

Основные понятия в наркологии. Представление об аддиктивной патологии

СИВОЛАП Ю.П.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии
Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Москва

Во вводной лекции по курсу клинической наркологии дано определение психоактивных веществ (ПАВ), представлена их классификация. Сформулированы и охарактеризованы основные клинические понятия, связанные с немедицинским употреблением ПАВ. Приведены критерии зависимости от ПАВ. Представлена характеристика фазных состояний болезней аддиктивного круга. Подчеркнута связь между аддиктивными расстройствами и патологической активностью церебральной «системы вознаграждения».

Наркология — это раздел клинической медицины, предметом которого являются патологические состояния, связанные с немедицинским употреблением ПАВ.

Наркология выступает в качестве отдельной учебной специальности и научной дисциплины и при этом составляет часть клинической психиатрии.

Психоактивные вещества представляют собой разнородную по химическому составу и механизмам воздействия на центральную нервную систему (ЦНС) группу субстанций, оказывающих притягательное воздействие на психическое состояние и способных при повторном употреблении вызывать привыкание и зависимость.

В соответствии с терминологией ВОЗ, под психоактивными субстанциями понимают любые вещества, оказывающие влияние на психические процессы, в том числе психотропные лекарственные средства, не вызывающие зависимость. Здесь и далее термин психоактивные вещества употребляется в узком смысле, подразумевая только те вещества, которые обладают наркотическими свойствами.

ПАВ разделяются по механизмам действия на ЦНС, по происхождению и по степени наркотичности.

Классификация ПАВ по типу влияния на центральные нервные функции приведена в таблице.

Как следует из таблицы, каннабиноиды и никотин не входят в 3 основные категории ПАВ (супрессоров ЦНС, стимуляторов ЦНС и галлюциногенов), а составляют собственные фармакологические группы, что объясняется сложностью и своеобразием производимых ими психотропных эффектов.

По происхождению психоактивные субстанции разделяются на природные, полусинтетические и синтетические вещества. Так, среди опиоидов природными наркотиками являются препараты опия и его отдельные алкалоиды — морфин и кодеин, к полусинтетическим веществам относится героин (диацилморфин), а примерами синтетических ПАВ служат фентанил и метадон.

ПАВ различаются по степени наркотичности, или величине наркотического потенциала (*abuse potential*). Наркотический потенциал представляет собой ко-

личественный параметр, определяемый темпом развития и тяжестью зависимости, возникающей при повторном употреблении ПАВ.

В соответствии с наркотическими свойствами ПАВ можно разделить на следующие категории:

- с высокой степенью наркотичности (героин, метадон, кокаин);
- со средней степенью наркотичности (алкоголь, тетрагидроканнабинол, кодеин, алпрозолам);
- с умеренной и низкой степенью наркотичности (оксазепам, никотин, кофеин).

Степень наркотичности ПАВ не зависит от механизма его действия, и в пределах одной фармакологи-

Таблица
Классификация ПАВ по типу действия на ЦНС

А. Вещества, угнетающие мозговые функции (супрессоры ЦНС) Алкоголь Опиоиды Лекарственные препараты снотворно-седативной группы Летучие органические вещества (средства бытовой химии)
Б. Вещества, стимулирующие мозговые функции (стимуляторы ЦНС) Кокаин Психостимуляторы амфетаминового ряда Кофеин и другие производные ксантина
В. Галлюциногены (психотомиметики, психодизлентики) Диэтиламин лизергиновой кислоты (ЛСД-25) Мескалин Псилоцибин Фенциклидин
Г. Каннабиноиды (алкалоиды конопли) Тетрагидроканнабинол Каннабигерол Каннабидиол
Д. Никотин

ческой группы веществ эта величина может быть подвержена значительным колебаниям. Например, величины наркотенного потенциала несопоставимы у кофеина и амфетамина, психопатологические последствия злоупотребления которыми рассматриваются МКБ-10 в одной рубрике.

Помимо классификации на основе перечисленных критериев, с юридической точки зрения (в связи с наличием или отсутствием государственного контроля оборота) психоактивные субстанции, а также содержащие их пищевые и промышленные продукты подразделяются на следующие категории:

- вещества и содержащие их продукты, оборот которых не подлежит государственному контролю (кофеин, препараты бытовой химии);
- вещества и содержащие их продукты с ограниченной доступностью для отдельных групп населения (алкогольные напитки и табачные изделия);
- лекарственные средства (в том числе сильнодействующие препараты), подлежащие специальному учету и особому отпуску из аптек (транквилизаторы и снотворные средства, отдельные нейролептики и антидепрессанты, средства для наркоза, наркотические анальгетики);
- вещества и содержащие их наркотики, оборот которых полностью запрещен международными конвенциями и (или) законами отдельных стран (героин, кокаин, метамфетамин, препараты конопли).

Наличие или отсутствие контроля оборота различных ПАВ определяется величиной их наркотенного потенциала и тяжестью медицинских и социальных последствий их употребления.

Кофеин, никотин и алкоголь составляют «легальную триаду» ПАВ. Их употребление, при определенном ограничении доступности двух последних веществ для отдельных групп населения, не преследуется законом в России, Европе, США и других развитых странах.

Общая принадлежность кофеина, никотина и алкоголя к категории разрешенных законом ПАВ не означает их сопоставимости с точки зрения безопасности употребления.

Кофеин и никотин, в соответствии с мягкостью присущих им психотропных эффектов, не вызывают заметных изменений в поведении (по крайней мере, в обычных для повседневного потребления дозах), и даже многолетнее их употребление не приводит к развитию тяжелых психических расстройств, в том числе характерной для многих категорий наркологических больных деформации личности.

В отличие от кофеина и никотина, третий представитель «легальной триады» ПАВ — алкоголь — обладает помимо сильных психотропных эффектов вы-

раженными нейротоксическими и висцеротоксическими свойствами. Систематическое злоупотребление алкоголем (в отличие от регулярного употребления кофеинсодержащих напитков и табакокурения) во всех случаях приводит к изменениям личности и другим психическим нарушениям, органическому поражению мозга и периферических нервов, а также поражению внутренних органов и систем.

Основным объектом наркологии являются расстройства, обусловленные преднамеренным употреблением ПАВ. Болезненные состояния, развитие которых связано со случайным (непреднамеренным) употреблением ПАВ, относятся к компетенции врачей-наркологов лишь отчасти.

В некоторых клинических ситуациях немедицинское употребление ПАВ является преднамеренным, однако не связано с болезненным пристрастием к этим веществам или зависимостью от них. Примером явлений подобного рода является одномоментное употребление большого количества ПАВ (например, психотропных лекарственных средств) с суицидальной целью.

Немедицинское употребление ПАВ проявляется тремя основными психопатологическими феноменами, не всегда поддающимися четкому клиническому разграничению:

- злоупотребление ПАВ;
- пристрастие к ПАВ;
- зависимость от ПАВ.

Перечисленные клинические феномены, в соответствии с терминологией ВОЗ, носят название *аддитивных расстройств* (в современной англоязычной литературе — *addictive disorders*).

Злоупотребление ПАВ (drug abuse) — наиболее общее понятие, характеризующее их неправильное или чрезмерное употребление. Этот термин подразумевает не связанный с рекомендацией врача прием тех или иных веществ с целью изменения психического состояния или избавления от боли и других неприятных физических ощущений.

Злоупотребление психоактивными субстанциями наносит вред физическому и психическому здоровью. Степень этого вреда определяется фармакологическими, токсическими и наркотенными свойствами употребляемого вещества, а также особенностями реактивности потребляющего данное вещество индивида.

Восприимчивость индивида к пагубному действию ПАВ зависит, в свою очередь, от исходного уровня здоровья, наличия и характера внутренних, нервных и психических болезней.

Медицинские последствия злоупотребления ПАВ обычно не являются сферой компетенции наркологов,

представляя поле деятельности для врачей других клинических специальностей. Например, алкогольная кардиомиопатия или артериальная гипертензия, обусловленная злоупотреблением кокаином, относятся к области кардиологии, цирроз печени у больных алкоголизмом — к области гепатологии, острые энцефалопатии составляют предмет работы врачей-неврологов (или нейрореаниматологов), инфекционный эндокардит, вызванный нестерильным внутривенным введением наркотиков, входит в компетенцию кардиохирургов и т.д. При этом координирующая роль в лечебном процессе обычно принадлежит психиатрам и наркологами, так как течение и прогноз собственно аддиктивных расстройств во многом определяют результативность лечения болезней, возникших вследствие употребления ПАВ.

Злоупотребление ПАВ не обязательно подразумевает зависимость от них. Например, эпизоды употребления больших количеств спиртных напитков могут отмечаться у практически здоровых лиц без признаков психической и, тем более, физической зависимости от алкоголя. В то же время злоупотребление теми или иными веществами является обязательным условием развития пристрастия к ним и зависимости от них.

В некоторых современных диагностических классификациях, в том числе в МКБ-10 и DSM-IV, а также во многих научных публикациях (особенно англоязычных) понятие *злоупотребление ПАВ* имеет расширенный смысл, включая все формы их немедицинского употребления, в том числе проявляющиеся признаками психической и физической зависимости от них. Подобное, несколько расширительное, использование данного понятия можно считать допустимым, поскольку провести разграничение между рассматриваемыми категориями бывает затруднено, а в ряде клинических ситуаций это разграничение просто не имеет практического значения.

Необходимо также отметить, что использование такого общего понятия, как *злоупотребление алкоголем или наркотиками*, взамен стигматизирующих обозначений *алкоголизм* и *наркомания* часто облегчает контакт между пациентом и врачом и способствует осознанию пациентом своей болезни и повышению эффективности лечения.

Пристрастие к ПАВ (drug addiction) означает развившуюся склонность к их употреблению. Эта клиническая категория отличается от предыдущей категории — *злоупотребления* — признаком систематичности и в некотором роде может рассматриваться в качестве переходного феномена между злоупотреблением и зависимостью от ПАВ.

Близким к понятию *пристрастие* является термин *привыкание к ПАВ (drug habituation)*. В последние десятилетия он, ранее широко употреблявшийся, во многом утратил свое прежнее значение и практически не встречается в научных публикациях.

Зависимость от ПАВ (drug dependence) характеризуется стойкой и систематически проявляющейся потребностью в их повторном употреблении.

Субъективная ценность ПАВ для зависимых лиц заключается в их способности обеспечивать хорошее самочувствие или предотвращать появление плохого самочувствия (обусловленного синдромом отмены или другими причинами).

По нашему мнению, необходимым и достаточным условием констатации зависимости от того или иного вещества является наличие следующих феноменов:

- вещество занимает неподобающе высокое место в системе ценностей индивида;
- употребление вещества продолжается, несмотря на осознание связанной с этим опасности и вопреки возникающим внешним препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида»
- употребляемые количества вещества всегда или в большинстве случаев превосходят планируемые или ожидаемые величины (*утрата контроля дозы*);
- употребление вещества приводит к развитию характерных изменений личности.

Представленные критерии отражают психическую зависимость от вещества. Систематическое злоупотребление некоторыми веществами (например, алкоголем или героином), сопровождается развитием синдрома отмены, который отражает физическую зависимость от них.

Более подробный, чем представленный нами, перечень диагностических критериев зависимости от ПАВ представлен в современных диагностических квалификационных системах МКБ-10 и DSM-IV.

МКБ-10 определяет синдром зависимости как «комплекс поведенческих, познавательных и физиологических симптомов, который возникает после повторного использования вещества и обычно включает сильное желание принять его; трудности в контроле его употребления; упорное продолжение его использования, несмотря на пагубные последствия; предпочтение употребления ПАВ другим видам деятельности и выполнению обязанностей; возрастание допустимых пределов употребления и иногда состояние абстиненции».

В соответствии с критериями DSM-IV, зависимость определяется как *неадекватное употребление вещества*, приводящее к клинически значимым нарушениям, проявляющимся тремя или более симптома-

ми из приведенного перечня, которые могут появляться в любое время, но в течение одного и того же года. Перечень включает в себя следующие симптомы:

- 1) толерантность;
- 2) синдром отмены;
- 3) постоянное желание или неудачные попытки уменьшить употребление веществ;
- 4) употребление веществ в больших, чем поначалу предполагалось, количествах;
- 5) редукция социальной и профессиональной деятельности, а также деятельности, направленной на отдых и развлечения;
- 6) затрата большого количества времени, необходимого для получения веществ;
- 7) продолжение употребления веществ, несмотря на возникающие в результате этого употребления проблемы.

Зависимость от химических веществ имеет психический и (не всегда) физический компонент. *Физическая зависимость* от ПАВ возникает позже *психической зависимости* или (при злоупотреблении некоторыми веществами) не развивается совсем.

Последнее утверждение правомерно лишь с определенными оговорками. Считается, например, что злоупотребление марихуаной не приводит к появлению физической зависимости от нее, однако экспериментальные исследования показывают, что регулярное введение больших доз каннабиноидов лабораторным животным влечет за собой формирование синдрома отмены (Mechoulam R., 2002).

Следует, видимо, считать, что в той мере, в которой вещество способно изменять физиологические функции, оно способно при систематическом употреблении вызывать физическую зависимость.

Основными признаками физической зависимости от ПАВ являются *толерантность* и *синдром отмены*.

В соответствии с определением экспертов ВОЗ, под *толерантностью к веществу* понимают состояние адаптации организма, при котором повторное употребление вещества в одной и той же дозе сопровождается уменьшением фармакодинамического эффекта, и достижение прежнего эффекта возможно лишь при увеличении дозы.

В зависимости от ведущего механизма, лежащего в основе толерантности, различают ее разновидности, в том числе метаболическую, диспозиционную, фармакокинетическую и фармакодинамическую. *Метаболическая толерантность* при повторном введении вещества обусловлена повышением интенсивности биохимических реакций, направленных на его биотрансформацию. Под *диспозиционной толерантностью* понимают затрудненное поступление вещества к мишеням его действия. *Фармакокинети-*

ческая толерантность связана с ускоренным выведением вещества из организма. *Фармакодинамическая («клеточная») толерантность* объясняется нейроадаптивными сдвигами, возникающими при повторном употреблении вещества, и проявляется функциональным снижением восприимчивости рецепторов и других мишеней действия ПАВ к его эффектам.

Приведенные типы отражают различные механизмы *фармакологической толерантности*. Кроме фармакологической толерантности, принято выделять так называемую *поведенческую толерантность*.

Наряду с последним типом толерантности мы выделяем *психическую толерантность* к ПАВ, наиболее характерную для лиц, страдающих опиоидной зависимостью, со свойственной данной категории наркологических больных склонностью к психогенным образованиям невротического типа. Испытывая страх перед развитием тягостного абстинентного синдрома («фобию отмены»), лица с опиоидной зависимостью стремятся предотвратить его развитие путем упреждающего употребления наркотика, нередко в завышенных дозах. В связи с функционированием этого психогенного механизма ежедневно потребная доза опиоидов у больных возрастет быстрее, чем это происходило бы только при действии фармакологических механизмов. Таким образом, у лиц, страдающих опиоидной зависимостью, наряду с фармакологической толерантностью как патофизиологическим феноменом еще более стремительно развивается психическая толерантность к наркотику (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2005).

Толерантность может отмечаться не только к одному веществу, но и к другим веществам этой же фармакологической группы. Например, при злоупотреблении фенobarбиталом развивается толерантность ко всем производным барбитуровой кислоты. В этой и аналогичных ситуациях говорят о *перекрестной толерантности*. Толерантность может носить перекрестный характер между веществами, относящимися к разным фармакологическим группам, но имеющим сходство в механизмах воздействия на ЦНС. Например, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, часто отмечается толерантность к производным бензодиазепина, барбитуратам и другим лекарственным препаратам снотворно-седативной группы.

В психиатрии и наркологии феномен перекрестной толерантности проявляется трудностью коррекции нарушений сна при злоупотреблении веществами, обладающими угнетающим действием на ЦНС (например, алкоголем). Нормализация сна у пациентов данной категории требует назначения более высоких доз лекарственных препаратов, чем у здоровых лиц.

Перекрестная толерантность имеет значение и для других разделов клинической медицины, например

для анестезиологической практики. Пациентам, злоупотребляющим алкоголем, опиоидами и другими супрессорами ЦНС, а также принимающим препараты снотворно-седативной группы по назначению врача, при проведении анестезиологического пособия требуются более высокие дозы средств для наркоза, чем лицам, не принимающим ПАВ.

Как психическая, так и физическая зависимость от ПАВ могут иметь различную степень тяжести. Тяжесть психической зависимости определяется особенностями психофармакологического профиля вещества и его наркотическими свойствами, преморбидным складом личности, наличием сопутствующих злоупотреблению ПАВ психических расстройств, а также психотравмирующих факторов. Кроме того, определенное влияние на тяжесть психической зависимости от ПАВ оказывают сопутствующие болезни, проявляющиеся болевым синдромом или другими проявлениями физического дискомфорта, устраняемого с помощью вызвавшего зависимость вещества.

Степень физической зависимости определяется механизмами воздействия вещества на ЦНС и физиологические функции. Мерилом степени физической зависимости от ПАВ является тяжесть синдрома отмены, клинические проявления которого (например, гемодинамические нарушения) поддаются количественной оценке.

Отражением высокой степени тяжести физической зависимости от таких веществ, как алкоголь и лекарственные препараты снотворно-седативной группы, служат осложнения синдромов отмены в виде судорожных синдромов, делирия или острой энцефалопатии. Делирий и — в еще большей степени — острая алкогольная энцефалопатия характеризуются высокой летальностью.

Несмотря на высокую степень тяжести физической зависимости от ряда ПАВ, отмечаемую в некоторых случаях, в целом она относится к числу относительно разрешимых клинических проблем. Современные методы интенсивной терапии и реаниматологии, применяемые в наркологической практике, позволяют, и нередко в короткие сроки, эффективно купировать неотложные состояния, обусловленные физической зависимостью от ПАВ, и повышать общую выживаемость наркологических больных.

Психическая зависимость не создает непосредственной угрозы здоровью и жизни больных, однако именно тяжестью психической зависимости определяется прогрессивное течение и неблагоприятный прогноз многих заболеваний аддиктивного круга. Проблема усугубляется тем, что психическая зависимость от ПАВ и ее главное клиническое выражение — *болезненное влечение к ПАВ* — относится к разряду фармакорезистентных психопатологических феноме-

нов и плохо поддается воздействию психотропных лекарственных средств.

В основе зависимости от различных веществ лежит их *подкрепляющее действие* (reinforcing effect), имеющее положительный (позитивный) и отрицательный (негативный) компоненты.

Положительное подкрепление (positive reinforcement) отражает способность ПАВ вызывать удовольствие, проявляющееся, в зависимости от типа вещества и особенностей реактивности индивида, благодушием, ощущением полного психофизического комфорта, переживанием блаженства. Положительное подкрепление обусловлено воздействием ПАВ на так называемую *церебральную систему вознаграждения* (reward system).

Положительное подкрепляющее действие различных веществ обуславливает возникновение *первичного влечения* к этим веществам.

Отрицательное подкрепление (negative reinforcement) определяется способностью ПАВ устранять различные проявления физического или психического дискомфорта. Некоторые вещества, например героин, способны одновременно устранять такие проявления свойственного лицам с героиновой зависимостью дискомфорта, как боль, озноб, плохое настроение, нервозность, тревога, бессонница.

Отрицательное подкрепляющее действие ПАВ лежит в основе *вторичного влечения* к ним.

Выраженность подкрепляющих свойств ПАВ определяет степень их наркотичности.

Существуют формы зависимости от отдельных веществ (например, алкоголя или кокаина), от фармакологического класса веществ (транквилизаторов бензодиазепинового ряда или опиоидов) или от нескольких ПАВ с разными механизмами действия (как это происходит при так называемой полинаркомании).

Синдром отмены (withdrawal syndrome) представляет собой совокупность соматических, неврологических и психопатологических симптомов различной тяжести, развивающихся при прекращении или уменьшении употребления вызвавших зависимость веществ. Как правило, клинические проявления синдрома отмены представляют собой противоположность состоянию острой интоксикации. Например, если алкогольное опьянение или интоксикация героином сопровождается снижением артериального давления, то при отмене этих веществ у зависимых лиц артериальное давление повышается.

Клинические особенности синдрома отмены в первую очередь определяются типом действия ПАВ на ЦНС. Синдром отмены при злоупотреблении супрессорами ЦНС (например, алкоголем или транквилизаторами бензодиазепинового ряда) характеризу-

ся, наряду с психическими нарушениями, различными проявлениями телесного недомогания, тогда как при злоупотреблении стимулирующими ПАВ (например, амфетамином или кокаином) клиническая картина отмены в большинстве случаев практически исчерпывается психопатологическими симптомами.

Синдром отмены может быть неосложненным и осложненным. Осложненное течение состояния отмены характерно для зависимости от супрессоров ЦНС и нетипично для зависимости от других классов ПАВ. Типичными и крайне нежелательными осложнениями синдрома отмены алкоголя являются судорожные припадки и белая горячка (алкогольный делирий).

Поскольку синдром отмены — тягостное состояние, он в большинстве случаев сопровождается сильным влечением к веществу, вызвавшему зависимость, или другим веществам, способным облегчить психофизическое состояние.

Определенным клиническим сходством с синдромом отмены обладают так называемые *псевдоабстинентные состояния*, развивающиеся много времени спустя после терапевтической или спонтанной редукции симптомов физической зависимости от ПАВ. По клиническим проявлениям псевдоабстинентные расстройства имитируют синдром отмены.

Как и синдром отмены, псевдоабстинентные состояния обычно сопровождаются выраженным влечением к ПАВ, и в этих случаях их психогенная природа не вызывает сомнений.

Некоторые американские авторы, в соответствии с распространенными в США подходами, основанными на учении И.П. Павлова об условных рефлексах, определяют псевдоабстинентные состояния как *рефлекторно обусловленный синдром отмены (conditioned withdrawal syndrome)* (O'Brien R. et al., 1999).

По миновании синдрома отмены у наркологических больных развивается так называемое *постабстинентное состояние*, характеризующееся резидуальными психопатологическими и вегетативными расстройствами — «период неустойчивого равновесия» по И.Н. Пятницкой (1994 г.).

Постабстинентное состояние рассматривается как переходная фаза между острым синдромом отмены ПАВ и ремиссией аддиктивной болезни.

В случаях благоприятного течения аддиктивной болезни постабстинентный период характеризуется постепенной нормализацией соматического состояния и обменных процессов («восстановлением измененного гомеостаза» (Пятницкая И.Н., 1994). В менее благоприятных случаях постабстинентный периода (особенно его ранняя фаза) характеризуется манифестацией ранее не распознанных висцеральных заболеваний.

Психопатологическая симптоматика, обусловленная зависимостью от ПАВ, подвергается в постабстинентном периоде постепенной редукции. При этом во многих случаях может отмечаться диссоциация между угасанием симптомов физической зависимости и сохранением или даже усилением признаков психической зависимости от ПАВ, что проявляется различными формами влечения к вызвавшему зависимость веществу или альтернативным психоактивным субстанциям.

Тяжесть и продолжительность постабстинентных расстройств определяются типом ПАВ, длительностью болезни, тяжестью физической и психической зависимости, наличием сопутствующих заболеваний и общим состоянием здоровья.

Ремиссия аддиктивной болезни представляет собой период продолжительного воздержания от употребления ПАВ и характеризуется количественными и качественными показателями.

По типу возникновения ремиссия может быть терапевтической (достигнутой в результате лечения) или спонтанной.

Терапевтическая ремиссия может быть достигнута даже после единственного продуктивного контакта пациента с врачом. Столь высокий результат лечения наблюдается сравнительно редко и зависит от двух условий: высокой психотерапевтической подготовки врача и готовности пациента к длительному воздержанию от ПАВ (степень этой готовности в некоторых из этих случаев, по-видимому, такова, что развитие ремиссии может быть и спонтанным).

Спонтанная ремиссия возникает под влиянием внутренних (личностных) факторов без участия врача, однако в ее развитии определенное участие могут принимать другие внешние факторы (например, влияние семьи). В основе спонтанной ремиссии лежит сознательный отказ пациента от употребления ПАВ, который обычно мотивируется нежеланием усугублять медицинский, социальный или профессиональный ущерб, причиняемый болезнью.

Разновидностью спонтанной ремиссии является *ипохондрическая ремиссия*, в основе которой лежат сверхценные опасения пациента за свое здоровье.

Близким к ремиссии является феномен *воздержания от ПАВ*, или *абстиненция*. Различие заключается в том, что абстиненция может наблюдаться и у здоровых лиц, не злоупотреблявших ПАВ и не испытывавших зависимости от них. В основе осознанного воздержания от ПАВ могут лежать стремление к здоровому образу жизни, профессиональные ограничения, религиозные мотивы, социальные и этнокультуральные запреты, а также другие личностные установки или требования социальной среды.

Разновидностью стойкого воздержания от ПАВ является *вынужденная абстиненция* у ранее злоупотреблявших или зависимых лиц. Примечательно, что поведение этих лиц (именуемых *вынужденными абстинентами*) нередко выдает имеющийся у них опыт злоупотребления ПАВ. Например, полное воздержание от употребления алкоголя в развитых странах у лиц мужского пола, не исповедующих строгие виды религии, нередко служит симптомом ремиссии алкоголизма.

Некоторых индивидов, страдавших продолжительным и массивным злоупотреблением алкоголем, даже после длительной ремиссии выдают такие нажитые проявления психоорганического синдрома и специфической деформации личности, как повышенная говорливость, постоянно приподнятое настроение либо, напротив, склонность к его перепадам и к дисфорическим вспышкам, фамильярность, склонность к неуместным шуткам и другие признаки утраты тонкой нюансировки поведения. Кроме того, многие вынужденные абстиненты заметно оживляются, когда речь заходит о спиртных напитках, и с удовольствием поддерживают разговоры на эту тему.

Понятие *рецидив (relapse)* в наркологии подразумевает возобновление злоупотребления ПАВ с восстановлением симптомов зависимости от них.

От рецидивов следует отличать так называемые *срывы*, характеризующиеся кратковременными аддиктивными эксцессами без развития стойкой зависимости с последующим отказом от употребления ПАВ.

Алкоголизм, наркомании и другие болезни аддиктивного круга обычно характеризуются циклическим течением. Острая интоксикация ПАВ сменяется синдромом отмены (при наличии физической зависимости от вещества), за которым следует постабстинентный период и далее — при благоприятном или относительно благоприятном течении — ремиссия.

Частота возникновения и продолжительность ремиссии во многом определяются степенью наркогенности ПАВ. Более благоприятные показатели ремиссии отмечаются при злоупотреблении веществами с невысоким наркогенным потенциалом. Многие курильщики табака демонстрируют способность отказаться от своей привычки навсегда, несмотря на очевидные признаки психической зависимости от никотина и долго сохраняющееся влечение к табаку. Продолжительная ремиссия при злоупотреблении веществами с более выраженными наркогенными свойствами — опиоидами, кокаином, а также алкоголем — отмечается значительно реже, а пожизненное воздер-

жание после развившейся зависимости от них — лишь в очень немногочисленных случаях.

Преобладание отдельных фаз и их качественные характеристики определяют различные типы течения заболеваний аддиктивного круга.

Психические нарушения, связанные с употреблением ПАВ, в МКБ-10 описаны в рубрике F1. В этой классификации выделены следующие формы аддиктивных расстройств, близкие к нозологическим единицам:

- F10 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением алкоголя;
- F11 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением опиоидов;
- F12 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением каннабиноидов;
- F13 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением седативных или снотворных средств;
- F14 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением кокаина;
- F15 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением других стимуляторов, в том числе кофеина;
- F16 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением галлюциногенов;
- F17 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением табака;
- F18 — расстройства психики и поведения, вызванные употреблением летучих растворителей;
- F19 — расстройства психики и поведения, возникающие вследствие сочетанного употребления наркотиков или использования других психоактивных веществ.

Необходимо оговориться, что, в отличие от нозологических форм неаддиктивных психических расстройств (например, шизофрении или аффективных психозов), в наркологии отдельные формы расстройств могут сменять одна другую или существовать одновременно. Примером первого рода является развитие алкогольной зависимости в ремиссии героиновой наркомании, примерами второго рода служат табакокурение у больных алкоголизмом или так называемые полинаркомании.

Широкая палитра непсихотических психопатологических феноменов, способствующих злоупотреблению ПАВ, развивающихся в ходе злоупотребления и лежащих в основе зависимости от них, составляет область *аддиктивной патологии*.

Помимо злоупотребления ПАВ и его последствий, область аддиктивной патологии включает в себя также *злоупотребление лекарственными препаратами, не вызывающими зависимости* (напри-

мер, анаболическими стероидами). В этом же патологическом поле находятся некоторые виды расстройств пищевого поведения, например нервная булимия.

Сфера аддиктивной патологии включает в себя также *нехимические зависимости*, или *нехимические аддиктивные расстройства*.

Прогностически неблагоприятным типом нехимических аддиктивных расстройств является болезненное пристрастие к азартным играм (*pathological gambling*).

В основе всех аддиктивных расстройств, вне зависимости от их принадлежности к химическому или нехимическому типам, лежит аномальное функционирование упоминавшейся выше «системы вознаграждения», анатомическим субстратом которой являются нейроны префронтальной коры больших полушарий, миндалины, прилежащего ядра (*nucleus accumbens*), голубоватого пятна (*locus coeruleus*) и других структур головного мозга.

Физиологический смысл естественного функционирования «системы вознаграждения» заключается в поддержании пищевого и сексуального инстинктов, определяющих биологическое выживание вида.

По нашему мнению, аддиктивная деформация личности, отмечаемая у наркологических больных и лиц, страдающих болезненным пристрастием к азартным играм, во многом (наряду с другими причинами) объясняется хронической эксплуатацией «системы вознаграждения» в процессе систематического употребления ПАВ или азартной игры. В ходе аномальной эксплуатации естественного физиологического механизма особое субъективное значение приобретает деятельность, доставляющая удовольствие, в то время как рутинная, «невознаграждаемая» деятельность (работа, учеба, выполнение семейных и социальных обязанностей), не находящая мотивационного подкрепления, закономерно регрессирует.

THE PRINCIPAL DEFINITIONS IN ADDICTIVE MEDICINE. THE CONCEPTION OF ADDICTIVE PATHOLOGY

SVOLAP YU.P. M.D., Ph.D., Professor of Dept. of Psychiatry and Medical Psychology of I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The introductory lecture of course of addictive medicine includes definition and classification of psychoactive substances (PAS). The principal clinical notions related to non-medical use of PAS are defined and characterized. The criteria of drug dependence are listed. The description of phasic states of addictive diseases is presented. The relationship between addictive disorders and abnormal activity of cerebral «reward system» is emphasized.