

Наркология — предмет и задачи

ЧИРКО В.В. д.м.н., профессор, Московская медицинская академия им. Сеченова, зав. кафедрой наркологии ФППОВ, Москва
ДЕМИНА М.В. д.м.н., доцент кафедры наркологии, Московская медицинская академия им. Сеченова, Москва

Наркология — новая в отечественной медицине специальность, которая выделилась из психиатрии в последние два десятилетия прошлого, двадцатого, века и которая переживает сейчас достаточно непростой период ее становления — определение границ, целей, задач, терминологии. Наркологические заболевания являются процессуальными психическими болезнями, т.е. имеющими определенную динамику своего возникновения, развития, течения и затухания. Их специфическое отличие в том, что они "рукотворные", сознательно или бессознательно сделанные самим человеком. Существующие классификации аддиктивных заболеваний лишены единого принципа подхода к оценке их патогенеза, возникновения, клиники, последующего течения и исхода заболевания и во многом эклектичны. Решающим в оценке клинической классификации может быть только опыт. На настоящий момент в России нет единой, основанной на строгом нозологическом делении, систематики наркоманий. В принципе можно говорить лишь о синдромальных вариантах одной большой аддиктивной болезни — болезни пристрастия к веществам, изменяющим психическое состояние человека.

Наркология — научная медицинская дисциплина, изучающая условия возникновения и развития болезненного влечения и пристрастия к веществам, произвольно изменяющим индивидуальное сознание человека (так называемым психоактивным), токсическое действие этих веществ, психические и соматические нарушения, вызываемые ими, — с целью разработки адекватных методов диагностики, лечения и профилактики вызванных ими заболеваний.

Наркология — новая в отечественной медицине специальность, которая выделилась из психиатрии в последние два десятилетия XX века. И, как в истории любой медицинской дисциплины, сейчас еще идет достаточно непростой период ее становления — определение ее границ, целей, задач, терминологии, дефиниций — всего того, что составляет понятийный аппарат дисциплины.

К сожалению, понятийный аппарат наркологии до настоящего времени еще нельзя считать достаточно разработанным и общепринятым (что, впрочем, справедливо и для любого раздела клинической или социальной психиатрии). Даже общее содержание понятия зачастую толкуется чрезмерно расширительно и неопределенно.

Между тем, стремление определить понятие и границы проблемы, вычленив ее содержание, т.е. создать понятийный аппарат дисциплины — это отнюдь не дань отвлеченной схоластике, а первый, и очень важный этап исследования вопроса и начало пути к его разрешению. Именно отсутствие надежных и валидных критериев диагностики и систематики данной патологии является основным барьером для эффективной интеграции психиатрического и наркологического лечения.

Поэтому, прежде всего, мы считаем необходимым сделать несколько существенных, на наш взгляд, терминологических замечаний.

Первое. Принятый у нас термин *наркотик* не имеет однозначного перевода с английского, с французского и немецкого языков. Английское *drug*, немецкое *drogen* и французское *drogue* означает *лекарство*. В русском и французском языках аналогом является слово *дурман* — «то, что опьяняет, опьяняющее, — отупляющее вещество» (словарь С.И. Ожегова, 1953) и *stupefiant* (дословно — *отупляющее вещество, отупитель*).

Термин несет как медицинскую, так и юридическую смысловую нагрузку, из-за чего и возникают бесконечные споры об алкоголе, который с медицинской точки зрения — наркотик, а с юридической — нет. Поэтому предлагается для всех подобных веществ (включая алкоголь) перенести из английского и французского термин *интоксикант*. Как в английском и французском, так и в русском языках слово *интоксикация* несет двоякую нагрузку. Это и *отравление*, и *опьянение*, причем оба значения очень четко отражают оба основных свойства подобных веществ. То есть под термином *интоксикант* следует понимать отравляющее и/или одурманивающее, опьяняющее вещество.

Второе. В настоящее время в литературе прочно укоренился термин *аддикция* (*addiction*, англ.), означающий *склонность, пагубную привычку, пристрастие*. Термин происходит от латинского предлога *ad*, обозначающего направленность к чему-либо, и существительного *diction* — *речь, приговор, произношение, произнесение* — «к приговору!». Поэтому термин можно перевести как «приговоренность», «предуготованность», предерженность к чему-либо или чего-либо. В современной англоязычной научной

литературе аддикция однозначно понимается как патологическое пристрастие к наркотикам или/и алкоголю. А понятие *аддикт* однозначно понимается как приверженец такого пагубного пристрастия. В этом смысле *аддикция* более точно передает содержание термина, его суть, чем слово *зависимость* (алкогольная, наркотическая и пр.), как подразумевающее некое допущение вынужденности и пассивности самого человека в формировании его увлечения. И поэтому употребление слова *аддикция* в качестве синонима *наркомании* представляется вполне естественным и допустимым.

Третье. На наш взгляд, совершенно очевидно наличие внутренних логических противоречий, заключающихся в истолковании термина *психоактивное вещество* применительно к химическому соединению, вызывающему болезненное пристрастие. Понятие *активный*, происходящее от латинского *activus* — деятельный, энергичный, логически связывается с представлением об определенном положительном, полезном действии на организм, об усилении, оживлении способностей. В нашем контексте — способностей и деятельности психической сферы. В реальности дело обстоит как раз наоборот. Действие на психическую сферу веществ, входящих в эту рубрику, никоим образом не положительное, не способствующее усилению и оживлению психических процессов, а сугубо отрицательное: агрессивное разрушающее, дезорганизирующее, отупляющее, деструктивное.

Предложившие этот термин чиновники ВОЗ, по-видимому, были не столь сведущими в вопросах клинической психиатрии. И его укоренение в отечественной научной литературе, вплоть до общеизвестной аббревиатуры ПАВ — это очередной пример слепого заимствования некоторыми авторами, не отличающимися действительно глубоким клиническим (а равно и логическим) мышлением, но научившимися немного переводить с английского. При этом единственный аргумент в пользу применения термина *психоактивное вещество* столь же нелогичен: «да, он не совсем точен, но так принято». Поэтому, если и допустима правомерность существования аббревиатуры ПАВ, то в иной расшифровке — *психоагрессивное вещество*.

Эти термины — *патологическое пристрастие*, *аддикция*, *аддикт*, *интоксикант*, *интоксикация*, *хроническое отравление психотропным ядом*, *отупление*, *одурманивание*, *отупляющее вещество (ОВ)*, — и будут нами использоваться в синонимическом значении как основные в понятийном аппарате данной работы. Тем не менее, и остальные указанные дефиниции (с определенными оговорками) нами не полностью отвергнуты.

Границы болезни. За три последних десятилетия — годы, прошедшие со времени выделения отечественной наркологии в самостоятельную отрасль научно-практической медицины, — накоплено поистине огромное число клинических и лабораторных фактов. Выявлен целый ряд биохимических, генетических, иммунологических, психологических закономерностей становления и развития основных проявлений этой группы заболеваний и их отдельных форм. Однако чтобы эта масса добытых клинико-лабораторных фактов могла быть правильно оценена и плодотворно использована в познавательном и практическом отношении, необходимо эти факты критически осмыслить и систематизировать в свете отечественных традиций общей теории медицины.

Всем известен методологический постулат, что теория без практики мертва, а практика без теории — слепа. К вопросам теории и методологии медицины в мире постоянно прикован интерес.

Особенно важно иметь твердую и правильную теоретико-методологическую позицию врачу психиатру-наркологу, которому в своей деятельности приходится встречаться со сложным переплетением соматического, психического и социального. Между тем, вопросам теории наркологии уделяется еще очень мало внимания.

Научное развитие современной наркологии, как и любой другой отрасли медицины, определяет не просто сумма накопленных фактов. Только познание взаимосвязей между наблюдаемыми клиническими фактами, определение закономерностей их поступательного движения, результатом чего является умение выделить общую концепцию, внутреннюю логику ее развития, делает клиническую наркологию наукой.

Сколько-нибудь успешная диагностическая и лечебно-профилактическая работа врача психиатра-нарколога невозможна без четкого и правильного представления о том, что такое «норма» в той специфической психической деятельности человека, которая касается сознательного употребления веществ, производящих изменяющих его психическое состояние.

В медицине и других науках понятие *норма* является репрезентацией философской категории *мера*, что подразумевает единство качественной и количественной характеристик вещи или явления. Понятие *меры* позволяет вскрыть тот предел количественных и качественных характеристик, за которым данное явление уже переходит в другое — качественно иное состояние.

Такая категория, как *мера потребления*, к наркологии имеет самое непосредственное отношение.

Попытки применить указанные категории в целях диагностики наркологических заболеваний мы видим, например, в разработке МКБ-10. Так, диагностиче-

скими критериями алкоголизма как болезни, а уже не просто злоупотребления, служат количественные показатели — «превышение критической массы» обязательных симптомов в течение года.

Устоявшихся, «вечных» эталонов «нормы» в наркологии нет. Представления о ней меняются в зависимости от конкретной страны, этнической группы и исторического отрезка наблюдения.

Аддиктивные заболевания представляют собой особую группу психических болезней. В них *экзогенно-токсические* факторы, тесно переплетающиеся с генетическими, конституциональными и социальными, «запускают» развитие прогрессивных длительных патологических процессов с *эндоформным течением*.

В развитии наркологического заболевания любая этиологическая вредность, будь то алкогольная, наркотическая или другая интоксикация, со временем неизбежно утрачивает свое «стартовое» значение. Она определяет лишь начало длинной разветвленной цепочки физиологических, психологических, психопатологических и других явлений, составляющих путь развития, «траекторию» болезни и приводящих к деструкции центральной нервной системы, деградации личности, дефекту или слабоумию, физическим (соматическим) изменениям. Причина внешняя («кауза экстерна») рано или поздно становится причиной внутренней («кауза интерна»).

Наркологические заболевания являются *процессуальными психическими болезнями*, т.е. имеющими определенную динамику своего возникновения, развития, течения и затухания. Их специфическое отличие в том, что они «рукотворные», сознательно или бессознательно сделанные самим человеком, — экзогенные, а не эндогенные и не экзогенные в традиционном понимании. Они развиваются согласно закономерностям, присущим всем психическим болезням, и определяются сочетанием как продуктивных, так и негативных психопатологических симптомов.

Задачи, стоящие перед наркологией

В первую очередь, следует обозначить границы изучаемой проблемы, выяснить масштабы распространённости и структуру наркологических заболеваний. Помимо границ необходимо установить те механизмы и факторы социального плана, которые влияют на масштабы заболеваний. Непосредственное отношение к этому имеют факторы, определяющие изменения в структуре заболеваемости и смертности, доступность и качество медицинской помощи, масштабы профилактических мероприятий и прогресс в различных видах лечения. Существенную роль играет также уровень общего благососто-

яния, культуры народа, характер социальной среды и интерперсональных взаимоотношений. На клинику и течение наркологических заболеваний отрицательное влияние оказывают и такие социальные факторы, как возрастающий ритм жизни, урбанизация, «стрессы аккультурации» при ускоренных темпах социальных перемен, загрязнение биосферы и др.

Однако самой главной и основной задачей наркологии мы считаем *изучение клинических фактов и закономерностей*.

Без познания клиники заболеваний медицина мертва. И это в полной мере относится к закономерностям происхождения и развития заболеваний, вызванных пагубным пристрастием к одурманивающим веществам.

Решающее значение клинических исследований в психиатрии постоянно подчеркивал А.В. Снежневский. «Некоторые относятся пренебрежительно к клиническому исследованию. Но без него познать этиологию и патогенез болезни нельзя». Он приводил слова старых врачей: «У постели больного экспериментаторы, чрезвычайно искусные в опытах, производимых ими на животных, могут, конечно, рассуждать, гадать, но не более того. Между тем, как клинический врач, продолжительная опытность которого приучила к наблюдению, воспользуется своими природными орудиями и скажет о том, что происходит и что случится у больного. ... В общем, вся медицина сводится к клинике. И когда забывают эту основную истину, свет гаснет, почва уходит из-под ног и мы погружаемся в необъятный мрак».

«Всякого рода исследование патогенеза новейшими методами необходимо, но оно может производиться только при отправлении от клиники и при возвращении к клинике. Цель рафинированного описания и изучения симптомов и синдромов болезни заключается в познании через них природы болезни в ее развитии» [9].

Изучение патогенеза наркологических заболеваний подразумевает выяснение психологических, психопатологических и биологических механизмов формирования зависимости от одурманивающих веществ.

В настоящее время установлена общность биологических механизмов зависимости от алкоголя и наркотиков, при этом тип одурманивающего вещества (алкоголь, опиаты, каннабиноиды, кокаин и пр.) не имеет определяющего значения. Отличия касаются лишь патологических особенностей ведущих симптомов болезней. Кроме того, установлены главные звенья механизмов зависимости.

Разработка методов диагностики наркологических заболеваний остается актуальной проблемой. В конце 1960-х — начале 1970-х годов появились ра-

боты, в которых утверждалось, что, наконец-то, разработаны методики, позволяющие точно диагностировать алкоголизм. Речь шла о патологии печени, нарушении активности ее ферментов. Но оказалось, что диагностировались лишь признаки токсического поражения тех или иных органов и систем человеческого организма, а вовсе не алкоголизм как заболевание. Не сама зависимость от алкоголя, как таковая, а только последствия его длительной интоксикации. Иными словами, на сегодняшний день специфических биологических методик диагностики алкоголизма (равно как и наркоманий и токсикоманий) пока еще нет.

Психопатологические и биологические основы пристрастия к одурманивающим веществам и его стержневые синдромы

Разрушающее воздействие алкоголя, наркотиков и других одурманивающих веществ на жизнедеятельность и функции человеческого организма идет в нескольких направлениях.

Первое — это их психотропное действие, специфическое влияние на центральную нервную систему, изменяющее психическое состояние человека и вызывающее развитие болезненного пристрастия — синдрома патологического влечения или *синдрома зависимости* — осевого симптомокомплекса наркологического заболевания.

Второе — их токсическое действие практически на все органы и системы человеческого организма. Токсическое поражение может быть как временным, преходящим, так и необратимым.

Важно отметить, что обусловленная такой интоксикацией патология должна рассматриваться как концептуально обособленная от синдрома зависимости. Человек с патологией, вызванной длительной алкогольной интоксикацией (физической, психической, социальной), может и не иметь алкогольной аддикции. Например, человек несколько дней подряд в больших количествах пил спиртное, в опьянении дрался, был задержан милицией, в похмелье двое суток не мог подняться и пропустил работу, из-за чего был уволен с работы, поссорился с женой и домашними. Как будто все патологические признаки — и физические, и психические, и социальные — налицо. Но можно ли по одному или нескольким таким эпизодам считать, что речь идет об алкоголизме как хроническом психическом заболевании? И представляется возможным, что во многих странах, в том числе и в России, нагромождение вызванных алкоголем поражений — фактически результат огульного отнесения в эту рубрику пьющих людей, чьи нарушения не укладываются в строго медицинские критерии алкоголизма. В то же время, именно соматическая или неврологическая патология, обусловленная токсическим эффек-

тами алкоголя и наркотиков, чаще всего и является причиной инвалидизации и смерти наркологических больных.

И наконец, патогенное влияние интоксикантов на потомство. Несомненно доказано существенное повышение риска развития психических и физических отклонений у детей, родившихся от больных алкоголизмом или наркоманией.

Патогенез аддикции еще полностью не изучен. Согласно сложившимся к настоящему времени представлениям о клинко-психопатологических проявлениях и патогенетических механизмах аддитивных расстройств — ведущий механизм в их патогенезе — это формирование функциональных мозговых расстройств — патодинамических структур по типу так называемых сверхценных идей.

Основными свойствами сверхценных идей являются их мощная эмоционально-аффективная заряженность и господствующее положение в психической жизни индивидуума. По определению С. Wernicke (1892 г.), *Überwertige Ideen*, это «воспоминание о каком-либо особенно аффективно заряженном переживании или о целом ряде подобных, связанных между собой, переживаний». Для зарождения сверхценной идеи необходима определенная «готовность», соответствующая личностная почва, своеобразие личностного склада. В отличие от бредовой идеи, сверхценная идея развивается психологически понятными путями из личности и ситуации. Поддаются анализу не только тематика, но и генез состояния, и бытие личности. В одних случаях сверхценное образование возникает чисто психогенно, в других эндогенно, благодаря особым, биологически заложенным детерминантам. Клинико-психопатологический анализ феномена патологического влечения у наркологических больных, бесспорно, свидетельствует о его постоянной и высокой эмоционально-личностной значимости. Непоколебимая личностная установка на потребление наркотических и других изменяющих психическое состояние средств выступает как неотъемлемый компонент самого образа жизни индивидуума. Хотя интенсивность и напряженность возникшего ПВ могут варьировать — то ослабевать, то усиливаться, — оно занимает доминирующее положение в сознании и определяет все поведение больного. При этом личность больного мало подвергает эмоциональной и интеллектуальной переработке содержание своего пристрастия. Для аддикта не подлежит сомнению обоснованность своего стремления принимать интоксикант. Отсюда происходят снижение критической самооценки и относительная легкость реализации влечения даже при вербально

декларируемых самим больным «сомнениях», «колебаниях» и «борьбе мотивов».

Ряд отечественных и зарубежных психиатров относит его к обсессивным и компульсивным расстройствам, отождествляя обсессивное влечение с психической зависимостью, а компульсивное — с физической. По их мнению, определяющий критерий принадлежности синдрома патологического влечения к обсессиям только один — борьба мотивов, колебания: пить — не пить, принимать наркотик — не принимать. Но при этом полностью игнорируется главный признак обсессии: чуждость переживания по отношению к личности, что абсолютно несвойственно патологическому влечению к алкоголю и к другим одурманивающим веществам, — оно воспринимается индивидуумом как неотъемлемая часть своего «Я».

Но что же служит толчком к тому, чтобы идея вдруг или исподволь заняла ранее несвойственное ей доминирующее положение в психической жизни, до сих пор окончательно не ясно. То же самое можно сказать и по поводу бреда.

Попытки объяснить сверхценное симптомообразование с точки зрения «катехоламиновой» гипотезы пока тоже не привели к окончательным выводам. «Катехоламиновая» гипотеза, по мнению современных исследователей, пока еще не получила всеобщего признания. Согласно открытиям последних двух-трех десятилетий, в качестве основного звена в едином механизме развития всех наркологических заболеваний следует рассматривать нарушения функций катехоламиновой системы (Анохина И.П., Liberman J.A., Kinon B.J., Loebel A.D.). Как алкоголь, так и наркотические вещества, каковы бы ни были их психофизические эффекты и химический состав, обладают общим свойством: они усиливают дофаминергическую синаптическую передачу в мезолимбической системе мозга, в частности в «системе подкрепления». Их воздействие вызывает в этих отделах мозга интенсивный выброс катехоламиновых нейромедиаторов, в первую очередь дофамина, что усиливает возбуждение системы подкрепления. Оно сопровождается мощными положительными эмоциональными переживаниями, составляющими «базис» влечения. Повторные приемы интоксиканта ведут к падению запасов нейромедиаторов, вследствие чего «нормальный» импульс уже не вызывает достаточного возбуждения в системе подкрепления. Ответ на это — психофизический дискомфорт, падение настроения, ощущение вялости, слабости, скуки. Прием интоксиканта на этом фоне вновь вызывает дополнительный выброс нейромедиаторов из депо и временно компенсирует деятельность лимбических структур

мозга. Субъективно ощущаются улучшение состояния, эмоциональное оживление, психическая активизация. Затем свободные катехоламины вновь быстро разрушаются, что ведет к новому ухудшению психофизического состояния и, соответственно, к стремлению вновь принять наркотик. При хронической интоксикации происходят своеобразная метаболическая адаптация нейромедиаторных систем по механизмам отрицательных обратных связей. Поэтому при обрыве приема интоксиканта происходит падение уровня метаболической адаптации нейромедиаторов и истощение катехоламиновых систем. Клинически это выражается в самых различных формах и сочетаниях депрессивных, астенических и вегетативных нарушений.

Однако что же именно «запускает» такие изменения в прежде «исправно функционирующей» системе подкрепления, пока также неясно.

Этот «порочный круг» и лежит в основе формирования *синдрома патологического влечения — стержня аддиктивной болезни* (*craving syndrome* в англоязычной литературе).

Синдром патологического влечения представляет собой доминантную структуру сверхценного регистра. В структуре синдрома патологического влечения присутствуют нарушения различного уровня: идеаторные, аффективные, поведенческие, вегетативные и сенсорные.

Он соответствует основным критериям истинных влечений, что подтверждают присущие ему приступообразность и аутохтонные аффективные расстройства как в до-, так и в постприступном периоде. Сопровождается оно чувством охваченности переживаниями, связанными с влечением, при этом отсутствует внутренняя переработка (критический анализ) возникающих побуждений, нет учета и анализа конкретной ситуации.

В практической работе трудно оценивать каждый компонент СПВ изолированно, потому что целостную картину врач получает путем анализа всего индивидуального спектра психопатологической симптоматики, со сложным переплетением аффективных, поведенческих, идеаторных и вегетативных расстройств.

Тем не менее, существуют определенные закономерности, которые присущи каждому пациенту при обострении СПВ.

Основу *второго стержневого синдрома аддикции — синдрома лишения, или абстинентного (withdrawal syndrome)*, составляют полиморфные соматовегетативные расстройства, которые условно могут быть отнесены к нескольким группам симптомов. Синдром лишения всегда начинается с эмоциональных предвестников: тревоги и дистимии. К ним

присоединяются физические нарушения, болевые симптомы, вегетативные, аффективные проявления, состояния измененного сознания, судороги.

Состояния лишения могут затягиваться, на их фоне могут возникать психические и вегетативные эквиваленты острого периода («отставленная абстиненция», «псевдоабстинентный синдром»).

Содержание *третьего облигатного симптомо-комплекса наркологического заболевания — нарушения сознания болезни (критического отношения к своей болезни)* — определяет именно позиция личности по отношению к одурманивающим веществам. Убеждения больного, его суждения, размышления, точку зрения, жизненную позицию, отношение к собственной болезни — переживания, воспоминания — все это в конечном итоге либо препятствует, либо способствует избавлению от аддикции.

Таким образом, ведущие, облигатные симптомо-комплексы наркологической болезни, составляющие ее «ядро», — это специфическая *аддиктивная триада*, включающая в себя:

- синдром патологического влечения;
- синдром лишения;
- синдром нарушения сознания болезни.

Как мы убедимся в дальнейшем, *аддиктивная триада* — это основа всех без исключения форм наркологической патологии.

Классификация аддиктивных заболеваний

Существующие классификации аддиктивных заболеваний лишены единого принципа подхода к оценке их патогенеза, возникновения, клиники, последующего течения и исхода заболевания и во многом эклектичны. Это касается и существующих систематик алкоголизма, равно как и всех других форм аддикций. И как в отечественной, так и в зарубежной литературе высказывается много справедливых и обоснованных критических замечаний по этому поводу.

Сама по себе критика систематики — явление закономерное, поскольку системы и классификации могут себя пережить, а мы не должны становиться их рабами. Но решающим в оценке любой клинической классификации может быть только опыт. Не спекуляции за письменным столом, а реальные, трезвые и объективные наблюдения над больными, картинами заболевания и их изменениями в динамике.

Развитие наркологии как отдельной медицинской дисциплины в нашей стране активно происходит с 1970-х годов. Как и для любой самостоятельной отрасли медицинской науки, определяющим моментом становления наркологии является решение проблемы границ, классификаций и диагностических критериев наркологических заболеваний. Следует указать, что в

настоящее время в России еще нет национальной общепринятой классификации всех наркологических заболеваний.

МКБ-10 предназначена сугубо для целей статистики, и она, конечно, не может заменить собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для наркологической науки и практики. В МКБ-10 клинические признаки аддиктивных расстройств описаны довольно кратко и бессистемно.

Отечественной наукой разработаны более углубленные и детальные клинические признаки наркологических заболеваний. Поэтому предполагаемая замена статистического руководства вселяет определенный оптимизм.

Классификация алкоголизма

Единой общепринятой классификации алкоголизма до сегодняшнего дня в мире еще не разработано. Алкоголизм — чрезвычайно сложное по своему происхождению и развитию заболевание. В его формировании участвуют генетические, нейрофизиологические, биохимические, конституционально-личностные, психологические, социальные, психопатологические, культурные, этнические и многие другие факторы.

Многочисленные существующие классификации можно отнести к двум группам. В первой типология основана на клинических признаках заболевания — ведущих симптомах и их развитии. Во второй можно видеть социальные, генетические («наследственные алкоголики», «антисоциальные алкоголики»), даже экономические критерии и лишь отчасти — клинические признаки. В зарубежных классификациях основной акцент делается на социальные, демографические, экономические, юридические, психологические аспекты, и лишь частично — на собственно клинко-психопатологические критерии наркологических заболеваний. В отечественной медицине традиционно сложилась методология клинко-динамической классификации болезней: она распространяется и на классификации алкоголизма.

Наиболее признанной и вошедшей в повседневную отечественную практику является классификация И.В. Стрельчука [10]. Она предполагает, что алкоголизм как самостоятельное психическое заболевание проходит три последовательные, все более углубляющиеся по степени разрушительного влияния на организм, стадии течения. Схожий принцип стадийности течения алкоголизма положен в основу классификации, предложенной в конце 1960-х годов А.А. Портновым и И.Н. Пятницкой [7].

По мнению этих авторов, важнейшим диагностическим признаком *первой* (легкой, компенсированной) стадии алкоголизма является синдром патологического влечения к спиртным напиткам с утратой количественного контроля («потеря чувства меры»). Наряду с ним обнаруживается рост толерантности к алкоголю, возникновение амнезий периода опьянения при превышении обычных доз потребляемого алкоголя, функциональные нарушения со стороны внутренних органов и нервной системы. Трудоспособность и социальное функционирование больных сохраняются либо нарушаются незначительно.

Во *второй* (средней, субкомпенсированной) стадии алкоголизма к стержневым специфическим расстройствам — к патологическому влечению и утрате количественного контроля — присоединяется абстинентный синдром (синдром лишения, withdrawal syndrome). Толерантность к алкоголю достигает максимума. Возможны эпилептиформные припадки и алкогольные психозы. Появляются стойкие аффективные нарушения в виде депрессии или дисфории и признаки алкогольной деградации. Соматические расстройства становятся трудно обратимыми. Отмечается социальная дезадаптация.

Третья (тяжелая, декомпенсированная) стадия алкоголизма характеризуется снижением толерантности к алкоголю или даже интолерантностью. Стержневые расстройства, имевшие место во второй стадии — патологическое влечение, абстинентный синдром, утрата контроля, — становятся максимально тяжелыми. Амнезия опьянения наступает после приема даже незначительных доз. Алкогольная деградация сопровождается признаками органического поражения ЦНС, учащаются алкогольные психозы. Соматические расстройства становятся необратимыми. Отмечается глубокая социальная дезадаптация, трудоспособность практически утрачивается.

В последующем данная типология была дополнена Н.Н. Иванцом с соавторами (1988, 1996, 2002 гг.) выделением состояний, переходных между стадиями, и выделением критериев прогрессивности течения. В типологии алкоголизма выделяются:

А. Доклиническая фаза. Определяется нарастающим развитием симптоматики, относящейся к I стадии алкоголизма.

Б. Клиническая фаза

I стадия. Начинается с появления первых признаков алкогольного абстинентного синдрома и заканчивается становлением развернутой картины алкоголизма. Осложнения незначительны, компенсаторные возможности в значительной мере сохранены. Характерно как количественное, так и качественное нарастание патологических проявлений.

II стадия (развернутая). Складывается ведущий клинический стереотип симптоматики. Компенсаторные возможности предельно напряжены, время от времени происходят декомпенсации. Осложнения развиваются в соответствии с принципом «слабого звена». Патологические проявления относительно стабильны.

III стадия (финальная). Явления декомпенсации нарастают, развивается алкогольная деградация и весь комплекс осложнений и последствий алкоголизма.

Классификация алкоголизма, предложенная Н.Н. Иванцом:

1. *Темп прогрессивности заболевания* (скорость формирования физической зависимости с момента начала систематического употребления): низкий (свыше 8 лет); средний (от 5 до 8 лет); высокий (до 5 лет).

2. *Стадия заболевания — тяжесть клинической картины:*

- переходная 1—2;
- переходная 2-3;
- исходная 3.

3. *Форма злоупотребления алкоголем:* отдельные алкогольные эксцессы; псевдозапой; постоянное пьянство на фоне высокой толерантности; перемежающееся пьянство; постоянное пьянство на фоне низкой толерантности; истинные запои

4. *Социальные последствия алкоголизма:* легкие, средней тяжести, тяжелые.

5. *Соматоневрологические последствия алкоголизма* (диагноз соматоневрологического расстройства — артериальная гипертензия; патология сердечной деятельности; патология печени; поражения ЦНС; полинейропатии).

6. *Ремиссия* (полная ремиссия с указанием длительности; неполная ремиссия с указанием количества выпивок в месяц, неделю; средняя продолжительность ремиссии: менее 6 мес., более 9 мес., более 12 мес.).

7. *Рецидив.*

Однако принцип строгой стадийности в оценке течения хронического алкоголизма оказался далеко не универсальным, а его автоматический перенос на все виды аддикций — в значительной мере — искусственным и механистичным.

Причина тому — масштабные многолетние клинические наблюдения, проведенные в 1960—1980-х годах и заставившие пересмотреть сложившиеся постулаты.

Выяснилось, что отнюдь не все больные непременно проходят все три стадии болезни, причем дело здесь совсем не в объеме проведенной терапии (стандартную 4—5-дневную дезинтоксикацию нельзя именовать *патогенетической*). У большинства больных «вторая стадия» длится всю жизнь. В общей массе больных сразу же выделяются те, у кого патологическое влечение к алкоголю уже изначально отличается своей всепоглощающей мощью и постоянством, и, напротив, дискретностью и относительной «умеренностью». У многих больных ранее мощное влечение как бы «критически» гасло («я свое уже выпил!»), и остаток жизни они не обнаруживали ни влечения, ни дефекта. Тем самым, возникала практическая необходимость опоры на другие клинические критерии, прежде всего — *критерий активности* патологического процесса.

Н.В. Удинцева-Попова [11] на материалах изучения более 300 пациентов выделяла 3 типа течения заболевания при хроническом алкоголизме: стационарный, прогрессирующий и ремиттирующий.

Стационарный (около 26%) — стабильная симптоматика, полное отсутствие прогрессирования. Позднее появление психических расстройств в похмеле, нет запоев. Сохраняется хорошая работоспособность, нет сколько-нибудь заметных изменений характера. Прогноз благоприятен.

Прогрессирующий (64%) — изменения и нарастание симптомов. Включает два варианта: медленный и галопирующий.

Медленное течение: (30%) — нарастание симптомов исподволь. Лишь к концу жизни наступает социальная деградация. Прогноз несколько худший, чем при стационарном течении.

Галопирующее течение (34%) — изменения личности и социальное снижение катастрофичны. Прогноз наихудший.

Ремиттирующий (10%) — постоянная смена приступов и светлых промежутков; приступы с годами удлиняются, а ремиссии укорачиваются. Прогноз в целом благоприятен.

Г.М. Энтин [13] на основании изучения более 600 больных с катамнезом в 2—4 года выделял 4 основных типа течения алкоголизма: 1) прогредиентный; 2) стационарный; 3) ремиттирующий; 4) регрессиентный.

Прогрессиентный тип течения алкоголизма, по Г.М. Энтину, — наиболее частый (до 56%), при котором злоупотребление практически не прекращается. Он включает в себя злокачественный прогредиентный, прогредиентный с быстрым течением и прогредиентный с медленным течением. Стадии болезни быстро и неуклонно сменяют одна другую;

стационарный (7,4%) — ремиссии либо отсутствуют, либо длятся менее 6 мес., но прогрессирования основной симптоматики нет, мало страдает работоспособность;

ремиттирующий (13,4%) — ремиссии от 6 мес. до полутора лет, возможность частичной соматической, психической и социальной компенсации сохраняется;

регрессиентный (22,9%) — терапевтические ремиссии не менее года; бывают кратковременные, не превышающие 1—1,5 мес., рецидивы, но, как правило, воздержание от алкоголя стойкое, соматопсихическое состояние хорошее.

Таким образом, стадийность течения алкоголизма прослеживается лишь в половине популяции больных.

Врублевский А.Г. (1989 г.), опираясь на классификации Cloninger С., Babor Т., Schuckit М. и других американских авторов, выделявших алкоголизм I и II типов, различал экзоформный и эндоформный варианты течения алкоголизма.

Критериями различий служили следующие клинические признаки: наличие наследственной предрасположенности; более ранний или более поздний возраст начала злоупотребления; периодичность или непрерывность злоупотребления; сочетания с потреблением других интоксикантов. Последовательной смены стадий болезни авторы не отмечают.

Классификация алкоголизма Е. Джеллинека (1960 г.)

α-алкоголизм: использование алкоголя как средства смягчения отрицательных психологических явлений или неприятных соматических ощущений. Заболеванием не является.

β-алкоголизм: употребление алкоголя в соответствии с обычаями социальной среды.

γ-алкоголизм: при употреблении крепких спиртных напитков формируется психическая и физическая зависимость от алкоголя. Периодическая форма злоупотребления. Выраженные нарушения социально-трудовой адаптации.

δ-алкоголизм: при употреблении виноградных вин. Преобладание психической зависимости, постоянная форма злоупотребления алкоголем. Выраженные соматические последствия алкоголизма при относительно нерезких социальных нарушениях.

ε-алкоголизм: циклически повторяющиеся запои, дипсомания.

Классификация алкогольных психозов (Н.Н. Иванец, 1975 г.)

1. Эпизодически протекающие (однократные)

а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций;

б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций.

2. Рецидивирующие

2.1. Легко обратимые: а) ограничивающиеся синдромами острых экзогенных типов реакций; б) сопровождающиеся трансформацией клинической картины в рамках острых экзогенных типов реакций.

2.2. С тенденциями к затяжному течению: а) шизоформные; б) с развитием грубо органических состояний.

3. Затяжные

а) шизоформные;

б) с развитием грубо органических состояний.

Классификации наркоманий

Здесь положение дел аналогично. На настоящий момент в России нет единой, основанной на строгом нозологическом делении систематики наркоманий. Нозологическая самостоятельность каждой болезни (и аддикции не составляют исключения) определяется типичным спектром основных синдромов и стереотипом их развития.

До настоящего времени нозологическое разграничение аддитивных заболеваний базируется на устаревшем принципе. За основу берется конкретное химическое вещество, вызывающее пристрастие («зависимость от алкоголя», «зависимость от кокаина», «зависимость от каннабиноидов» и т.д.).

Это разграничение искусственно и весьма относительно. Существует большое число (не менее трети) переходных и смешанных случаев. Хронический алкоголизм в огромном числе случаев трансформируется в героиную аддикцию, та, в свою очередь, — в кокаиновую. И наоборот, опийная наркомания переходит в тяжелейший алкоголизм. Примеры здесь можно продолжать и продолжать.

Клинический опыт постоянно приносит доказательства тому, что все наркологические заболевания по своей патогенетической основе едины. В принципе можно говорить лишь о синдромальных вариантах одной большой аддитивной болезни — болезни пристрастия к веществам, изменяющим психическое состояние человека. Готовность и стремление к изменению своего психического состояния обусловлена сугу-

бо личными, внутренними побуждениями человека. Что же касается выбора того или иного конкретного химического средства, изменяющего сознание, то он во многом определяется внешними факторами: сложившимися традициями каждого конкретного общества и изменениями таких традиций, происходящими в конкретный период времени.

Список литературы

1. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). // Лекции по клинической наркологии под ред. Н.Н. Иванца. — М., 1995. — С. 16—39.
2. Врублевский А.Г. Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования: Дисс. докт. мед. наук. — М., 1989. — 243 с.
3. Давыдовский И.В., Снежневский А.В. О социальном и биологическом в этиологии психических заболеваний // Сб.: Соотношение биологического и социального в человеке. — М., 1975. — С. 497—504.
4. Иванец Н.Н. Алкогольные психозы (систематика, клиника, дифференциальный диагноз, прогноз, судебно-психиатрическое значение): Автореф. дисс. докт. мед. наук. — М., 1975. — 36 с.
5. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М.: Орел, 1996. — 48 с.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб, 1994. — 300 с.
7. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. 2 изд. — Л.: Медицина, 1973. — 368 с.
8. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
9. Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций. — Валдай, 1970. — 190 с.
10. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. Изд. 2. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.
11. Удинцева-Попова Н.В. Типы течения хронического алкоголизма // Проблемы советской психиатрии. — Пермь, 1966. — С. 301—309.
12. Ухтомский А.А. Доминанта как фактор поведения. Сочинения, Т. I. — Л.: 1950. — 293 с.
13. Энтин Г.М. Изменение типа течения алкоголизма под влиянием противоалкогольной терапии // Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. — М., 1976. — С. 254—257.
14. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. 4 ed. — Paris: Masson, 1974. — 1252 p.
15. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 3 Aufl. — Berlin, 1923. — 857 s.
16. Jellinek E. The Disease Concept of Alcoholism. — New Haven: College and University Press, 1960. — 246 p.
17. Liberman J.A., Kinon B.J., Loebel A.D. Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug-induced psychoses // Schizophrenia. Bull. Nat. Inst. Mental. Health. — 1990. — Vol. 16, №1. — P. 97—110.