

**«ОРГАНИЗМ – ПОВЕДЕНИЕ – СОЗНАНИЕ» –
НОВАЯ СТАРАЯ ПАРАДИГМА НАРКОЛОГИИ**

Геннадий Николаевич Носачев, Игорь Геннадьевич Носачев

*Самарский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии,
443099, Самара, ул. Чапаевская, д. 89, e-mail: nosachev.g@mail.ru*

Реферат: В статье выдвигается новая старая парадигма в наркологии в виде разбора поведенческих расстройств в комплексе «организм – поведение – сознание» в наркологии, в частности на обсуждении поведения освидетельствуемых на алкогольное опьянение водителей. Описываются невербальное поведение при разных вариантах опьянения и варианты осознания состояния опьянения освидетельствуемыми.

Ключевые слова: комплекс «организм – поведение – сознание», алкогольное опьянение, освидетельствование, невербальное поведение, анозогнозия.

«ORGANISM – BEHAVIOR – CONSCIOUSNESS» –
NEW OLD PARADIGM OF ADDICTIONS

Gennady N. Nosachev, Igor G. Nosachev

Samara state medical University, Department of psychiatry,
narcology, psychotherapy and clinical psychology,
443099, Samara, Chapayevskaya Str., 89,
e-mail: nosachev.g@mail.ru

The paper puts forward a new old paradigm in addiction in the form of analysis of behavioral disorders in the complex “organism – behavior – consciousness” in addiction, particularly in the discussion of the behavior being examined for alcohol intoxication of drivers. There were described non-verbal behavior in different variants of intoxication and variants of realization of a state of intoxication justified.

Key words: complex “organism – behavior – consciousness,” alcohol intoxication, examination, non-verbal behavior, anosognosia.

*Бедная, бедная психология,
сперва она утратила душу,
затем психику, затем сознание,
а теперь испытывает тревогу
по поводу поведения.
Британская энциклопедия [13]*

Странные метаморфозы происходят в отечественной науке о поведении. Став родоначальниками новой науки – рефлексологии в конце XIX – начале XX веков (современной этологии – науки о поведении – бихевиоризма) (И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев, И.П. Павлов), русские исследователи в последующем практически потеряли интерес к поведению, и вновь он стал возрождаться в 80-е годы XX века, в том числе и в психиатрии. «Вся методическая база, а

также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.» [13], а развитие А.Н. Корнетовым [1] и В.П. Самохваловым направление [12,13] позволило говорить в клинко-этологическом методе в психиатрии [2, 13]. Это не помешало отечественному психологу М.Г.Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать ее репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния [14].

Цель статьи – привлечь внимание теоретиков и практиков психологии и психиатрии, в первую очередь наркологов, к изучению комплекса «организм (влечение) – поведение – сознание (личность)» через невербальное поведение (НП).

Естественно, что мы можем остановиться только на отдельных исследованиях составляющих указанного комплекса, в частности, невербальном поведении и осознании поведения потребителей алкоголя с опорой на наши исследования [8–10].

В первой составляющей комплекса (организм – влечение) ограничимся привычными для отечественной наркологии классификациями патологического влечения на навязчивое, сверхценное, компульсивное и импульсивное, а предболезненные формы по И.С.Кону [3] на: детензивное, аффективное, гедонистическое, влечение для повышения самооценки, компенсаторное, коммуникативное, комфортное, манипулятивное.

Вернемся к клинко-этологическому методу как основе исследования поведения при психических и собственно поведенческих расстройствах.

«Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербаль-

ного общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т.д. Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» [13].

Опираясь на второй вариант методологии клинической этологии в психиатрии, авторы статьи с сотрудниками [8–10] предприняли изучение невербального поведения (НП) при эндогенных и психогенных депрессиях [10] и при различных вариантах алкогольного опьянения [8,9]. Признавая или не признавая самостоятельность клинико-этологического метода, предлагаемого А.А.Коробовым (1990–1991), В.П. Самохваловым (1984–2002), А.Н. Корнетовым и Н.Е. Корнетовым (1990), следует согласиться с авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний, включая депрессии (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., 2000–2016).

Приведем отдельные данные, полученные нашими сотрудниками, по НП на основе сравнительного сопоставления взаимосвязи психологических и клинико-этологических особенностей НП у лиц, проходивших медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (легкая степень опьянения). Были выделены типичный и атипичные формы алкогольного опьянения. К типичной форме было отнесено острое простое (эйфорическое) алкогольное опьянение (60 освидетельствуемых). К атипичным формам – дисфорическая, дистимическая (депрессивная), маниакальная (маниакальноподобная), истерическая формы алкогольного опьянения (по 60 человек в каждой группе). Контрольная группа включала 60 освидетельствуемых лиц без установленного алкогольного опьянения (группа условно здоровых). Анализ НП преимущественно проводился в комплексе «мимика–поза–жест». Исследование индивидуально-психологических особенностей у освидетельствуемых проводилось с помощью индивидуально-типологического опросника и осознания ситуации освидетельствования.

Все варианты опьянения характеризовались увеличением общего количества мимических комплексов в НП по сравнению с контрольной группой. По мере убывания количества общего числа мимических комплексов можно было выстроить варианты следующим образом: истерический, эйфорический, дисфорический, маниакальноподобный и дистимический. А по многообразию мимических комплексов выстраивался следующий ряд: истерический, эйфорический, контрольная группа, маниакальноподобный, дистимический и дисфорический. Таким образом, имелось четкое расхождение количества мимических комплексов и их многообразия.

Сравнение вариантов опьянения по общему количеству жестов в изученных группах можно было выстроить в следующий ряд: эйфорический, истерический, дисфорический, маниакальноподобный, дистимический и контрольная группа; а по многообразию жестов – истерический, дистимический, эйфорический, маниакальноподобный, дисфорический и контрольная группа.

Если сравнивать общее количество и многообразие, взяв за основу соотношение в контрольной группе, то можно выделить гармоничное (типичное) и дисгармоничное (атипичное) соотношение. К типичному комплексу можно отнести эйфорический вариант опьянения, который по позам соотносится количественно с контрольной группой, а по мимике и жестам значительно, но достаточно ровно повышено. Истерический вариант по исследуемому комплексу также можно считать типичным, хотя по общему количеству в два раза выше, чем при эйфорическом варианте. Атипичность комплекса формировалась, с одной стороны, общим количеством единиц комплекса по сравнению с типичным, в частности эйфорическим, а с другой – уменьшением многообразия. К ним отнесены маниакальноподобный, дисфорический и дистимический варианты.

Выделены следующие варианты попыток скрыть (отрицать) алкогольное опьянение (диссимуляция, анозогнозия, осознание состояния).

Приуменьшение (частичная, парциальная анозогнозия) степени опьянения и количества выпитого является практически универсальным поведением освидетельствуемых (47,6%). При этом приуменьшение касается всего анамнеза, количества выпитого, времени употребления, самой ситуации и обстановки административного нарушения. При частичной анозогнозии психологические защиты отличались умеренной деструктивностью, при которой до осознания допускается лишь часть информации о поведении и состоянии при употреблении алкоголя. Смысловая регуляция поведения была упрощена, противоречива и мало осознавалась.

Тотальное (полное) отрицание опьянения (27,8%) характеризовалось абсолютным отрицанием самого факта употребления алкоголя, как в текущий день, так и накануне, а иногда были попытки отрицать употребление в течение месяца и более. Освидетельствуемые с недоверием относились к врачу. Упрямо отрицали, негодовали, угрожали жалобами и судом за их «незаконное» освидетельствование. Пытались активно избежать лабораторного исследования.

Псевдорациональная анозогнозия – модель оценки состояния и её диссимуляции (13,6%), которая характеризуется тем, что освидетельствуемые пытаются дать «объяснение», «рационализацию» опьянения (13,6%). В динамике данной модели на полюсах можно отметить два варианта. Экспансивный, «наступательный» вариант представлен целой системой «доказательств»,

«мировоззрением», где освидетельствуемый выступает в роли адепта с яркостью, активностью, театральностью отстаивания «свободы» и законности потребления спиртного, также как и употребление табака. На противоположном полюсе модели – «система объяснений», «рационализация» состояния не носит такой «наступательной» экспансивной яркости, её тональности скорее «оправдывающаяся», а роль – «жертва» обстоятельств.

При ретроанамнестическом варианте анозогнозии (7,5%) искажения реальности касаются только ситуации текущего времени, которая упорно переносится в прошлую жизнь текущее алкогольное опьянение. При этом временной разрыв был не менее одной-двух недель и даже до нескольких месяцев. Настоящее состояние чаще всего объясняется текущим соматическим заболеванием, употреблением сердечных препаратов со спиртом и т.п.

К конвенционально-камуфлирующей форме анозогнозии (3,5%) отнесены освидетельствуемые, которые пытаются замаскировать свое состояние подчеркнутым стремлением к соблюдению всех требований врача и других сотрудников, сопровождая общепризнанными, одобряемыми обществом, административно правильными суждениями и замечаниями. Они стремятся угодить медицинскому персоналу, сотрудникам милиции, беспрекословно выполняя все требования и даже предвосхищая их.

Таким образом, отдельные варианты анозогнозии алкогольного опьянения у освидетельствуемых носят преимущественно ситуационный характер как проявление различных механизмов психологических защит. Именно развитость у личности тех или иных вариантов психологических защит нарушает совладание и прогнозирование личностью последствий своего сиюминутного диссоциального поведения. Критика к состоянию, критичность – это категории не столько синдромальные, не клинические, сколько когнитивно-познавательные, в большей степени морально-этические, общепсихологические, влияющие на организацию поведения. Так, Б.В. Зейгарник определяла критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями» [4]. Аналогичного мнения придерживались И.А.Кудрявцев с соавт. [4], считая, что феномен критичности определяет сбалансированность психики и адекватность поведения складывающимся ситуациям.

Следовательно, в системе «вариант опьянения – личность – ситуация» диссоциальное поведение освидетельствуемых, в первую очередь, зависит от личности, ее критичности (осознание поведения, внутренняя картина здоровья), психологических защит, которые мешают личности и совладению, и управлению, и прогнозированию поведения по времени приема алкоголя, так и по поведению в ситуации медицинского освидетельствования, т.е. отсут-

ствует копинг-стратегия поведения в связи со слабым прогнозированием последствий опьянения за рулем. Поведение определяется, с одной стороны, анозогнозией пьянства и оправдательными психологическими защитами, свойственных недостаточно зрелой, преимущественно эмоциогенной, личности, а, с другой, не критичностью к потреблению алкоголя и предвидению последствий опьянения за рулем. К сожалению, данная группа зависимых личностей не охвачена превентивно-реадаптационными мероприятиями: и как группа общества потенциально опасная для транспортного движения, и как группа перехода в группу больших алкоголизмом.

Таким образом, следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения, как входящие в состав психопатологического синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства. В собственно личностные расстройства практически всегда включаются те или иные формы поведения, но не сводятся к ним и даже противоречат содержанию мышления личности (как это часто наблюдается при алкоголизме, например, анозогнозия), а в некоторых случаях происходит и «отчуждение» [5].

Большинство исследователей полагает, что в задачи этиологии вообще и этиологии человека, в частности, входят:

- а) наблюдение и описание поведения, т.е. феноменология и типология поведения;
- б) выяснение причин, вызвавших данное поведение, к которым могут быть отнесены генетические, средовые, церебральные, биохимические, клинические;
- в) изучение онтогенеза конкретного поведения;
- г) выяснение функционального значения данного поведения, его эволюционная история на основании сравнительного исследования, фактически филогенез и историогенез поведения [1, 2, 7–13].

Исследование поведенческих паттернов в структуре как психопатологических, так и собственно поведенческих расстройств [6, 7] с опорой на социальную и собственно этологическую психиатрию [12, 13].

Следовательно, использование клинко-этологического метода в наркологии, также как и в клинической психиатрии все еще ждет своих исследователей. Может быть, тогда и структура известных психических психопатологических и поведенческих синдромов наполнится не только феноменами невербального поведения, но может содействовать выделению новых синдромов в новой старой парадигме наркологии.

В заключении хочется указать на еще одну метаморфозу современной психологии поведения (этологии, бихевиоризма), которая заключается в том, что практически не рассматривающем поведение как вид деятельности, включающий в том числе и поступок, с позиций психологии деятельности А.А.Леонтьева и его школы.

Подобный подход, на наш взгляд, может объединить и внести много нового в выше разбираемую систему «организм (психофизиология влечения и др.) – поведение (внешняя и внутренняя деятельность, поступок) – сознание (субъект деятельности)».

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. Киев, 1990. 322 с.
2. Коробов А.А. Клинико-этологический метод: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1991. 38 с.
3. Кон И.С. Ребенок и общество (историко-этнографическая перспектива). М., 1988
4. Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., Тхостов АШ., Савина О.Ф. Структурно-иерархическая организация самооценки у аномальных (психопатических) личностей в кризисной ситуации // Психолог. журнал. 1991. № 3. С. 57–67.
5. Махова Т.А. Структура и функция алкогольной анозогнозии // Вопросы психологии. 1988. № 1. С. 154–158.
6. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред // Вопросы наркологии. 2010. №5. С. 95–102.
7. Менделевич В.Д. Проблема дифференциации психопатологических расстройств и поведенческой патологии (на модели физиологически обусловленных расстройств волевой регуляции) // Рос. психiatr. журн. 2013. № 5. С. 54–60.
8. Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. Поведенческие расстройства при типичном и атипичных вариантах алкогольного опьянения у лиц, проходящих медицинское освидетельствование // Наркология. 2011. № 8. С. 66–71.
9. Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. Анозогнозия алкогольного опьянения при медицинском освидетельствовании // Наркология. 2012. № 6. С. 55–59.
10. Носачев И.Г. Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2004. 22 с.
11. Руководство по аддиктологии [Под ред. проф. В.Д. Менделевича]. СПб: Речь, 2007. 768 с.
12. Самохвалов В.П. История души и эволюция помешательства. Сургут, 1994. 287 с.
13. Самохвалов В.П. Клинико-этологический метод в психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006. №3. С. 28–38.
14. Ярошевский М.Г. Наука о поведении: русский путь. Воронеж: ИПО «МОДЭК», 1996. 380 с.

REFERENCES

1. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Korobov A.A., Kornetov N.A. *Etologiya v psikhiatrii*. Kiev, 1990. 322 p. (in Russian)
2. Korobov A.A. *Extended abstract of MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 1991. 38 p. (in Russian)
3. Kon I.S. *Rebenok i obshchestvo (istoriko-etnograficheskaya perspektiva)*. Moscow, 1988. (in Russian)
4. Kudryavtsev I.A., Safuanov F.S., Tkhostov ASh., Savina O.F. *Psikholog. zhurnal*. 1991. № 3. pp. 57–67. (in Russian)
5. Makhova T.A. *Voprosy psikhologii*. 1988. № 1. pp. 154–158. (in Russian)
6. Mendelevich V.D. *Voprosy narkologii*. 2010. №5. pp. 95–102. (in Russian)
7. Mendelevich V.D. *Ros. psikhiatr. zhurn.* 2013. № 5. pp. 54–60. (in Russian)
8. Nosachev G.N., Kiseleva Zh.V. *Narkologiya*. 2011. № 8. pp. 66–71. (in Russian)
9. Nosachev G.N., Kiseleva Zh.V. *Narkologiya*. 2012. № 6. pp. 55–59. (in Russian)
10. Nosachev I.G. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Orenburg, 2004. 22 p. (in Russian)
11. *Rukovodstvo po addiktologii* [ed. V.D. Mendelevich]. St.Petersburg: Rech', 2007. 768 p. (in Russian)
12. Samokhvalov V.P. *Istoriya dushi i evolyutsiya pomeshatel'stva*. Surgut, 1994. 287 p. (in Russian)
13. Samokhvalov V.P. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2006. №3. pp. 28–38. (in Russian)
14. Yaroshevskii M.G. *Nauka o povedenii: russkii put'*. Voronezh: IPO «MODEK», 1996. 380 p. (in Russian)

Поступила 28.01.17.