

## Принципы диагностики психотических расстройств, вызываемых злоупотреблением психоактивными веществами

ДМИТРИЕВА Т.Б.	д.м.н., академик РАМН, 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., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва
КУЛАГИНА Н.Е.	к.м.н., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва

*Настоящая статья посвящена правовым и клиническим проблемам наркологии, связанным с психотическими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). Рассмотрены принципы диагностики этих расстройств, вызываемых различными группами ПАВ, исходя из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).*

При психотических состояниях проявления психической деятельности индивидуума находятся, по формулировке А.В.Снежневского, в грубом противоречии с реалиями окружающего мира, что вызывает резкую дезорганизацию поведения такого лица. Клиническая картина психотических состояний, развивающихся у наркологических больных, обычно носит экзогенно-органический характер, хотя иногда приобретает эндоформные черты.

Табл. 1 иллюстрирует подход составителей МКБ-10 к диагностике наиболее кратковременных (транзиторных) психотических расстройств, проявляющихся в структуре острой интоксикации ПАВ.

Преобладающими в структуре острой интоксикации ПАВ являются непсихотические расстройства. В отдельных случаях, однако, психические нарушения в опьянении достигают, как это видно из табл. 1, психотического уровня. Такие состояния в практике отечественных врачей стали встречаться все чаще, что связано с ростом числа случаев употребления новых видов ПАВ, обладающих выраженным галлюциногенным эффектом. Эти расстройства

не выходят из рамок одного опьянения, а их длительность невелика — несколько часов (максимум 24 ч, по МКБ-10). Если психотические расстройства длятся более 24 ч, они относятся уже к рубрике не “острой интоксикации” (F1x.0), а “психотического расстройства” (F1x.5).

Делирий — наиболее частая форма психотических расстройств, вызываемых ПАВ. Как видно из табл. 1, для данного вида психических расстройств, возникающего в структуре острой интоксикации, отведена специальная рубрика — F1x.03. Кодом F1x.04 обозначены другие нарушения восприятия, в том числе вербальные галлюцинации. Специальная рубрика в анализируемом перечне существует для обозначения патологического опьянения (F1x.07). Речь здесь идет только об острой интоксикации алкоголем. Более подробная оценка патологического опьянения будет дана ниже.

Следует отметить, что в данном перечне отсутствует рубрика “онейроидные состояния”, о которых часто упоминают при описании острой интоксикации отечественные авторы. В западных классификациях, однако, оней-

Таблица 1

МКБ-10. Кодировка различных состояний, возникающих в структуре острой интоксикации ПАВ (приведены только состояния, обозначенные цифрой “0” по четвертому знаку)

Порядковые номера знаков:		
Четвертый	Пятый	Шестой
F1x.0 Острая интоксикация: расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения. Длительность — не более 48 ч	F1x.00 Острая интоксикация неосложненная .01 С травмой .02 С другими медицинскими осложнениями .03 С делирием .04 С нарушениями восприятия .05 С комой .06 С судорогами .07 В форме патологического опьянения (только алкоголь)	Степень опьянения (только алкоголь): F10.0x1 легкая F10.0x2 средняя F10.0x3 тяжелая

роидные состояния специально не выделяются и проходят под рубрикой иных видов психических расстройств.

Переходя к характеристике основной группы острых психотических расстройств, закодированных в МКБ-10 под цифрами “4” и “5” по четвертому знаку, необходимо отметить, что психотические состояния при алкоголизме и наркоманиях (особенно при первом виде наркологического заболевания) были детально описаны отечественными специалистами: В.Столяровым [1], С.Г.Жислиным [2], А.К.Качаевым [3], И.В.Стрельчуком [4], Н.Н.Иванцом [5], А.Г.Гофманом [6], С.П.Поздняковой [7], Н.Г.Найденковой [8], В.С.Битенским и др. [9], З.И.Кекелидзе [10], Г.И.Капланом, Б.Д.Сэдоком [11], И.Н.Пятницкой [12], Н.Г.Шумским [13], Н.Н.Иванцом, М.А.Винниковой [14] и многими другими авторами.

В МКБ-10 психотические расстройства классифицируются, как и в отечественных схемах, исходя из характера течения психоза. Выделяются острые и хронические его варианты. Правда, в МКБ-10 при обозначении данных видов психической патологии используются несколько иные термины. Острые психозы называются *просто психозами* (отдельно выделено абстинентное состояние с делирием), а хронические психотические состояния — *резидуальными и отсроченными* расстройствами.

Как видно из табл. 2, цифрами “4” и “5” по четвертому знаку кодируются острые психотические состояния. Цифра “4” обозначает наиболее типичный для зависимости от ПАВ вид психоза — абстинентный синдром (АС) с делирием. Данный тип психоза особенно характерен для алкоголизма (II–III стадии), хотя может возникать в структуре АС при зависимости от седативно-снотворных средств, стимуляторов и некоторых других веществ.

Пятый знак позволяет дополнить простую констатацию делирия характеристикой клинических вариантов данного психоза. Под цифрой “0” по пятому знаку кодируется “классический” делирий. Возникновению данного состояния обычно предшествует тяжелый запой или длительное постоянное злоупотребление спиртными напитками. Делириозные расстройства появляются или сразу, или через 1–2 дня после прекращения употребления алкоголя. На фоне выраженных абстинентных расстройств (тремор, потливость, тревога, бессонница) возникают помрачение сознания, зрительные иллюзии, галлюцинации,

аффект страха, психомоторное возбуждение и другие известные симптомы делирия. Характерны “окна” с послаблением или даже исчезновением симптоматики. Длительность психоза — 3–5 дней. Обычно следует быстрый выход из него с восстановлением критического отношения к перенесенным психотическим переживаниям. Характерна частичная амнезия на них, а также на происшедшие реальные события.

Цифра “1” по пятому знаку обозначает делирий с судорожными припадками. Психотические состояния в структуре АС часто развиваются, как известно, после пароксизмов такого рода.

Далее идут два типа тяжелого делирия, кодируемых под цифрами “2” и “3” по пятому знаку: мусситирующий и профессиональный. При тяжелых делириях наблюдаются глубокое, непрерывное (без “окон”) помрачение сознания, возбуждение в пределах постели, выраженные соматоневрологические нарушения. Течение таких психозов многодневное. Выход из них сопровождается глубокой астенией и интеллектуально-мнестическими нарушениями различной степени выраженности, вплоть до корсаковского синдрома или других видов деменции. Часты летальные исходы. Мусситирующий тип психоза сопровождается “бормотанием”, для профессионального делирия же характерны произвольные движения, имитирующие привычную деятельность больного.

Цифрой “4” обозначен делирий без галлюцинаций (люцидный), цифрой “6” — абортивный, цифрой “8” — другой делирий и цифрой “9” — неуточненные варианты данного состояния.

Следует отметить, что в адаптированном для России варианте МКБ-10 в рубрику “абстинентное состояние с делирием” предлагается включать также острые энцефалопатии Гайе—Вернике, Маркиафавы—Биньями и другие.

Цифра “5” по четвертому знаку используется для обозначения психотического расстройства, под которым понимается любое острое состояние такого рода, за исключением делирия, возникающего в структуре АС, о котором шла речь в предыдущей рубрике под цифрой “4”. Психотическое расстройство может быть, как и указанный вариант делирия, связано с абстинентным состоянием или не связано.

Таблица 2

МКБ-10. Кодировка острых психотических расстройств, возникающих при зависимости от ПАВ

Порядковые номера знаков:	
Четвертый	Пятый
F1x.4 Абстинентное состояние с делирием. Острое состояние, непосредственно связанное с прекращением употребления ПАВ	F1x.40 “Классический” делирий .41 Делирий с судорожными припадками .42 Мусситирующий делирий .43 Профессиональный делирий .44 Делирий без галлюцинаций (люцидный) .46 Абортивный делирий .48 Другой делирий .49 Делирий неуточненный
F1x.5 Психотическое расстройство. Острое состояние, продолжительностью не менее 48 ч и не более 6 мес. Возникает не позднее, чем через 2 нед после последнего употребления ПАВ	F1x.50 Шизофреноподобное расстройство .51 Преимущественно бредовое расстройство .52 Преимущественно галлюцинаторное расстройство .53 Полиморфное психотическое расстройство .54 Депрессивное психотическое расстройство .55 Маниакальное психотическое расстройство

Даются временные ограничения существования психотических симптомов, позволяющие отделить данное состояние, с одной стороны, от острой интоксикации, а с другой, от хронических состояний. Длительность психотического расстройства — не менее 48 ч и не более 6 мес (но чаще всего — менее 1 мес)\*. Возникает психотическое расстройство не позднее, чем через 2 нед после последнего употребления ПАВ. При острой интоксикации (цифра “0” по четвертому знаку) также могут быть психотические симптомы, но их длительность составляет менее 48 ч. При хронических состояниях, о которых речь пойдет далее (цифра “7” по четвертому знаку), психотические расстройства возникают не ранее, чем через 2 нед. после последнего употребления ПАВ и длятся, как правило, свыше 6 мес.

Для уточнения формы психотического расстройства используется пятый знак. Цифрой “0” по пятому знаку обозначается шизофреноподобное расстройство, под которым в первую очередь понимается синдром Кандинского—Клерамбо. Две следующие цифры предназначены для кодировки галлюцинаторно-параноидных психозов. Если преобладает бред, используется цифра “1”, если же преобладают галлюцинации — цифра “2”. Три указанные формы психозов особенно характерны для злоупотребления галлюциногенами, стимуляторами, алкоголем и седативно-снотворными веществами.

Нередко в рамках одного и того же психоза указанные синдромы сменяют один другого. Поэтому диагностировать одну какую-либо форму психоза невозможно. В этом случае используется цифра “3” — полиморфное психотическое расстройство.

Наконец, с распространением некоторых новых наркотиков, в частности кокаина и амфетаминов, в наркологической клинике стали наблюдаться аффективные нарушения, достигающие степени психотических. Могут развиваться как депрессивные, так и маниакальные состояния. Для их диагностики используются классические кри-

\* Иногда используется термин *подострые* психозы, под которым понимаются такого рода состояния длительностью от 1 до 3 мес. (Л.Е. Пищикова [15]).

терии наличия триады симптомов (заторможенности или психомоторного возбуждения, замедления или ускорения мышления, резко выраженного угнетения или подъема настроения), а также бредоподобных идей, специфических для каждого из этих двух видов состояний.

В табл. 3 представлены хронические и рецидивирующие психические расстройства, обусловленные злоупотреблением ПАВ. Они кодируются под цифрами “6” и “7” по четвертому знаку.

Цифра “6” обозначает амнестический синдром, возникающий обычно при злоупотреблении алкоголем. Развитие данного состояния может быть также следствием злоупотребления седативно-снотворными средствами, органическими растворителями, кокаином, кустарно приготовляемыми стимуляторами и некоторыми другими веществами. При алкоголизме амнестический синдром возникает на отдаленных этапах течения заболевания, преимущественно в конечной (третьей) стадии. В патогенезе данного состояния кроме злоупотребления алкоголем или иными ПАВ важное значение имеет дефицит витаминов группы В, а также других жизненно важных элементов.

Выделяют два различных по тяжести варианта амнестического синдрома: 1) классический корсаковский психоз с тяжелыми и необратимыми психическими и неврологическими расстройствами; 2) легкий вариант этого состояния с более благоприятной динамикой (так называемый корсаковоподобный синдром [15]).

При тяжелом варианте психоза обнаруживаются грубые амнестические расстройства в виде фиксационной амнезии. Больной абсолютно не способен удерживать в памяти информацию о том, что он делал несколько минут, секунд назад. Из-за этого он полностью дезорганизован, не может довести до конца любое, даже простое действие, беспомощен в быту. Отмечаются также конфабуляции, вплоть до конфабуляторной спутанности. Расстройства памяти в этих случаях являются практически необратимыми.

При более легких вариантах амнестического синдрома из памяти выпадают не все, а только мелкие текущие события, их детали. Больные недостаточно ориентируются

Таблица 3

МКБ-10. Кодировка хронических психических расстройств, возникающих при зависимости от ПАВ

Порядковые номера знаков:	
Четвертый	Пятый
F1x.6 Амнестический синдром (хроническое состояние)	—
F1x.7 Резидуальные и отсроченные психические расстройства. Хронические состояния, которые возникают не ранее чем через 2 нед. после прекращения употребления ПАВ и в большинстве случаев длятся свыше 6 мес.	F1x.70 Состояния типа “флэшбэк” Спонтанные кратковременные рецидивы острой интоксикации в отсутствие реального употребления ПАВ .71 Расстройства личности и поведения, сопровождающиеся социальной дезадаптацией .72 Резидуальное аффективное расстройство Стойкие эмоциональные и волевые нарушения .73 Деменция. Общая деменция с равномерно выраженным снижением всех психических функций, а не только памяти .74 Другое стойкое когнитивное расстройство. Снижение интеллектуально-мнестических функций, не достигающее степени деменции .75 Психотическое расстройство с поздним дебютом. Хронический алкогольный галлюциноз. Бред ревности. Алкогольный псевдопаралич

во времени, путают последовательность происходивших в недавнем прошлом событий, испытывают трудности при усвоении материала. Поскольку у таких лиц нет глубокого поражения общих интеллектуальных функций, они иногда успешно маскируют затруднения, вызванные снижением памяти. Работоспособность больных снижается. Они могут выполнять обычные, шаблонные, иногда довольно сложные обязанности. Но освоить непривычные навыки уже не в состоянии. Способность обслуживать себя в быту сохраняется. Указанные нарушения могут резко усиливаться во время тяжелых запоев, характерных для этих больных. По истечении некоторого времени после запоя мнестические и иные психические функции частично восстанавливаются. Именно эти состояния имеют большое значение для судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

При диагностике корсаковского и корсаковоподобного психозов следует обязательно учитывать наличие сопутствующих неврологических расстройств с преимущественно периферической локализацией в виде полиневропатии или полиневрита: парестезий, снижения рефлексов (особенно ахилловых), атрофии мышц ног, отвисания стоп, вплоть до вялых параличей. Возможны и центральные неврологические синдромы.

Под цифрой “7” кодируются в основном хронические состояния. Но, поскольку не все включенные в эту рубрику виды психических нарушений относятся к хроническим состояниям в традиционном понимании этого слова, то используется название *резидуальные и отсроченные психические расстройства*. Для того чтобы отграничить данные нарушения от различных видов расстройств, непосредственно связанных с приемом ПАВ, а также от острых психотических состояний, введены временные критерии. Резидуальные и отсроченные психические расстройства должны возникать не ранее чем через 2 нед после прекращения употребления ПАВ и длиться, в большинстве случаев, свыше 6 мес.

Применение пятого знака позволяет уточнить, какие именно виды психических нарушений имеются в виду. Под цифрой “0” по пятому знаку кодируются состояния типа “флэшбэк”: рецидивы симптомов острой интоксикации ПАВ, возникающие в отсутствие реального их употребления. “Флэшбэк”-состояния не укладываются в рамки традиционно понимаемых хронических психических нарушений, поэтому для обозначения всей рубрики и используется термин *резидуальные отсроченные расстройства*.

“Флэшбэк”-состояния возникают обычно в форме очень кратковременных, длительностью в несколько минут эпизодов, во время которых в смягченной форме проявляются расстройства, бывшие ранее в структуре острой интоксикации ПАВ. Такого рода состояния во время воздержания от ПАВ могут многократно повторяться. Особенно часто они наблюдаются при зависимости от галлюциногенов. Возникают яркие произвольные представления, зрительные или слуховые иллюзии, а также редуцированные галлюцинации. При алкоголизме “флэшбэк”-эпизоды иногда называют *состояниями сухого опьянения*.

Следует отметить, что у больных наркоманиями, особенно опийными, в ремиссиях чаще повторяются расстройства, характерные не для острой интоксикации, а для АС, — так называемые псевдоабстинентные состоя-

ния [16]. Через 2–3 нед после прекращения употребления ПАВ появляются боли по ходу мышц, вегетативные симптомы, психомоторное возбуждение, расстройства настроения, нарушения сна и другие характерные для АС симптомы. В такие моменты резко обостряется влечение к наркотикам, что обуславливает особую значимость диагностики псевдоабстиненций в лечебной практике. Но в МКБ-10 сведения об этих состояниях, к сожалению, отсутствуют.

Цифрой “1” по пятому знаку кодируются специфические для наркологических заболеваний резко выраженные изменения личности (в основном психопатоподобные), сопровождающиеся социальной дезадаптацией. Если личностные расстройства относительно неглубоки и не имеют заметных социальных последствий, предпочтение отдается предыдущим рубрикам, в частности, “синдрому зависимости” (F1x.2).

Под цифрой “2” по пятому знаку шифруются резидуальные аффективные и волевые расстройства. Имеются в виду только те выраженные и стойкие симптомы, которые вызваны злоупотреблением ПАВ, а не нарушения, которые имелись и в преморбидном периоде. Используя эту рубрику, врач подчеркивает, что именно аффективно-волевые расстройства доминируют в момент осмотра больного.

В случаях, когда у обследуемого обнаруживается общая деменция той или иной глубины, вызванная ПАВ и затрагивающая все стороны психической деятельности, т.е. проявляющаяся без преобладания амнестических расстройств, используется цифра “3” по пятому знаку. Следует, однако, отметить, что такие виды деменции обычно наблюдаются при сложном генезе заболевания, например: алкоголь и его суррогаты + повторные травмы черепа + сосудистые или инфекционные заболевания мозга. Чаще их рассматривают вне рамок состояний, вызванных ПАВ, и квалифицируют как органические заболевания мозга (коды F03, F06.7 и др.).

Под цифрой “4” по пятому знаку шифруется *другое стойкое когнитивное расстройство*. Поскольку это понятие является для отечественной психиатрии (наркологии) относительно новым, на нем следует остановиться подробнее. В трактовке варианта МКБ-10, адаптированного для использования в России, под стойким когнитивным расстройством понимается снижение интеллектуально-мнестических функций, не достигающее степени деменции. Данная форма патологии может обнаруживаться, как это видно из МКБ-10, при различных нозологических формах психических заболеваний, но у пациентов наркологического профиля она имеет свою специфику. Стойкое когнитивное расстройство наиболее характерно для зависимости от алкоголя, каннабиноидов, седативно-снотворных веществ, кокаина, амфетаминов, летучих растворителей и некоторых других ПАВ.

Стойкое когнитивное расстройство диагностируется у наркологических больных в том случае, если имеются относительно неглубокие нарушения интеллектуально-мнестических функций. При обследовании больных обнаруживается, что их суждения поверхностны, ассоциации бедны. Мышление конкретное, способность к абстрагированию недостаточна. Отмечаются затруднения при усвоении нового материала. Больные не могут отделить главное от второстепенного, для них характерны внушаемость и некритичность к своему состоянию и поведению. Но при этом в отличие от деменции грубая дезорганиза-

ция мышления и интеллекта отсутствует. Больные в целом правильно оценивают свою роль в тех или иных ситуациях и выполняют задания, требующие определенных умственных усилий. Отмечается снижение памяти, в особенности на недавно полученную информацию. Однако выпадают лишь отдельные эпизоды и детали событий, в то время как общий их ход оценивается правильно.

Имеют место также другие изменения личности, сопутствующие интеллектуально-мнестическому снижению и носящие специфический для наркологических заболеваний характер. Больные импульсивны, не способны контролировать свои эмоции. Как правило, обнаруживаются дефекты в этической сфере, в частности, пренебрежение семейным и служебным долгом. Карикатурный эгоцентризм сочетается с неумением отстоять свои интересы в принципиальных вопросах.

Поведение таких лиц в обществе часто носит неуместный и бестактный характер. Отмечаются сужение круга интересов, косность в привычках, неспособность осваивать новое. Поэтому производственная квалификация больных снижается. Они уже не могут выполнять наиболее сложные виды работ. Тем не менее, в отличие от больных с деменцией, пациенты со стойким когнитивным расстройством способны выполнять относительно простые обязанности на производстве. Несмотря на характерные для них неряшливость и неустроенность, такие лица вполне могут обслуживать себя в быту.

Наконец, в рубрику, обозначенную цифрой "5" по пятому знаку, включаются так называемые психотические расстройства с поздним дебютом. Это обусловленные злоупотреблением ПАВ (в первую очередь, алкоголем) длительно текущие состояния с продуктивными психопатологическими расстройствами: хронический галлюциноз или бред ревности. Но такого рода состояния в экспертной (как и, видимо, лечебной практике) достаточно редки. При этом бывает не так просто исключить другой генез подобных состояний, в первую очередь, шизофрению.

Для алкоголизма на отдаленных этапах его течения более характерны хронические состояния с сочетанием негативных (дефицитарных) и продуктивных расстройств [17]. На фоне выраженных когнитивных нарушений или деменции возникают транзиторные психотические эпизоды с полиморфной симптоматикой. В структуре этих состояний обычно встречаются в различных сочетаниях галлюцинаторные, бредовые проявления, а также эпизоды помрачения сознания в виде сумерек или спутанности. Однако такого рода состояния, к сожалению, не отражены в МКБ-10.

При злоупотреблении ПАВ у подростков, как и у взрослых, возможно возникновение психотических состояний, но вызываются они обычно другими видами ПАВ. Если для взрослых (во всяком случае, в условиях нашей страны) характерны алкогольные психозы, то у несовершеннолетних они являются казуистически редкими. Это связано с тем, что алкоголизм у подростков, да еще такой тяжелый, при котором наблюдаются психозы, не успевает сформироваться.

Зато при употреблении галлюциногенов психотические вспышки возникают у подростков даже чаще, чем у взрослых. Очень характерны транзиторные психозы, вызванные вдыханием органических растворителей. Психотические эпизоды наблюдаются также при передозировке гашиша. Часто это происходит во время первых проб,

когда несовершеннолетний еще не знает, какой эффект вызывают те или иные дозы наркотика. Наконец, психозы могут возникнуть при употреблении подростками лекарственных препаратов с атропиноподобным эффектом, например циклодола. По психопатологической структуре психозы у несовершеннолетних, как правило, носят экзогенно-органический характер. Шизофреноподобные картины для психозов, связанных с употреблением ПАВ, для подростков не характерны. Если такие психозы возникают, следует, в первую очередь, рассмотреть возможность дебюта шизофрении.

Необходимо также учитывать, что при употреблении некоторых видов ПАВ у подростков могут развиваться стойкие когнитивные расстройства и даже деменция. Речь идет, в первую очередь, о вдыхании органических растворителей. Через 1—2 года регулярных ингаляций оказывается, что несовершеннолетний пациент хуже, чем раньше, усваивает новый учебный материал, недостаточно ориентируется в сложных социальных ситуациях, грубо не критичен к себе, пассивен, не проявляет инициативы. Обнаруживается также нарастающая органическая микросимптоматика. Аналогичные эффекты могут наблюдаться при употреблении седативно-снотворных веществ и стимуляторов.

В результате исследования психозов, возникающих при инфекционных заболеваниях, интоксикациях, травмах головного мозга, соматических заболеваниях, К. Бонгеффер пришел к заключению, что при действии экзогенных вредностей развивается определенная группа синдромов, не встречающихся при так называемых эндогенных психозах. Признавая специфичность синдромов экзогенной структуры, К. Бонгеффер не признавал ее зависимость от качества вредности, в частности от вида интоксикации. Эта позиция по существу противопоставлялась мнению Э. Крепелина, который считал, что для каждого яда должны быть установлены только ему присущие формы психического реагирования.

До настоящего времени вопрос о специфичности психических нарушений при различных интоксикациях остается дискуссионным. В большинстве работ по интоксикационным психозам не приводится, к сожалению, сравнительная характеристика развивающихся при этом психических расстройств, практически не содержится описания психотических состояний при наркоманиях и токсикоманиях. В современной классификации болезней МКБ-10 отсутствует описание особенностей психозов, вызванных злоупотреблением теми или иными ПАВ. В психиатрической литературе последних лет такие состояния освещаются также недостаточно подробно. Нет единой точки зрения на их нозологическую самостоятельность, противоречивы взгляды на патогенез психотических расстройств при нарко- и токсикоманиях. Однако клиническая и экспертная практика диктует необходимость точной квалификации психотических состояний, связанных со злоупотреблением ПАВ, что имеет большое значение не только для выбора методов лечения и прогноза заболевания, но и для принятия адекватных экспертных решений.

Различным формам наркоманий свойственны психозы, возникающие на разных стадиях употребления наркотических средств: в условиях однократного или длительного их приема, манифестирующие на высоте опьянения (собственно интоксикационные), в период абстиненции

или через разные интервалы времени после приема наркотиков. Риск возникновения психоза возрастает при смене наркотика, при употреблении фальсифицированного вещества или при неудачной комбинации принятых ПАВ.

Психозы, возникающие у лиц, злоупотребляющих ПАВ, можно разделить на три типа: 1) острые интоксикационные, 2) протрагированные интоксикационные, 3) психозы, возникающие на фоне абстиненции [9]. Однако такое деление можно считать дискуссионным, так как острые психозы могут принимать затяжной характер, а затяжные — сопровождаться признаками острого состояния. Протрагированные интоксикационные психозы требуют дифференциации с эндогенными (депрессии, депрессивно-бредовые состояния, апатический ступор, маниакальные состояния). Их также следует отграничивать от органических заболеваний головного мозга (псевдопаралитические состояния, корсаковоподобные синдромы, конфабулез и т.д.).

Ведутся споры о самостоятельности протрагированных психозов. Некоторые авторы используют название *индуцированные наркотиками психозы*, имея в виду то, что ПАВ не являются единственной причиной психоза. Подобные эндоформные психозы расцениваются некоторыми психиатрами как экзогенно спровоцированные эндогенные психозы, видоизмененные экзогенной [18].

Острые психозы, свойственные наркоманиям, несут в себе все черты экзогенных психозов. Основными признаками острого интоксикационного психоза в этих случаях являются: кратковременность; ограниченность во времени; колебания уровня сознания и выраженности симптоматики; трансформация синдромов; продукция наркоманического содержания; сенестопатические ощущения вплоть до висцеральных галлюцинаций; амнезия по выходу из психотического состояния, коррелирующая с глубиной помрачения сознания и в последнюю очередь распространяющаяся на продуктивную симптоматику; непоследовательность воспоминаний, отражающая бывшие расстройства сознания; признаки психоорганического снижения (слабоумия). Такая динамика характерна только для острых интоксикационных психозов (собственно интоксикационных и абстинентных), клиническая картина которых коррелирует с уровнем меняющейся концентрации токсинов. Вместе с тем острый психоз при наркоманиях имеет особенности, присущие всем интоксикациям нейротропными веществами. Так, при развитии психоза обязательно возникают эмоциональные расстройства (дисфорический дебют при делирии, параноиде, реже при галлюцинозе), при выходе из психоза — этап глубокого сна.

Существуют определенные закономерности развития клинической картины психотического состояния. Так, для однократного введения относительно больших доз токсического вещества или для острой интоксикации, возникающей на фоне уже существующей хронической, наиболее характерно развитие делириозного помрачения сознания. Нередко подобный делирий специфически окрашен, в зависимости от типа вызвавшего его ПАВ.

При интоксикациях, приводящих к кислородному голоданию, часто возникают состояния оглушения, которые могут переходить в субкоматозные и коматозные состояния с возможным последующим выходом в апатический или амнестический синдром. При этом в структуре подобной интоксикации возможно развитие резкого дви-

гательного возбуждения, сопровождающегося хаотическим гиперкинезом и делириозными симптомами.

При затяжном течении психоза в его структуре обычно наблюдаются психозоподобные расстройства, что вызывает значительные диагностические трудности. Например, бред с включением в его фабулу мистических мотивов, символичность галлюцинаторных образов встречаются при гашишной интоксикации и приеме ЛСД; нелепые соматические ощущения — при употреблении стимуляторов и летучих растворителей; комментирующие, аутоскопические галлюцинации, апатоабулическая симптоматика — при интоксикации летучими растворителями. Появление эндоформной симптоматики в структуре экзогенного психоза связано с тем, что при интоксикации многими ПАВ развивается дисфункция различных уровней психической деятельности, в том числе и вовлеченных в эндогенный процесс [12].

Исход интоксикации зависит от типа ее течения. Так, при остром развитии и легких общетоксических и психопатологических проявлениях обычно наступает полное восстановление психического состояния. При затяжных формах интоксикации могут развиваться дефектные состояния в форме органического слабоумия разной степени выраженности с апатическим, амнестическим, псевдопаралитическим синдромами.

Несмотря на то, что психотические состояния алкогольного генеза достаточно изучены, нерешенными остаются вопросы, связанные с атипичностью структуры алкогольных психозов, вариабельностью и полиморфностью их клинической картины, рецидивирующим характером, с трансформацией и утяжелением психопатологических проявлений. Развитие подобных психозов у больных обуславливает их повышенную социальную опасность [3, 4, 19, 20]. Высказывается предположение, что структурная трансформация каждого последующего приступа — не случайное явление, а закономерный патогенетический механизм. С нарастанием числа приступов отмечается, как правило, усложнение их клинической картины от делириозной к параноидной, от острой к затяжной, от простой к сложной, от типичной к атипичной и от экзогенной к эндоформной [21].

### Список литературы

1. Столяров Г.В. Лекарственные психозы и психомиметические средства. — М., 1964. — 453 с.
2. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 319 с.
3. Качаев А.К. Отграничение сложных форм простого алкогольного опьянения от патологического опьянения // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1967. — С.77–93.
4. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы. — М.: Медицина, 1970. — 304 с.
5. Иванец Н.Н. Некоторые вопросы рецидивирования и трансформации алкогольных психозов // Проблемы алкоголизма. — 1973. — Вып.3. — С.61–67.
6. Гофман А.Г. О классификации алкогольных психозов // Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т.3. — М., 1974. — С.141–145.
7. Позднякова С.П. Клиника, дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическое значение алкогольных параноидов. — М.: Медицина, 1978. — 191 с.
8. Найденова Н.Г. О некоторых особенностях острых состояний в клинике эфедроновой наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1987. — С.31–33.