологии, как начинающей научно-практической отраслевой профессиональной активности, важно трезвое отношение к так называемым международным рубрификациям и общепринятым содержательному рассмотрению базисной клинической феноменологии в рамках пресловутого «американизма» [1, 2]. Точнее, важна аксиоматичность невозможности такового рассмотрения с этих позиций. Любое стремление бездумно использовать важное медицинское понятие, опираясь на такой формат, обречено на неуспех. Это наносит колossalный вред всей профессионально представленной клинической дисциплине, невзирая на «дежурную» аргументацию «простоты», «доступности», «регламентируемой контролируемости». Важно отдавать отчет в том, что привнесение любых определений и истолкований без опоры на клинико-методологический академизм сегодня следует рассматривать как сознательное привнесение хаоса и анархии в и без того не отличающуюся высокой методологической дисциплиной наркологию. Здесь налицо плохая образовательная работа и некритичный кадровый отбор в системе формирования квалифицированного профессионального сообщества. Данная ситуация уже давно должна быть пересмотрена: должны быть востребованы не «эффективные распорядители национальным здравоохранением» на всех уровнях организации и практического ведения

профильной клиники, а клинически правильно обра зованные и квалифицированные специалисты, которым предоставлены все необходимые возможности для эффективной работы. Таковые, возможно, могут быть востребованы, будучи фундаментально подготовленными, владеющими в необходимой степени методологическим базисом клиницизма. В этом случае фундаментальные клинико-диагностические алгоритмы не являются каким-либо серьезным затруднением, требуя лишь адекватно-выстроенного научно-практического компонента деятельности, где точность понятий и тщательность их проработки является обязательным атрибутом. Не является здесь каким-либо исключением диагностиком коморбидности – важной клинической характеристики сложной клинической психосемантической организации.

Каков вообще смысл для клинициста-психопатолога, специализирующегося в сфере аддиктивной патологии, в выделении и описании такого понятия, как коморбидность? Что за ним скрывается именно в аспекте клиническом? Как его следует понимать? Что позитивного привносится данным понятием в реальную повседневную клиническую практику? Какое значение это имеет для правильной организации терапии?

Особо важно отметить, что существующая концепция наркологии сегодня, к сожалению, не готова дать методологически точное определение клинического статуса коморбидности, так как оперирует лишь базовым фактором «синдром зависимости», имеющим свой начальный семантический синдромальный контекст (простой (малый) синдром), что невозможно рассматривать с позиции достаточности данного понятийного уровня. В данном смысле понятие коморбидность не имеет клинического содержания, демонстрируя недопустимую тенденцию к упрощению. Соответственно, наркология в её нынешнем качестве, таким образом, попросту не в состоянии адекватно оперировать этим понятием.

Важно остановиться на определении понятия коморбидности именно в клинической аддиктологии. Одним из вариантов определения термина коморбидность можно считать способность к ассортативному (избирательному) присоединению к основной патологии других патологий с формированием, в конечном счете, вполне прогнозируемых и понятных сочетаний. Такие сочетания являются в полной мере естественными. Более того – они являются практически обязательными и отсутствие одного из компонентов такого ассортативного присоединения может восприниматься как некое «некомплектное» присоединение патологии. Изучение подобных сочетаний в настоящее время активно развивается, хотя и на очевидно недостаточном методологическом базисе.

Все же, такое понимание, на наш взгляд, не является в достаточной мере строгим и исчерпывающим, поскольку дает возможность оценивать коморбидность, в основном, на низких диагностических уровнях – симптоматическом и простом синдромальном. Нет нужды говорить здесь о том, что подобное толкование отражает идеологию упрощенного синдромального подхода к пониманию наркологической клиники как базовую версию её интерпретации и фактически не подразумевает очевидного прогресса в постижении болезни как полноценного предметного знания. В данном случае оно даже попросту компрометирует такой синдромальный подход.

По этой причине нам представляется более аргументированным и целесообразным иное, на наш взгляд более точное, определение понятия коморбидности. Коморбидность следует определять как наличие в клинической картине двух и более патогенетически самостоятельных клинических феноменов не менее, чем синдромального уровня, способных формировать каждый в отдельности самостоятельную клинику (заболевание), а потому патогномоничных, но в данном случае объединенных в едином, чаще – процессуальном развитии одного общего заболевания. В более определенном смысле коморбидностью можно считать одновременное проявление двух и более нозологий у одного больного. Такое сочетание не может являться в полной мере обязательным, а имеет элемент случайности. Точнее, механизм такого комплектования патологии пока не исследован, а потому не понятен. Очень важным здесь является динамическое наблюдение за болезнью и регистрация любой динамики сложного (большого) синдрома, который либо сохраняет свою самостоятельность, либо поглощается другими, более патогенными структурами. В значительной степени это является важным для психопатологической коморбидности. Определять ли коморбидность как сочетание разнородной патологии – психиатрической и соматической – вопрос. Мы, все же, не склонны драматизировать ситуацию и считаем такое толкование возможным, но обязательно с указанием именно на характер коморбидности, не являющейся психопатологической. Здесь важны приоритеты аддиктивного поведения (клинико-психопатологическая каннотация) как главного в определении усугубляющихся расстройств соматической сферы. Является ли соматика двигателем и ведущим мотивационным фактором для наркологии и в какой мере? – вопрос, требующий ответа. Это важный методологический аспект для клинициста психиатра-аддиктолога. Например, сочетание туберкулеза и алкоголизма – вполне понятный пример

такой коморбидности. Это вполне нозологическое сочетание и оно, встречаясь на практике достаточно часто, не является, тем не менее, обязательным. Иными словами, алкоголик не обязательно должен быть еще и туберкулезником и наоборот. Является ли жировая дистрофия печени при алкоголизме некоторым нозологически самостоятельным симптомо-комплексом (синдромом) и правомочно ли её рассмотрение как психо-соматической коморбидности с алкогольным аддиктивным заболеванием? – на наш взгляд, пример того, как далеко может увести не слишком обоснованное применение понятия. Тем не менее, подобных сочетаний в клинике аддиктивного заболевания более чем достаточно. В данном случае нивелирован приоритет патогенеза. Это, вероятно, также имеет последствия в виде многопрофильных (объединяющих психиатрию и соматику) программ лечения аддиктивной патологии в её химической ипостаси. Таковое, в известном смысле компромиссное решение при непременном условии правильной расстановки акцентов сегодня допустимо и взаимно дополняет (комплектует) терапию.

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

Как следует из вышесказанного, такое понимание коморбидности является логичным и обозначает целый спектр сочетаний самостоятельных патологических начал. Естественным является понимание определенного взаимного влияния патологических феноменов в рамках единого болезненного процесса, когда выявление того или иного их приоритета становится предметом клинического маркирования и изучения. Понятно также, что рассмотрение патологии в ракурсе её простого синдромального клинического воспроизведения практически исключает сколь-нибудь серьезные разговоры о коморбидности. Это является важным положением для клинической аддиктологии, которая, в отличие от традиционной наркологии, не может ориентироваться на такое упрощенное синдромальное рассмотрение и опираться в качестве примера для подражания на работы современных американских и европейских авторов, о чем мы упоминали ранее, также приводя подробный аналитический обзор доступных нам источников [1; 2]. К слову сказать, анализируя подобные работы, мы не находим там методологически выверенного определения и понимания коморбидности. Наоборот, перемешивание понятий и неразборчивость в аргументации наряду со спорной и неубедительной с точки зрения клиники

диагностикой, не отражающих в совокупности должной теоретической глубины отображения патологии, как раз и демонстрируют недостаточный методологический уровень таких работ. При этом, как правило, отсутствует именно психопатологический формат рассматриваемой проблемы. Выделяемый синдром (точнее – синдромокомплекс простого (малого) формата) зависимости, укомплектованный простыми синдромами абстиненции и патологического влечения, предполагает их практически обязательное сочетанное воспроизведение в рамках наркологического (аддиктивного) заболевания<sup>1</sup>. Поэтому говорить о коморбидном характере этих синдромов в данном случае не приходится. Если в рамках наркологического заболевания описывается аффективная патология (депрессия) и при этом одновременно ориентируется в синдром патологического влечения (на наш взгляд, с клинико-психопатологических позиций – суждение попросту ошибочное) – это также никакая не коморбидность, а всего лишь более комплектный синдром патологического влечения (не меняющий простого своего изначального клинико-феноменологического качества). В этом случае нельзя говорить о депрессии, но лишь о некоей симптоматике депрессивного (похожего на депрессию) характера. Более того, впервые детально описанная нами ранее психопатологическая картина специфической «опиатной» депрессии как органическая структурная составляющая клиники опиатной наркомании [1], пока еще никак не рассматриваемая другими авторами как значимый клинический признак, также не является проявлением коморбидности, когда речь идет об этой самой наркомании в её эссенциальном существовании и выражении. Если же такая аффективная патология является самостоятельной и отражает самостоятельную форму психического заболевания (например – циклотимию или более патогенный клинический сценарий аффективного психоза), сочетаясь с аддиктивным заболеванием, это вполне можно считать проявлением коморбидности. При этом, а равно как и при описании специфических аффективных расстройств в рамках конкретной аддиктивной нозологии, – алкогольной депрессии или упомянутой выше опиатной депрессии, – везде требуется четкая клиническая (а не психологическая или спекулятивно ориентированная лишь на известные диагностические шкалы) диагностика, подтверждаемая подробным дифференцирующим клиническим описанием и точной квалификацией данной патологии. При этом ни о каком синдромальном рассмотрении аддиктивной патологии не может быть и речи, поскольку выявление и описание самостоятельных патологических картин, безусловно, подразумевает

определяющий нозологический подход к их диагностике.

В порядке некоего компромисса можно отметить, что при изучении клиники некоторых форм невроза (варианты невроза навязчивостей), иногда вполне возможна некая синдромальная коморбидность, проявляемая сочетанием обсессивно-фобического (в данном случае – стержневого) и депрессивного (в данном случае – добавочного) синдромов. Здесь правомочно говорить о неврозе навязчивостей и невротической депрессии, поскольку депрессия в её психопатологическом каноническом толковании – аутохтонный и самодостаточный феномен, который имеет свою собственную психопатологическую динамику, как самостоятельную (аффективный психоз), так и в рамках общего (совместного) заболевания. Поэтому, он может сопровождать другую симптоматику, или проявляться вполне самостоятельно. Важно, однако, выяснить приоритет: наблюдается ли именно невротическое мышление, «пропитанное» плохим настроением, или это, все же, аффект тоски (то самое «плохое настроение») по-своему модифицирующее мышление? В данном случае исключительно значим квалифицирующий анализ всех компонентов психического статуса. Это – диагностика, требующая вникания и филигранного профессионализма психопатолога. Необходимо также прояснение главного вопроса коморбизма: насколько обязательным является подобное сочетание в клинике одного заболевания? Если оно является частым или попросту обязательным, а синдромы имеют характеристики сквозного, или формируют единую болезненную картину – это уже не коморбидность, а клинически единая феноменология. Что касается неврозов, то данная проблема находит свое отражение в некоторых их типологиях, когда неврозы подразделяются на самостоятельные формы: невроз навязчивостей, астеноневроз, истероневроз и невротическую депрессию. Целесообразность такого разделения скорее тактическая, нежели феноменологическая. Не будет здесь серьезной ошибкой рассматривать клинику невроза как единый клинический феноменологический аспект, имеющий свою главную – регистровую (характерный уровень клинического воспроизведения психопатологии) квалификацию, предъявляющую варианты преобладающей заметности того или иного из перечисленных компонентов психического статуса (обсессивно-компульсивный, астенический, истероформный). В любом случае, данный диагностический подход предполагает высокую степень ответственности клинициста, проявляющего здесь фактор академического знания, по-прежнему культурируемое

<sup>1</sup> Патогномонично, что в данном случае и на данном уровне рассмотрения патологии все разговоры о так называемой первой стадии зависимости можно смело опустить, дабы не вдаваться в формализм и фактические спекуляции.

канонической психиатрией, невзирая на всевозможные примитивизирующие «недоклиницизмы». Понятно также, что имеются в виду не рубрификации последних номиналов – эмитированные страховой медициной DSM и МКБ. Речь идет о возвращении к методологически адекватному полноценно клиническому рассмотрению и исследованию психопатологии, то есть к клиницизму.

Продолжая говорить о психопатологических взаимоотношениях синдромов в рамках одного общего (единого) заболевания, можно констатировать, что степень доминирования и самостоятельности здесь, скорее всего, будет определяться именно психопатологическим регистром каждого конкретного, комплектного аффективному, синдрома. При этом каждый раз требуется патогенетически выверять такую самостоятельность, что требует необходимых предметных знаний, ювелирной и тщательной методологически обоснованной диагностики (имеется в виду психопатологическая методология).

Однако, подобная синдромальная коморбидность, все же, является феноменом начального уровня. Она, как правило, не представлена на этом уровне полно и исчерпывающе, требует в своем четком определении и понимании знания особенностей конкретной нозологии. По этой причине мы склонны рассматривать синдромальную коморбидность, как половинчатое, некомплектное явление. Оно, возможно, будет страдать излишней спекулятивностью, а потому, не обладая необходимым предметным знанием, оно не слишком желательно для предъявления в качестве серьезной аргументации при глубоком анализе клинической феноменологии. Возможно даже – это некий жаргон в общении специалистов, «на скорую руку» формулирующих тактический (синдромальный) терапевтический аспект, поэтому для клинической дисциплины, отражающей стратегические параметры работы с аддиктивной патологией, все же, идентификация синдромальной коморбидности не обязательна (и, в целом, нежелательна). Требуемый уровень изучения патологии бескомпромиссно диктует необходимость не поверхностной, а в достаточной степени глубокой локализующей точной диагностики патологии в её комплексном, взаимосвязанном и взаимозависимом состоянии.

Итак, говоря о коморбидности, мы подчеркиваем не простой набор характерных для данной нозологии симптомов и синдромов, проявляемых в рамках одного заболевания. Наоборот, коморбидность отражает именно факт сосуществования в динамическом взаимодействии, а также взаимное влияние самостоятельных синдромов и нозологий, сочетание которых в принципе возможно, но не является

обязательным для данной основной рассматриваемой нозологической единицы. Это в полной мере относится к клинической аддиктологии. Такой подход вполне оправдан и необходим при определении клинических и психопатологических приоритетов в контексте выверенного диагностического форматирования клиники. Подобное отражение уже имеет место при высококачественном анализе клиники, отражающей сочетание эндогенного и аддиктивного (наркологического) заболевания [7]. Как только определяется именно такой подход (а не просто перечень некоторых синдромов, который спекулятивно толкуется как коморбидность), инициируется уже более системное понимание главных закономерностей патологического процесса. Естественно, что здесь значительно точнее выявляются приоритеты и мишени для осмысленной и адекватной терапии. Это также позволяет сформировать перечень технологических требований как методического содержания, так и требований к конкретике лекарственного назначения, если речь идет о психофармакотерапии.

Отсюда вполне правомочным, на наш взгляд, становится определение круга психопатологической коморбидности для аддиктивного заболевания. Это понятие позволяет с большой долей вероятности рассматривать коморбидность как специфическое явление, с возможностью определения психопатологических приоритетов и динамики наблюдаемых болезненных проявлений, а потому – с возможностью точного прогнозирования дальнейшего течения заболевания, что является необходимым условием высокодифференцированного изучения и постижения патологии. Это, безусловно, способствует более точному выбору патогенетически детерминированной терапии во всем её диапазоне.

Коморбидность в клинической аддиктологии – одно из наиболее частых патологических проявлений данной категории. Несмотря на некоторую спорность в вычленении наркологической коморбидности (в силу формулирования тезиса о синдроме зависимости такая коморбидность отсутствует по определению), этим все же приходится заниматься, учитывая все перечисленные нами выше клинические аргументы. Это приходится делать хотя бы для того, чтобы уйти от понятийной и терминологической анархии (когда вместе и в сочетании с синдромальной платформой рассмотрения наркологической патологии выдвигается и обсуждается тезис о коморбидности, что, повторимся, при подобном уровне рассмотрения – нонсенс). По соображениям, изложенным выше, коморбидность не должна быть синдромальной. Поэтому, следуя логике понимания данного вопроса, мы можем определять такую коморбидность в её нозологическом отражении и нозоспецифичности. Это в полной мере подразумевает четкое нозологически-самостоятельное описание и определение

наркологической патологии, что реализуется только в аспекте развивающегося нами научно-практического направления «клиническая аддиктология». По вполне понятным причинам приоритет здесь необходимо отдавать клинико-психопатологическому рассмотрению патологии, методологической платформой которого является каноническая психиатрия. Как показывает опыт научно-практического и образовательного форматов, только такая оценка наблюдаемых патологических процессов в наркологии (при условии непредвзятости и отторжении любой конъюнктуры) позволяет адекватно оценить их патогенетические и клинические особенности как разрядность феноменологии клинической аддиктологии. В данном аспекте становятся вполне очевидными возможности психопатологической диагностики на симптоматическом, синдромальном уровне, что, как показывает практический опыт, вполне позволяет определить нозологическую специфичность и самостоятельность этой патологии. Важно, что при этом полноценно реализуется аспект дифференцированной диагностики, позволяя формировать её точную алгоритмiku. Никаких методологических препятствий здесь не существует, кроме недостаточного количества и качества объективных психопатологических наблюдений. При этом, известные опасения представителей «синдромального» направления в наркологии в принципиальной невозможности искать и находить определенные и значительные различия в клинических структурно-динамических проявлениях как болезни в целом, так и на уровне синдрома отмены (к примеру, опиатов и каннабиса, или алкоголя,ベンゾдиазепинов или органических летучих растворителей, «новых» субстанций и так далее) являются в полной мере архаичными. В равной степени этим отличаются детализированные описания картины ломки в рамках синдрома отмены, выдаваемой в итоге за принципиальное отличие видовой клиники. Они базируются как раз на отторжении психиатрической оценки наркологической патологии и предъявлении фактически токсикологической соматизированной аргументации. Кстати, само по себе чрезмерное увлечение синдромом отмены и привязка к нему всей клиники – явление распространенное и свидетельствующее о недостаточной глубине понимания болезни, что, сыграв «глупую шутку» с важнейшим разделом здравоохранения, привело в итоге к его полной дискредитации. Сегодня это, наконец, должны уяснить себе те специалисты, которые несут ответственность за развитие этого направления. Более того, именно психопатологическая оценка в полной мере позволяет видеть значительно дальше синдрома отмены и также по-

зволяет адекватно фиксировать и квалифицировать патологию, наблюдалась в рамках *de facto* процессуального течения наркологического (аддиктивного) заболевания. Это создает условие для клинической самостоятельности данной патологии не только с этиопатогенетических позиций, но и с клинических, что является необходимым уровнем оценки нозологии как клинически самодостаточного. Также, в свою очередь, это позволяет оценивать психопатологический регистр, в котором реализуется уровень поражения – неврозоподобный, психотический, энцефалопатический. Определение реальной патогенности (наркогенности) той или иной химической субстанции, ассоциированной с химической зависимостью, здесь становится вполне осмысленным (и крайне востребованным!) делом. Тогда токсикологические последствия острого и хронического отравления перестают фигурировать в полной и единственной мере как «своевременно фиксируемый» критерий тяжести зависимости. Следует с полной определенностью сказать, что такая исключительно токсико-медицинская оценка наркологического заболевания является в данном случае в корне неправильной. Она неправильна потому, что парадоксально смещает клинические приоритеты оценки тяжести именно психического заболевания в область соматического и неврологического неблагополучия (каковые – всего лишь последствия хронической интоксикации психоактивными субстанциями, но не его исчерпывающая причина и, тем более – основной патогенетический «двигатель» всего клинически сложно организованного болезненного процесса). Тяжесть (прогредиентность) данного патологического процесса, каковым, по сути, является нарко-токсикоманическая зависимость, можно оценить лишь с точки зрения психопатологии. Отсюда также становится понятным, что даже тщательная психопатологическая оценка тяжести синдрома отмены не является исчерпывающей психопатологической характеристикой тяжести самого заболевания<sup>1</sup>.

По этой причине, адекватно оценивая психопатологию в рамках процессуальной конкретики аддиктивной болезни, вполне возможно формулировать параметры аддиктивной коморбидности. Оценка взаимоотношения алкоголя, опиатов, каннабиса, стимуляторов и препаратов седативно-снотворной группы (равно здесь может фигурировать и так называемый несубстантный аддиктивный фактор – патологический гэмбллинг и гейминг) возможна не просто в рамках механистичного и даже, определяясь точнее – вульгаризированного синдрома зависимости, а требует определения психопатологических приоритетов, формируемых каждым ингредиентом

<sup>1</sup>Даже самый важный фрагмент синдрома отмены – абстиненция – это всего лишь одно из проявлений заболевания, к тому же, в данном (неверном) употреблении чрезмерно соматизированное, транзиторное и жестко привязанное к интоксикации.

в рамках отдельного и конкретного вида аддиктивного заболевания, в их реальном сосуществовании у каждого конкретного больного. Это, безусловно, позволяет видеть как общую патологическую закономерность (нозологически представленную и детерминированную), так и её конкретное синдромальное воплощение в каждом конкретном случае. Только такой подход дает основания говорить о наличии или отсутствии коморбидности. К примеру, часто встречающийся в клинике «алкогольный» этап у опиатного наркомана может в одной ситуации расцениваться как коморбидность, а в другой – как фазовая особенность течения единого патологического процесса (чаще – наркомании, реже – алкогольной аддиктивной болезни). Здесь также получают повод для рассмотрения ситуации с трансформацией одной патологии в другую. Все это, как нетрудно заметить, – весьма различные и даже разнородные состояния. Как показывают наши исследования, только при таком рассмотрении возможна наиболее продуктивная оценка клинической феноменологии и её оптимальная терапевтическая проработка. Этим необходимо заниматься, несмотря на очевидное усложнение проблемы. В данном случае мы можем отметить, что основная тенденция – прямо противоположная.

В аспекте излагаемой концепции коморбидности для клинической аддиктологии также возможно и необходимо рассмотрение вариативной алгоритмики сочетания аддиктивной болезни с другой психиатрической патологией. В этой связи особо значима четкая и точная диагностика самостоятельных клинических психопатологических феноменов, формирующих первичную коморбидную связку. Это тем более важно, поскольку здесь намного больше, чем в привычной ситуации тривиальной наркологической понятийно-смысlovой интерпретации, востребована тщательная и кропотливая дифференциальная клиническая диагностика. Это может являться неким первым диагностическим этапом. Далее требуется вычленение психопатологических приоритетов и определение характера их взаимного влияния в клинике такого комплексно оформленного заболевания. Только после проделанной аналитической работы можно установить нозологическую принадлежность каждого компонента коморбидного включения патологий и активировать элемент клинического прогноза, а также сформулировать и приступить к реализации продуманной терапевтической стратегии.

С учетом сказанного, можно достаточно внятно определить психиатрический сектор круга психопатологической коморбидности аддиктивной болезни. Здесь вполне понятными являются её сочетания с неврозами, эндогенными психозами и заболеваниями,

сопровождающимися органическим психосиндромом (при естественном условии его достаточной клинической выраженности). В этом случае наибольшей степени востребована тщательная нозологическая диагностика, позволяющая определить логику синдромального проявления обоих составляющих компонентов в рамках их коморбидного существования.

Наиболее спорным и требующим очень скрупулезного подхода к диагностике, а также целостному пониманию сути патологического начала является определение коморбидности как сочетания аддиктивной патологии и расстройства личности (в каноническом и более точном терминологическом определении – психопатии). Здесь также критично важна методология диагностики. Очевидно, что приоритетной является точная клинико-психопатологическая квалификация наблюдаемой феноменологии. Для психопатии, как для психопатологического феномена, имеющего своё качественное психопатологическое содержание, помимо отсутствия очерченной психопродукции психотического уровня в фазе компенсации, важными являются собственно фазовые характеристики компенсации и декомпенсации как таковые. Наличие диагностируемых декомпенсаций в преморбиде аддиктивного заболевания свидетельствует о психопатии и является медицинской психопатологической характеристикой такого преморбида. Роль психопатии в дебюте аддиктивного заболевания к настоящему времени достаточно понятна. Большинством клиницистов эта роль оценивается адекватно. Что касается динамики психопатии на фоне течения самого аддиктивного заболевания – это очень интересный и очень важный вопрос перспективного клинического изучения. В его рамках требуется длительное динамическое исследование и накопление клинического материала, а также непредвзято-точная дифференцированная клинико-психопатологическая его оценка и интерпретация. Было бы крайне неверным такой, накапливаемый с большим трудом, материал оценивать лишь в синдромальных категориях и с помощью диагностики осложненного наркологического расстройства посредством разнообразных тестов, опросников и шкал. Здесь очень востребованными представляются полноценные психопатологические описания и их квалификации. Наши наблюдения фиксируют сложный характер взаимодействия психопатии и сформированного на её фоне аддиктивного заболевания. При таком рассмотрении на первый план выступают взаимоотношения уровневого характера, когда более патогенная клиника поглощает менее патогенную, и все определяется, в конечном счете, доминирующим регистром психопатологической картины.

В заключение следует отметить, что поднимаемая в настоящее время проблематика коморбидности в наркологической клинике, является в известной степени новой. Она требует глубокой и непредвзятой проработки, выстроенной на понятийной платформе клинической аддиктологии без скоропспелых или умозрительных толкований. Для этого требуется привлечение как квалифицированных исследовательских ресурсов, так и методологически валидное их оснащение. В первую очередь, здесь важна методология клинического исследования, в основе которой лежит психопатологический статистико-динамический анализ психического состояния пациента. Полноценное психо-семантическое отображение коморбидности может быть реализовано только в рамках клинико-нозологического подхода.

Таковыми, по нашему мнению, являются приоритетные подходы к проблематике коморбидности, реализуемые в его клинико-патогенетическом истолковании и для реальной помощи в определении фактора терапии. Точность понятий, их выстраивание в жесткую патогенетическую систему, характеризующую конкретику и тенденции течения аддиктивного заболевания, безусловно, способствует выработке необходимой стратегии и тактики клинического и параклинического ведения больных.

В ракурсе рассмотренных выше методологических аспектов крайне актуально клиническое сопровождение (диагностическое и терапевтическое) целого ряда патологических процессов, имеющих свой реальный коморбидный статус. Это – нарко-токсикомания и то, что сегодня (пока крайне расплывчато, без точной психопатологической детализации) определяется как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Также актуален аспект квалифицированного клинико-аддиктологического анализа особенностей проявления аддиктивной патологии у ветеранов военных конфликтов и боевых действий. Здесь реальными клиническими факторами становятся выраженный невротизм, характеристики динамики личности и, в особенности, клинический сценарий паранойяльного её развития. Практически обязательным здесь является известный органический клинический фактор, рассматриваемый контекстно. Наличие тяжелой психотравмы (фактор физического ранения) – случай, практически всегда требующий клинического сопровождения. При этом должна оцениваться как сама возможность коморбизма (параллельное формирование нарко-доминанты и её клинико-динамические психопатологические параметрические статусные характеристики), так и контекстные особенности реализации всего лечебно-восстановительного комплекса.

## Резюме и выводы

Перечисленное – насущные задачи современной медицины, которая уже сегодня должна уметь воспроизводить современную действенную алгоритмику своей научно-практической комплексной реализации, что невозможно осуществить без точных методологических её оснований. Крайне важно найти выход из тупика, в котором оказался важный специализированный медицинский комплекс. Для этого требуется высокая степень заинтересованности отрасли в своем поступательном развитии, что должно безоговорочно приниматься всеми структурами её организации. Фактор повышения качества профессионального медицинского образования, в первую очередь, – это активное формирование клинического мышления у специалиста. На этом пути, однако, присутствуют весьма серьезные условия, учитывать которые необходимо.

Текущие экономические проблемы общества формируют капитализм как единственную формуцию, способную обеспечить необходимый уровень мотивации человека к эффективному труду. Вместе с тем, наблюдается четкая тенденция, абсолютизирующая финансовый ресурс как таковой, когда обладание им становится главной целеполагающей доминантой и модератором социальных отношений. Не будучи структурированным в необходимой степени морально-этическим и духовным началом, он неизбежно получает значительный отрицательный импульс своей реализации. Поэтому рыночный фактор, активно и навязчиво внедряемый в медицине и ставший уже сегодня главенствующим во многих её организационных формах, несмотря на известную необходимость, заметно демонстрирует самые убогие качества своей реализации, нивелируя изначальное гуманистическое начало медицинской профессии. «Выдуманная» наркология – органичный продукт системы, на поверхку – бесперспективной, поскольку конечным её продуктом становится банально-циничная «торговля здоровьем» с фальшиво-навязчивым элементом псевдо-участия. Именно поэтому, востребован лапидарный, предельно упрощенный формат делегирующего ответственность объяснения проблем «ухудшения здоровья» как набор банальных штампов и не имеющего отношения к делу цифрового шантажа, что оформляет ведение проблемы в рамках «проектной» реализации манипулирующего менеджмента. Понятийная сторона идеологии здесь безусловно апеллирует к псевдонауке. Выход на первую смысловую линию симптомокомплекса и формата малого синдрома – вот то идеологически оформленное профессиональное невежество (логический продукт «торговли здоровьем»), которое стало для отрасли неподъемным грузом, не позволяющим свободно плыть по океану неизведенного.

Для этого необходим иной корабль науки, управляемый мудростью и знанием навигации как исторически формирующейся системы, каковая определена методологией научно-практического предметного постижения истины. Симптомокомплекс и малый синдром – лишь видимая часть айсберга распознаваемой и постигаемой сущности. Её глубинная часть, скрывающая истинные пружины и механизмы динамики болезненного процесса, может быть исследована только нозологически. Упрощение и обобщение синдромального подхода на этом фоне выглядят посмешищем, подчеркивая лишь банальное скудование и лень раскручиваемой концепции современного научно-исследовательского процесса, не дающего ничего для практики предметного знания в его клинической конкретике. Здесь врач становится лишь продавцом манипуляции, которую пациент (терпеливо!, поскольку он всего лишь patient) безысходно обязан купить. Вполне очевидно,

### Список литературы

- Благов, Л.Н. Актуальные вопросы клиники и профилактики аддиктивного заболевания / Л.Н. Благов. – Москва : Издательство "Гениус Медиа", 2013. – 432 с. – ISBN 5-94973-004-7.
- Благов, Л.Н. Клиническая аддиктология: научно-практическая методология. Клинические лекции / Л.Н. Благов. – М : ООО «Сам Полиграфист», 2021. – 355 с.
- Благов, Л.Н. Методологические аспекты клинической диагностики в психиатрии-наркологии / Л.Н. Благов // Наркология. – 2011. – Т. 10, № 7(115). – С. 90-100.
- Благов, Л.Н. Опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом: клинико-психопатологические особенности и проблемы диагностики / Л.Н. Благов, Д.И. Кургак // Международный медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 41–47.
- Благов, Л.Н. О понятии коморбидности в клинической наркологии / Л.Н. Благов, В.И. Кургак // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 5(53). – С. 58-63.
- Кургак, Д.И. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия) / Д.И. Кургак, Л.Н. Благов, Н.А. Боян. – Томск : Типография "Иван Федоров", 2007. – 166 с.
- Чирко, В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами / В.В. Чирко. – М : Медпрактика-М, 2002. – 167 с.

что в существующей системе понятий предметом продажи может быть лишь манипуляция, имитирующая улучшение, облегчение, предлагающая фантом здоровья, но никак не его реальность. Манипуляция – это обеспечение функции коррекции (не лечения!). Точнее, лечение здесь может явиться лишь неким случайным результатом «по воле звезд на небе». Оно не прогнозируется при данном методологическом антраше. Именно формат коррекции (а это уровень симптомокомплекса и малого синдрома) становится органичным пространством медицинской коммерции.

Кто сможет разорвать этот порочный круг? Где этот доктор? И кто, все же, его пришлет в наши авгиевы конюшни для их столь необходимой санации? Где находится то сакральное знание, способное вернуть гордость воинствующего дилетантизма на грешную землю?

### References

- Blagov, L.N. Aktual'nye voprosy kliniki i profilaktiki addiktivnogo zabolевaniya / L.N. Blagov. – Moskva : Izdatel'stvo "Genius Media", 2013. – 432 s. – ISBN 5-94973-004-7.
- Blagov, L.N. Klinicheskaya addiktologiya: nauchno-prakticheskaya metodologiya. Klinicheskie lekciy / L.N. Blagov. – M : OOO «Sam Poligrafist», 2021. – 355 c.
- Blagov, L.N. Metodologicheskie aspekty klinicheskoy diagnostiki v psiatrii-narkologii / L.N. Blagov // Narkologiya. – 2011. – T. 10, № 7(115). – S. 90–100.
- Blagov, L.N. Opoidnaya zavisimost', oslozhnennaya alkogolizmom: kliniko-psihopatologicheskie osobennosti i problemy diagnostiki / L.N. Blagov, D.I. Kurgak // Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. – 2005. – № 2. – S. 41–47.
- Blagov, L.N. O ponyatii komorbidnosti v klinicheskoy narkologii / L.N. Blagov, V.I. Kurgak // Narkologiya. – 2006. – T. 5, № 5(53). – S. 58-63.
- Kurgak, D.I. Opoidnaya narkomaniya, oslozhnennaya alkogolizmom (klinicheskaya dinamika, psihopatologiya, terapiya) / D.I. Kurgak, L.N. Blagov, N.A. Bohan. – Tomsk : Tipografiya "Ivan Fedorov", 2007. – 166 s.
- Chirko, V.V. Alkogol'naya i narkoticheskaya zavisimost' u bol'nyh endogennymi psihozami / V.V. Chirko. – M : Medpraktika-M, 2002. – 167 c.

# **ADDICTIVE DISEASE AND COMORBIDITY. COMPONENTS OF AN ACTUAL CLINICAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL SPECIALTY. PART 2. DIDACTIC ASPECT**

Blagov L.N.<sup>1</sup>

## **Abstract**

Analysis of the actual factual nosological picture of a specific pathological process. Comorbidity in psychiatry, narcology and clinical addictology. Aspect of professional education of a clinical specialist. The factor of clinical specialization.

## **Keywords**

clinical addictology, addictive disease, drug addiction, psychopathology, comorbidity, professional education.

<sup>1</sup> Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

For correspondence: Lev Nikolaevich Blagov, lblagov@rambler.ru