

Зависимость от психоактивных веществ

| | |
|----------------|---|
| ДМИТРИЕВА Т.Б. | академик РАМН, д.м.н., профессор, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва |
| ИГОНИН А.Л. | д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва |
| КЛИМЕНКО Т.В. | д.м.н., профессор, рук. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва |
| ПИЩИКОВА Л.Е. | к.м.н., ст. науч. сотр. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва |
| КУЛАГИНА Н.Е. | к.м.н., ст. науч. сотр. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва |

Дана информация о распространенности наркологических заболеваний в России и о кардинальном с медицинской точки зрения феномене, вызываемом злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) — зависимостью от них. Рассмотрены принципы диагностики зависимости от ПАВ в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Международные диагностические критерии сравниваются с отечественными.

Как уже говорилось в одном из предыдущих сообщений, существует два вида непсихотических расстройств, вызываемых ПАВ. Кроме описанной ранее острой интоксикации к непсихотической патологии относится зависимость от ПАВ.

Термин *зависимость от ПАВ* был введен в соответствии с новыми принципами, на которых построена МКБ-10. В нашей стране более традиционным является использование названий заболеваний, отражающих вид вещества, которым злоупотребляет пациент: *алкоголизм, наркомания, токсикомания*. В последние годы стал распространенным термин *наркологическое заболевание*, объединяющий три указанных вида патологии.

Прежде чем перейти к характеристике проявлений зависимости от ПАВ необходимо привести сведения о распространенности в России наркологических заболеваний. В табл. 1 отображены данные государственной статистики за несколько десятилетий, позволяющие говорить о существующих тенденциях в этой области.

Как видно из таблицы, основной скачок распространенности в России алкоголизма пришелся на 70-е годы. В 80-х годах показатель болезненности алкоголизмом зафиксировался примерно на одном высоком уровне. Наибольшее же число состоящих на учете больных алкоголизмом пришлось на 1988 г. — почти 2 тыс. случаев на 100 тыс. населения. Это связано как с сохранявшейся в тот год высокой распространенностью заболевания, так и с максимальной активностью, проявлявшейся в 1985—88 гг. различными службами (в особенности МВД) по выявлению больных алкоголизмом. В последующем данный показатель понемногу снижался (в 2001 г. — 1520,0), хотя реальное число больных, зависимых от этанола, остается, по-видимому, очень высоким.

Об этом свидетельствует динамика показателей заболеваемости алкогольными психозами. В 70-е годы параллельно с ростом распространенности алкоголизма в стране рос данный показатель. До начала антиалкогольной кампании максимальное число заболеваемости алкогольными психозами было в 1980 г. — 26,8 на 100 тыс. населения (в 1984 г. — 20,4). Во время антиалкогольной кампании 1985—88 гг. данный показатель резко упал (до 5,1 на 100 тыс. населения в 1988 г.), что связано, по-ви-

димому, с активным в тот период выявлением больных алкоголизмом и их относительно своевременным лечением. Но уже к 1995 г. произошел драматический рост заболеваемости психогическими состояниями алкогольного генеза до 49,1 случаев на 100 тыс. населения. Такая тенденция может быть объяснена, кроме высокой распространенности алкоголизма, недостаточным лечением пациентов с данным заболеванием и обилием алкогольных суррогатов, наводнивших в то время рынок. Высокая заболеваемость алкогольными психозами удерживается до настоящего времени. В последний год произошел очередной скачок данного показателя (47,5 на 100 тыс. населения в 2001 г. против 42,5 в 2000 г.). Показатель болезненности алкогольными психозами, как известно, является менее демонстративным и поэтому здесь не обсуждается. У подростков (возраст 15—17 лет) алкоголизм и, тем более, алкогольные психозы обнаруживаются редко, так как зависимость от этанола в течение короткого указанного возрастного периода обычно не успевает сформироваться.

Показатель болезненности наркоманиями начиная с конца 80-х — начала 90-х годов прогрессивно возрастает. В 2001 г. на учете уже состояло 219,9 чел. на 100 тыс. населения. Если показатель болезненности подростков алкоголизмом остается очень низким, то показатель болезненности наркоманиями лиц данной категории весьма высок и приближается к аналогичному показателю, относящемуся к лицам зрелого возраста (100,7 против 219,9). Но при этом следует учесть, что показатель заболеваемости подростков наркоманиями выше, чем взрослых, — 54,9 против 43,6 на 100 тыс. населения. Поскольку для формирования наркомании достаточно нескольких месяцев, зависимость от наркотиков в интервале 15—17 лет у многих пациентов данной категории успевает полностью сформироваться.

При оценке ситуации, сложившейся в подростковой среде, надо учитывать также намного более высокую у них, чем у взрослых, распространенность токсикоманий. В 2001 г. показатель болезненности подростков токсикоманиями был в 5 раз выше, чем взрослых (43,1 против 8,3), а показатель заболеваемости — выше в 7 раз (8,3 против 1,2).

Следует отметить, что в 2001 г. некоторые показатели распространенности наркоманий в стране впервые за

Таблица 1

Динамика показателей распространенности наркологических заболеваний в России за период с 1970 по 2001 г.
(взяты лишь несколько произвольно выбранных лет, на 100 тыс. населения)

| Показатели | | 1970 г. | 1980 г. | 1988 г. | 1995 г. | 2000 г. | 2001 г. | |
|------------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| А | В | Б | 461,6 | 1458,5 | 1998,5 | 1630,4 | 1519,2 | 1520,0 |
| | | З | 95,7 | 244,0 | 198,4 | 155,5 | 130,6 | 140,1 |
| | П | Б | — | — | — | 16,6 | 17,9 | 21,9 |
| | | З | — | — | — | 12,2 | 10,4 | 12,9 |
| АП | В | Б | 43,0 | 47,5 | 10,9 | 74,8 | 71,8 | 77,9 |
| | | З | 16,1 | 26,8 | 5,1 | 49,1 | 42,5 | 47,5 |
| | П | Б | — | — | — | 1,1 | 0,8 | 1,2 |
| | | З | — | — | — | 1,2 | 0,7 | 0,9 |
| Н | В | Б | 7,9 | 11,4 | 16,9 | 44,0 | 186,6 | 219,9 |
| | | З | 0,9 | 1,1 | 4,4 | 15,5 | 50,7 | 43,6 |
| | П | Б | — | — | — | 45,9 | 123,9 | 100,7 |
| | | З | — | — | — | 40,5 | 84,1 | 54,9 |
| Т | В | Б | — | 1,1 | 3,7 | 5,2 | 8,4 | 8,3 |
| | | З | — | 0,2 | 1,2 | 1,4 | 0,95 | 1,2 |
| | П | Б | — | — | — | 23,6 | 47,6 | 43,1 |
| | | З | — | — | — | 11,3 | 6,9 | 8,3 |

А — алкоголизм, включая алкогольные психозы
 АП — алкогольные психозы
 Н — наркомании, Т — токсикомании
 В — все возрастные группы
 П — подростки
 Б — болезненность (состоящие под наблюдением на конец отчетного года)
 З — заболеваемость (заболевшие впервые в жизни в течение отчетного года)

много лет улучшились. Так, показатель заболеваемости наркоманиями среди всех групп населения в 2000 г. был 50,7, стал 43,6. Аналогичный показатель, характеризующий подростков, был 84,1, стал 43,6. Указанная динамика может иметь случайные причины, связанные, например, с появлением временных помех на пути доставки в страну наркотиков, а может свидетельствовать и о реальном приостановлении неблагоприятного процесса вовлечения в употребление наркотиков новых групп населения.

Необходимо отметить, что основная часть потребителей ПАВ, включая лиц, зависимых от них, остается все же вне поля зрения специалистов. Хотя в печати приводятся самые разные предположительные цифры количества наркологических больных, существующих в России (говорят, например, о 10 млн. наркоманов), точных данных о реальной ситуации в стране у нас нет. Сотрудник НИИ наркологии Минздрава России Е.А.Кошкина [1] с помощью вероятностного, так называемого номинационного метода установила, что на одного учтенного пациента, страдающего наркоманией или токсикоманией, в России имеется 7 неучтенных больных этого типа.

Исходя из расчетов Е.А.Кошкиной, можно предположить, что в настоящее время в России имеется более 2 млн. лиц, страдающих зависимостью от наркотиков и токсических веществ, а не 300 тыс., как об этом свидетельствуют официальные данные Минздрава России. Вне всякого сомнения, примерно такое же соотношение

существует между учтенными и неучтенными больными алкоголизмом. Предположительно можно говорить не о двух с лишним миллионах таких лиц, находящихся сейчас под наблюдением наркологов, а о 15 млн. пациентов, реально существующих в России. Таким образом, число больных алкоголизмом в стране пока еще почти на порядок больше, чем число пациентов, страдающих наркоманиями и токсикоманиями. Но при этом надо отметить, что показатели распространенности последних двух форм наркологических заболеваний растут в гораздо более высоком темпе, чем показатели распространенности алкоголизма.

В табл. 2 приводятся данные о кодировке в соответствии с МКБ-10 различных состояний, проявляющихся в рамках зависимости от ПАВ. При этом используются четвертый, пятый и шестой знаки кода. Цифра "2" по четвертому знаку означает, что имеет место синдром зависимости. При кодировании она используется в том случае, когда в период обследования (заполнения карты) у больного есть зависимость от ПАВ, но нет абстинентного состояния. При наличии последнего по четвертому знаку применяется цифра "3". В таблице указаны шесть критериев диагностики данного состояния.

Пятый знак позволяет дополнить простую констатацию наличия зависимости описанием характера употребления ПАВ или воздержания от них. Цифра "0" означает наличие ремиссии без нижеприведенных условий, "1" — это воздержание от ПАВ в условиях, исключающих упо-

МКБ-10. Кодировка синдрома зависимости от ПАВ

| Порядковые номера знаков: | | |
|--|--|--|
| Четвертый | Пятый | Шестой |
| F1x.2 Признаки синдрома зависимости: <i>a)</i> сильное желание принять ПАВ, <i>b)</i> сниженная способность контролировать прием ПАВ, <i>в)</i> абстинентное состояние (АС), <i>г)</i> повышение или снижение толерантности к ПАВ, <i>д)</i> “поглощенность” большого употреблением ПАВ, <i>е)</i> употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям. | F1x.20 Ремиссия без ниже приведенных условий. .21 Ремиссия в условиях, исключающих употребление ПАВ. .22 Ремиссия на поддерживающей или заместительной терапии. .23 Ремиссия на аверсивной или блокирующей терапии. .24 Употребление ПАВ без уточнения ниже приведенных условий. .25 Постоянное употребление ПАВ. .26 Периодическое употребление ПАВ. .29 Периодическое употребление ПАВ БДУ. | Стадии зависимости (признаки — см. в колонке по 4 знаку). F10.2x1 Начальная (первая): <i>a, б, г</i> — повышение, <i>е</i> (достаточно двух любых признаков). F10.2x2 Средняя (вторая): то же + <i>в, д</i> . F10.2x3 Конечная (третья): то же + <i>г</i> — снижение, а также стойкие соматоневрологические нарушения. |
| F1x.3 Абстинентное состояние (АС, синдром отмены). | F1x.30 АС неосложненное. .31 АС с судорожными припадками. .39 АС БДУ. | — |

ребление ПАВ. Под последними понимается, например, пребывание лица с зависимостью от ПАВ в пенитенциарных условиях.

Если препятствия для употребления ПАВ связаны с действием на больного принимаемых им лекарственных средств или каких-либо иных терапевтических методов, по пятому знаку используются цифры “2” и “3”. Под цифрой “2” понимается ремиссия, во время которой больной находится на поддерживающей или заместительной терапии. Поддерживающее лечение — это проведение в ремиссии любого вида терапевтического воздействия, направленного на предотвращение рецидивов. Среди возможных видов лечения специально выделена заместительная терапия, используемая при лечении наркоманий. Она предполагает так называемый контролируемый прием наркотиков. Врач заменяет привычный для больного “тяжелый” наркотик (например, героин) более “легким” (например, метадоном). Это временная промежуточная мера, позволяющая облегчить больному переход от интенсивного употребления наркотиков к полному воздержанию от них.

Цифра “3” по пятому знаку означает, что ремиссия вызвана применением такого медикаментозного метода, который препятствует употреблению больным привычных ПАВ. К таким методам относится назначение аверсивных или блокирующих препаратов. Аверсивные средства вызывают физическое отвращение к веществу. Например, введение подкожно или внутримышечно апоморфина вызывает реакцию тошноты или рвоты. При проведении условно-рефлекторной терапии перед возникновением данной реакции больному для выработки рефлекса отвращения к алкоголю дают спиртные напитки. Блокирующие препараты меняют характер воздействия наркотика на больного. Например, налтрексон блокирует опиатные рецепторы и препятствует возникновению эйфории при приеме привычных опиоидов. Тетурам нарушает метаболизм этанола, вызывая отрицательные соматические реакции на употребление спиртных напитков. Более подробно о медикаментозных средствах при лечении зависимости будет сообщено авторами в одной из последующих журнальных публикаций.

Под цифрой “4” по пятому знаку понимается употребление в момент осмотра больным ПАВ без нижеприведенных условий. Если четко выявляются постоянный или периодический типы употребления ПАВ, то используются две последующие цифры. Цифра “5” означает постоянное многонедельное или многомесячное употребление веществ. Под цифрой “6” понимается периодическое употребление ПАВ, когда периоды приема больших доз длительностью от нескольких дней до 1—2 недель чередуются с периодами полного воздержания или резкого снижения доз. Цифра “9” дублирует цифру “6”.

Шестой знак применяется с целью обозначения стадии наркологического заболевания. Следует отметить, что в оригинале МКБ-10 понятий о стадиях зависимости вообще нет. Они введены в классификацию составителями варианта, адаптированного для использования в России. Это связано с существованием в нашей стране прочных традиций использования так называемых динамических классификаций наркологических заболеваний, предполагающих выделение этапа течения или стадии болезни.

Для установления стадий заболевания применяются те же критерии, что и для диагностики зависимости от ПАВ вообще (см. Перечень критериев ее диагностики под цифрой “2” по четвертому знаку). Та или иная комбинация из этих критериев кладется в основу диагностики различных стадий заболевания. Начальная (первая) стадия, а, следовательно, и наркологическое заболевание вообще, устанавливается в том случае, если обнаруживаются следующие четыре критерия из шести: *a)* сильное желание принять ПАВ, *б)* сниженная способность контролировать прием ПАВ, *г)* повышение толерантности к ПАВ и *е)* употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям. При диагностике первой стадии заболевания не обязательно должен быть в наличии полный набор из этих четырех критериев. Составители адаптированного для России варианта МКБ-10 допускают возможность установления первой стадии заболевания при обнаружении лишь двух критериев из четырех. Поскольку в тексте классификации нет указаний на то, какие именно два критерия должны быть использованы, речь может

Сравнительная оценка понятий о клинических проявлениях наркологических заболеваний, принятых в МКБ-10 и в некоторых традиционных отечественных классификациях

| МКБ-10: синдром зависимости | Отечественные классификации: | |
|--|---|---|
| | алкоголизма | наркоманий (токсикоманий) |
| Сильное желание принять ПАВ | Первичное патологическое влечение к алкоголю | Психическая (психологическая) зависимость от наркотика (токсического вещества) |
| Повышение или снижение толерантности к ПАВ | Повышенная или пониженная толерантность к алкоголю | Повышенная толерантность к наркотику (токсическому веществу) |
| Абстинентное состояние | Алкогольный абстинентный синдром (ААС) | Физическая зависимость: абстинентный синдром + потребность в его купировании |
| — | Изменение картины острой интоксикации (опьянения) алкоголем | Изменение картины острой интоксикации (опьянения) наркотиком (токсическим веществом) |
| Сниженная способность контролировать прием ПАВ | Утрата количественного контроля | — |
| — | Алкогольные амнезии опьянения | — |
| — | Изменение формы употребления алкоголя: запой или постоянная форма | Изменение формы употребления наркотиков (токсических веществ): периодическое или постоянное употребление |
| “Поглощенность” больного употреблением ПАВ | Алкогольные изменения личности | Наркоманические (токсикоманические) изменения личности. Отрицательные соматические и социальные последствия наркомании (токсикомании) |
| Употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям | Отрицательные соматические и социальные последствия алкоголизма | |

Примечание. Последовательность перечисления критериев синдрома зависимости по МКБ-10 несколько изменена

идти, по-видимому, о сочетании любых двух из четырех перечисленных выше.

Такой принцип установления стадий наркологических заболеваний находится в некотором противоречии с существующими в отечественной наркологии принципами диагностики данной группы психических расстройств. Так, первую стадию, а, следовательно, и наркологическое заболевание вообще, можно установить без наличия патологического влечения к ПАВ (“сильного желания” их принять, по МКБ-10), ограничившись обнаружением, допустим, повышения толерантности к ПАВ и их употребления вопреки вредным последствиям. Между тем патологическое влечение к веществу в большинстве отечественных схем признается главным критерием наличия алкоголизма или наркомании.

Средняя (вторая) стадия зависимости диагностируется при наличии четырех указанных критериев плюс *в*) абстинентное состояние (АС) и *д*) “поглощенность” больного употреблением ПАВ.

Если имеются все признаки второй стадии, а также снижение толерантности и стойкие соматоневрологические нарушения, обусловленные злоупотреблением ПАВ, то диагностируется конечная (третья) стадия зависимости.

Цифра “3” по четвертому знаку означает АС (синдром отмены). При кодировании она используется в тех случаях, когда в период обследования (заполнения карты) у больного имеется данное состояние. Под ним понимается комплекс расстройств, возникающих при отмене или снижении доз принимаемых ПАВ.

Если по четвертому знаку используется цифра “3”, то по пятому знаку должно быть дано уточнение в отношении того, наблюдались или нет у больного при данном обследовании в структуре абстинентного синдрома судорожные припадки. Если они не возникали, применяется

цифра “0” — неосложненное АС. Если же наблюдались, используется цифра “1” — АС с судорожными припадками. В данной рубрике приведена также цифра “9”, обозначающая АС без дополнительных указаний. Цифра “9” применяется в тех случаях, когда указания на наличие или отсутствие судорожных припадков в структуре АС отсутствуют. Шестой знак при кодировании АС не используется.

Следует отметить, что в МКБ-10 клинические проявления зависимости от ПАВ описаны достаточно лаконично. В отечественной литературе разработан ряд гораздо более детальных и углубленных классификаций клинических проявлений наркологических заболеваний. Из них применительно к алкоголизму наиболее известны схемы И.В.Стрельчука [2, 3], А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой [4], Н.Н.Иванца и А.Л.Иголина [5], В.Б.Альтшулера [6, 7] и другие, применительно же к наркоманиям — схемы А.Г.Гофмана с соавт. [8], Э.А.Бабаяна, М.Х.Гонопольского [9], И.Н.Пятницкой [10], А.Г.Врублевского [11], М.Л.Рохлиной [12, 13] и прочих авторов. Есть классификации, объединяющие диагностические подходы к этим двум группам наркологических заболеваний [14, 15 и др.]

В табл. 3 сравнены диагностические критерии, предложенные, с одной стороны, составителями МКБ-10 и, с другой — авторами традиционных отечественных классификаций.

Как видно из таблицы, в этих схемах используется разная терминология.

Принятый в МКБ-10 (в варианте, адаптированном для России) термин *сильное желание принять вещество* в отечественных классификациях обычно обозначают с помощью других понятий. При алкоголизме такая постоянная, существующая даже в трезвом состоянии, потребность в спиртных напитках называется *первичным патологиче-*

ским влечением к алкоголю^{*}. При наркоманиях и токсикоманиях используются термины *психическая или психологическая зависимость от наркотиков* (токсических веществ).

Говоря о патологическом влечении к ПАВ или психической зависимости от них, нельзя не упомянуть о существующих в отечественной наркологии типологических схемах клинических вариантов данного вида психических расстройств, хотя они и не приведены в МКБ-10. Наиболее известной является схема А.А.Портнова и И.Н.Пятницкой [4, 10], описавших обсессивный и компульсивный варианты влечения. Следует отметить, что эти термины взяты из описания различных форм навязчивостей, обнаруживаемых у психически больных. Обсессивные навязчивости предполагают преимущественно идеаторный, а компульсивные — двигательный характер проявлений. В основе разделения влечения на обсессивный и компульсивный варианты лежат, во-первых, интенсивность проявлений симптома и, во-вторых, степень “охваченности” этим психопатическим феноменом личности наркологического больного. Как правило, степень выраженности двух указанных признаков тесно коррелирует.

При обсессивном варианте патологического влечения к ПАВ его выраженность относительно умеренна. Хотя больной и ощущает потребность в ПАВ, его способность регулировать свое поведение сохраняется. При наличии серьезных социально-этических и иных препятствий он вообще может преодолеть желание употребить вещество и отказаться от него. Поскольку данным психопатологическим феноменом охвачена лишь часть личности больного, он осознает наличие у себя влечения к ПАВ и критичен к своему состоянию. Характерна борьба мотивов — употреблять или не употреблять вещество, заканчивающаяся в зависимости от различных обстоятельств выбором одного из вариантов решения.

Наличие компульсивного варианта патологического влечения к ПАВ предполагает большую интенсивность проявления данного психопатологического феномена. По степени выраженности влечение при данном варианте сравнивают с жадой или голодом. Больной активно и бескомпромиссно стремится к реализации влечения; принятые социально-этические нормы и иные препятствия уже на него не действуют. Влечением охвачена вся личность больного, поэтому он не осознает наличие у себя данного психопатологического феномена и не критичен к своему состоянию. Характерно объяснение больным необходимыми или возможностью употребления ПАВ различными случайными обстоятельствами.

Наличие у больного обсессивного или компульсивного вариантов патологического влечения к ПАВ или зависимости от них связано, во-первых, с видом принимаемого ПАВ. Для зависимости от алкоголя или “легких” наркотиков (гашиш) более характерен обсессивный вариант влечения, для зависимости от “тяжелых” наркотиков (героин, кокаин) — компульсивный. Во-вторых, возникновение того или иного вида влечения обусловлено характером состояния, в структуре которого проявляется данный психопатологический феномен. В структуре АС чаще возникает компульсивный вариант влечения, в структуре длительной ремиссии — обсессивный.

В.Б.Альтшулер [16] предложил другую классификацию клинических вариантов патологического влечения к ПАВ (в первую очередь к алкоголю), которая, как полагает автор, больше отвечает задачам подбора медикаментозных препаратов, купирующих данный синдром. Он выделил генерализованный, парциальный и галлюцинозорный варианты патологического влечения к ПАВ.

Ю.В.Валентик [17] и В.Б.Альтшулер [16] предложили также альтернативную вышеприведенным схемам, описательную характеристику проявлений влечения к веществам с выделением идеаторного, аффективного, поведенческого, вегетативно-соматического и некоторых других компонентов данного психопатологического феномена.

Переходя к характеристике симптома измененной толерантности к ПАВ, необходимо отметить, что по западной терминологии толерантность — это повышение переносимости ПАВ, увеличение дозы, необходимой для достижения того же, что и прежде, эффекта. В отечественной литературе обычно применяются термины *повышенная* или *пониженная толерантность*^{**}. Обе эти разновидности изменения переносимости вещества встречаются при алкоголизме. Применительно к наркоманиям используется только термин *повышенная толерантность*.

Еще одним очень важным видом клинических проявлений зависимости является АС, которое в соответствии с отечественными традициями чаще называют *абстинентным синдромом*. На Западе еще используются эквивалентные термины *синдром отмены*, или *синдром лишения*. Понятие *абстинентное состояние*, или *абстинентный синдром*, применяется в диагностике как алкоголизма, так и наркоманий^{***}. При описании клинической картины наркоманий многие специалисты продолжают использовать также термин *физическая зависимость* (по аналогии с *психической зависимостью*). Данное понятие включает в себя, во-первых, абстинентный синдром и, во-вторых, потребность в веществе, возникающую в связи с необходимостью купировать с его помощью абстинентные расстройства.

АС наиболее характерны для таких наркологических заболеваний, как алкоголизм, зависимость от опиоидов, седативно-снотворных веществ, кокаина и амфетаминов [8, 9, 11, 12, 13, 18 и др.]. При зависимости от каннабиноидов, галлюциногенов, летучих растворителей абстинентные расстройства либо не возникают, либо проявляются в относительно слабо выраженной форме.

Опийный абстинентный синдром обычно носит особо тяжелый характер и охватывает все органы и системы. Начинают проявляться соответствующие симптомы у опийных наркоманов через 18—24 ч после последнего введения наркотика. Через 2—3 дня абстинентные расстройства достигают максимальной выраженности. Длительность опийного абстинентного синдрома — 1—2 недели (интенсивное лечение может сократить эти сроки).

В структуре опийного АС проявляются следующие соматические расстройства: сердечно-сосудистая патология (колебания АД, аритмия); желудочно-кишечные нарушения (повышенное слюноотделение, отсутствие аппетита, тошнота, диарея); симптомы со стороны дыхательных путей (насморк, чихание, учащение дыхания); прочие соматические нарушения (озноб, зевота, тягостные боли

^{*} Влечение к ПАВ в структуре опьянения или АС отечественные авторы относят к вторичным формам данного психопатологического феномена.

^{**} В оригинале МКБ-10 понятие “понижение толерантности” отсутствует.

^{***} Приоритет в описании данного клинического феномена при алкоголизме принадлежит, как известно, отечественному психиатру С.Г.Жислину [19].

в мышцах, суставах и костях — так называемый алгический синдром). Наблюдаются также вегетативные и неврологические расстройства: гиперемия, бледность кожи, гипергидроз, тахикардия, мидриаз, слезотечение, тремор пальцев рук и языка, фибриллярные и судорожные подергивания мышц конечностей.

Характерна разнообразная психическая патология: тревога, апатия, угнетенность настроения, возбудимость, демонстративное поведение, психомоторное возбуждение, нарушения сна, интенсивное влечение к ПАВ.

При других наркологических заболеваниях абстинентные расстройства обычно не носят столь тяжелого характера и охватывают лишь часть органов и систем. В структуре абстинентного синдрома, вызванного не опиоидами, а иными ПАВ, обычно отсутствует алгический синдром.

Следующая группа клинических проявлений зависимости связана с острой интоксикацией (опьянением) ПАВ. В традиционных отечественных классификациях данной группе симптомов уделяется много места. В МКБ-10 из этой группы осталась лишь одна разновидность клинических проявлений — сниженная способность контролировать прием ПАВ (утрата количественного контроля). Данный симптом был впервые описан E. Jellinek. Отечественные специалисты А.А.Портнов и И.Н.Пятницкая в 1973 году [4] включили утрату количественного контроля в свою клиническую классификацию. Используется понятие утраты количественного контроля только при описании алкоголизма; при диагностике зависимости от наркотиков (токсических веществ) оно не применяется.

Суть утраты количественного контроля состоит в том, что при формировании зависимости от алкоголя пациент утрачивает способность регулировать количество употребляемых спиртных напитков. После приема небольшой дозы алкоголя он испытывает потребность пить еще и еще, доводя себя до выраженного опьянения. Потребность в каждой очередной дозе возникает при снижении концентрации этанола в крови. В основе утраты количественного контроля лежит, таким образом, патологическое влечение к спиртным напиткам, проявляющееся в состоянии алкогольного опьянения.

Другие клинические проявления зависимости, связанные с опьянением, также описываются в основном в рамках алкоголизма. К ним относятся изменения картины опьянения с исчезновением эйфоризирующего эффекта алкоголя, а также появление в структуре острой интоксикации истеро-возбудимых, эпилептоидных и иных расстройств [19, 20, 21]. Еще одним видом клинических проявлений такого рода являются специфические фрагментарные амнезии периода опьянения (“палимпсесты”), которые особенно заметно начинают обнаруживаться у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, после формирования зависимости от алкоголя [4]. При опийных наркоманиях И.Н.Пятницкая [10] также описала изменения картины опьянения.

Еще одним важным клиническим параметром наркологического заболевания является постоянное или периодическое употребление ПАВ [19, 20, 22 и др.]. Применительно к алкоголизму это называется *постоянным пьянством* или запоями. В основе перехода от эпизодических однодневных эксцессов к этим двум формам злоупотребления алкоголем лежит появление абстинентных расстройств, вынуждающих больного пить на следующий день после употребления спиртных напитков. Критерии установления по-

стоянной или периодической форм употребления ПАВ были приведены в настоящей главе выше. И.Н.Пятницкая [10] в число клинических характеристик наркоманий (токсикоманий) также включает сведения о постоянной либо периодической форме употребления ПАВ.

Следует отметить, что в МКБ-10 информация о постоянной или периодической форме приема ПАВ дается не в перечне признаков зависимости по четвертому знаку (код F1x.2), а в разделе по пятому знаку, в котором рассматриваются второстепенные признаки зависимости (коды F1x.25 и F1x.26).

Последняя группа клинических проявлений зависимости имеет социально-психологический характер и отражает особенности личности наркологического больного. В МКБ-10 подход к оценке этих проявлений достаточно поверхностен и прагматичен. Во-первых, как признаки зависимости от ПАВ описываются “поглощенность” больного проблемой их употребления и забвение пациентами альтернативных интересов. Во-вторых, в качестве таких же признаков упоминается продолжение употребления ПАВ, несмотря на очевидные отрицательные последствия этого для здоровья и социального положения больного.

В отечественной психиатрической (наркологической) литературе существует большое число классификаций клинических вариантов изменений личности, развивающихся у наркологических больных. Такого рода изменения рассматриваются в качестве проявлений наркологического заболевания, а их обнаружение используется для диагностики зависимости. Одной из такого рода схем является классификация Н.Н.Иванца и А.Л.Игонина [5], при составлении которой использовались работы С.Г.Жислина [23], О.Е.Фрейерова [24], М.Е.Бурно [25] и ряда других авторов. Данная схема основана на общеизвестной концепции двухэтапного процесса нарастания изменений личности при любых экзогенно-органических процессах. На начальных этапах заболевания происходит усиление, заострение характерологических особенностей, на отдаленных же этапах — нивелировка, уплощение личности.

При наркологических заболеваниях в первой и второй стадиях их течения в зависимости от преморбидных особенностей целесообразно выделять (по частоте встречаемости) следующие типы изменений личности: синтонный, неустойчивый, астенический, эксплозивный, истерический и шизоидный. В третьей стадии заболевания нивелировка личности при злоупотреблении спиртными напитками проявляется в форме алкогольной деградации. В рамках данного состояния преморбидные характерологические особенности отступают уже на второй план, а определяющими являются “нажитые” изъяны личности в виде аффективной неустойчивости, психопатоподобных проявлений, морально-этического и интеллектуально-мнестического снижения, а также утраты критического отношения к заболеванию и своему состоянию в целом [23].

Хотя данная схема разрабатывалась применительно к алкоголизму, она используется и при описании изменений личности у больных наркоманиями (токсикоманиями). В наибольшей степени классификация подходит для описания изменений личности при зависимости от таких веществ, злоупотребление которыми приводит к постепенному нарастанию органических психических расстройств (кроме алкоголя — это барбитураты, бензодиазепины, кустарно изготавливаемые амфетамины, летучие растворители).

При опийной наркомании также обнаруживаются изменения личности, подобные описанным при алкоголизме С.Г.Жислиным, но их структурные особенности иные. Аффективные расстройства резче выражены и достигают степени ангедонии — невозможности без наркотиков испытывать вообще какие-либо положительные эмоции даже в ремиссиях. Больные постоянно ощущают угнетенность настроения, сочетающуюся с психическим и физическим дискомфортом. Чем больше длительность течения наркомании, тем глубже проявляется патология аффективной сферы, которую специалисты объясняют с биологических позиций “изнашиванием” опиатных рецепторов.

При опийной наркомании грубее, чем при алкоголизме, проявляются морально-этические дефекты. Это связано с тем, что так называемые референтные группы наркоманов, определяющие ценностную ориентацию больных, больше, чем компании алкоголиков, отделены от основной части общества и противостоят ей. Принятую основной частью общества мораль они склонны полностью отвергать, а криминальные поступки рассматривают как вполне допустимые.

В то же время проявления интеллектуально-мнестического снижения у больных, принимающих относительно очищенные опиоиды, обычно бывают выражены в меньшей степени, чем у лиц, страдающих алкоголизмом.

Говоря об особенностях наркологических заболеваний, развивающихся у подростков, необходимо отметить, что возможность возникновения зависимости от ПАВ в столь раннем возрасте (15—17 лет включительно) определяется, в первую очередь, видом ПАВ, которым злоупотребляет несовершеннолетний. Так, алкоголизм с полным набором клинических проявлений за относительно короткий подростковый период обычно не успевает сформироваться. Поэтому, как показывает статистика Минздрава РФ (см. начало настоящей статьи), данное наркологическое заболевание в этом возрасте наркологи диагностируют довольно редко. Иначе обстоит дело с наркоманиями и токсикоманиями. При систематическом приеме соответствующих видов ПАВ (в особенности опиоидов) зависимость развивается, как известно, за несколько месяцев и даже недель. Поэтому частота встречаемости наркоманий у несовершеннолетних приближается к частоте встречаемости данных форм зависимости у взрослых, а токсикомании обнаруживаются в подростковом возрасте даже чаще.

Клиническая картина наркоманий, развивающихся у несовершеннолетних, обычно носит атипичный характер [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33].

Особенностью проявлений патологического влечения к ПАВ, развившегося в раннем возрасте, является их относительно слабая выраженность, поверхностность. Несмотря на наличие у того или иного подростка данного симптома, его трудно выявить в условиях обычного клинического обследования. Это связано с тем обстоятельством, что несовершеннолетние плохо осознают проявляющееся у них влечение, не способны правильно оценить свое состояние и сообщить о нем врачу. Поэтому диагностировать данный симптом приходится по косвенным поведенческим признакам.

Другой особенностью проявления патологического влечения к ПАВ у подростков является его тесная взаимосвязь с воздействием подростковой среды. Ю.А.Строганов и В.Г.Капнадзе [34] назвали данный феномен *групповой психической зависимостью* (они имели в виду зависимость от алкоголя). Если подросток находится в одиночестве или, например, в семейном окружении, он не ощу-

щает тяги к алкоголю и другим ПАВ. Но как только он попадает в атмосферу своей привычной подростковой группы, то начинает вместе со сверстниками испытывать интенсивную потребность в ПАВ.

У несовершеннолетних, по сравнению с взрослыми больными, обычно ниже толерантность к ПАВ. К тому же они изначально не способны контролировать количество принимаемого вещества. Поэтому у подростков чаще, чем у взрослых, наблюдаются случаи передозировок таких веществ, как алкоголь, седативные средства, гашиш или галлюциногены. Употребление чрезмерно больших доз ПАВ приводит, как известно, к коматозным состояниям, транзиторным психозам и другим тяжелым последствиям.

Соответственно, абстинентный синдром, развившийся у подростков, носит слабо выраженный, стертый характер. Это относится к соматическому, неврологическому, вегетативному и алгическому его компонентам. Продолжительность АС обычно невелика, его временные границы четко не очерчены. В то же время психопатологические расстройства в структуре АС бывают, как правило, резко выражены и проявляются в первую очередь в виде психопатоподобных расстройств (возбудимости, истерического поведения и проч.).

При оценке изменений личности, развивающихся у несовершеннолетних, надо учитывать следующее обстоятельство. Чем раньше формируется наркологическое заболевание, тем больше к проявлениям зависимости примешиваются симптомы, связанные с фоновой, коморбидной патологией (обычно пограничного уровня). Особенно часто наблюдаются формирующаяся психопатия, органические расстройства, нарушения адаптации, глубокий инфантилизм и другая патология. Наркологическое заболевание делает нарастающие изменения личности у подростков особенно грубыми. Психопатоподобные проявления начинают носить утрированный характер, углубляется аффективная патология, все резче проявляются морально-этические дефекты. Это обуславливает частое совершение несовершеннолетними асоциальных и противоправных действий. У некоторых подростков при развитии зависимости от ПАВ на первый план в структуре личности выходит апатоабулический синдром.

Список литературы

1. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики // Вопросы наркологии. — 2001. — № 3. — С. 61—67.
2. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1949. — 224 с.
3. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем: Изд.2-е, доп. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
4. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма: Изд.2-е. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника алкоголизма // Алкоголизм: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1983. — С.75—149.
6. Альшулер В.Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии. Т.2. — М.: Медицина, 1999. — С. 250—299.
7. Альшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 203—232.
8. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А. и др. Наркомании, токсикомании и их лечение: Методические рекомендации. — М., 1979. — 48 с.
9. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.

10. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 526 с.
11. Врублевский А.Г. Наркомании и токсикомании: общие представления // Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 1995. — С. 135—139.
12. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии. — Т. 2. — М.: Медицина, 1999. — С. 339—428.
13. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т. 1. — М.: Медпрактика. — М., 2002. — С. 269—366.
14. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами (общая и судебно-психиатрическая практика). — М., 2000. — 300 с.
15. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Вопросы классификации наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика. — М., 2002. — С. 189—197.
16. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
17. Валентик Ю.В. К клинической характеристике вариантов патологического влечения к алкоголю // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение). — М., 1983. — С. 32—38.
18. Бокий И.В., Лапин И.П. Алкогольный абстинентный синдром. — Л.: Медицина, 1976. — 119 с.
19. Жислин С.Г. Клиника алкогольных расстройств // Воронежский гос. мед. институт. Труды психиатрической клиники. — 1934. — Вып.1. — С. 5—42.
20. Бориневич В.В., Гофман Л.Г. Изменение форм потребления алкоголя в динамике алкогольной болезни // Алкоголизм и алкогольные психозы. — М., 1963. — С. 63—76.
21. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Кулагина Н.Е. Наркотическое и алкогольное опьянение (лечебно-диагностический и судебно-психиатрический аспекты): Пособие для врачей. — М., 1998. — 176 с.
22. Врублевский А.Г. Клинические варианты алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1988. — № 2. — С. 24—28.
23. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 319 с.
24. Фрейеров О.Е. Психопатоподобные изменения личности при алкоголизме // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания нервной системы и психической сферы. — Ташкент, 1972. — С. 65—67.
25. Бурно М.Е. О некоторых личностных вариантах алкоголиков в связи с психотерапией. — М.: Минздрав СССР, 1973. — 40 с.
26. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. — М.: Изд-во Московского университета, 1984. — 144 с.
27. Артемчук А.Ф. Алкоголизм у лиц молодого возраста. — Киев: Здоровье, 1985. — 125 с.
28. Игонин А.Л., Кривенков А.Н., Полубояринов А.А. и др. Диагностические и лечебно-профилактические мероприятия в наркологических отделениях (изолированных палатах) для подростков, склонных к употреблению алкоголя: Методические рекомендации. — М., 1987. — 35 с.
29. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. — М.: Медицина, 1988. — 286 с.
30. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 1991. — 302 с.
31. Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н., Тетенева Е.Ю. Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко- и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях: Пособие для врачей психиатров-наркологов. — М., 1998. — 11 с.
32. Тетенева Е.Ю. Клиника и лечение героиновой наркомании у несовершеннолетних: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 2002. — 21 с.
33. Надеждин А.В. Возрастные особенности наркологических заболеваний // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. — Т.1. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 408—422.
34. Строганов Ю.А., Капнадзе В.Г. Медико-психологические аспекты формирования алкогольной зависимости у подростков // Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. — Л., 1978. — С. 56—61.

DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE DRUGS

| | |
|-----------------|---|
| DMITRIEVA T.B. | Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry |
| IGONIN A.L. | Dr. med. sci., professor, head of department of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry |
| KLIMENKO T.V. | Dr. med. sci., professor, head of department of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry |
| PISCHICOVA L.E. | cand. med. sci., senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry |
| KULAGINA N.E. | cand. med. sci., senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry |

Dependence phenomenon and the main clinical symptoms of psychoactive substances addiction are described in details.