

Псевдоабстинентный синдром в клинике аддикций: патогенетические механизмы и терапевтическая тактика

ПЛОТКИН Ф.Б.

Минский городской наркологический диспансер, Минск, Беларусь

Наряду с неоспоримой диагностической значимостью синдрома отмены — одного из ключевых феноменов в клинике зависимостей, описаны особые клинические состояния, возникающие в период ремиссии заболевания и известные под названием «сухое опьянение» и «псевдоабстинентный синдром». Указаны патогенетические механизмы их формирования. Подчеркивается необходимость правильной и своевременной идентификации псевдоабстинентного синдрома как неотложного состояния, требующего принятия экстренных мер для предотвращения срыва ремиссии.

Ключевые слова: аддикции, абстинентный и псевдоабстинентный синдромы, патогенез, тактика лечения, синдром отмены, неотложные состояния

Когда одно явление неизменно следует за другим, мы сразу делаем вывод, что таков, значит, закон природы... Но иной раз природа устраивает нам подвох и не подчиняется собственным правилам.

Блез Паскаль [23, с.131]

В аддиктологии понятию абстиненция принадлежит одно из ведущих мест. Само слово абстиненция происходит от лат. *abstinentia*, т.е. воздержание, и под ним чаще всего понимается «полное воздержание от употребления спиртных напитков, табака; болезненное состояние алкоголиков и наркоманов после внезапного прекращения употребления ими алкоголя или наркотика; половое воздержание» [33]. В наркологии же термины абстиненция, абстинентный синдром употребляются как обобщающее именование симптомокомплекса, начинающего проявляться непосредственно после прекращения приема психоактивного вещества (ПАВ), от которого сформирована зависимость, и продолжающегося определенный период, длительность которого определяется формой болезни. В настоящее время этот симптомокомплекс обозначается чаще как синдром отмены.

Впервые термин абстиненция был применен в 1916 г. Ф.Е. Рыбаковым, назвавшим так «истинно похмельные расстройства» (цит. по [20]). Ф.Е. Рыбаков писал, что «лишение вина сказывается у пьяниц массой тяжелых и неприятных явлений со стороны разных органов тела: тошнотой, рвотой, дрожанием рук, болями в разных частях тела, упадком деятельности сердца, дурным настроением, головной болью, неспособностью к работе и пр.» (цит. по [9, с.232—233]).

Однако четкое определение термина *алкогольный абстинентный синдром*, систематизация его симптомов, место в ряду других проявлений болезни и определяющее значение в диагностике, безусловно, принадлежит С.Г. Жислину¹. «При алкоголизме, — отмечает С.Г. Жислин, — имеется ясно очерченный абстинен-

тный симптомокомплекс, обычно известный под названием похмелья» [9, с.245]. В книге «Об алкогольных расстройствах», выдвигая в качестве важнейшего критерия хронического алкоголизма наличие явлений похмелья, С.Г. Жислин писал: «Помимо этого, самое влечение к опохмелению представляет собой новое, качественно иное влечение, чем прежнее влечение к алкоголю у того же лица. Оно носит уже принудительный характер и обусловлено изменившимся в результате хронической интоксикации биохимическим состоянием организма» [8]. «С известным правом, — по мнению С.Г. Жислина, — можно сказать, что похмелье является узловым пунктом алкогольной патологии. С момента, когда у больного впервые, хотя бы в нерезкой степени, появляются симптомы болезни — похмелья — и потребность в опохмелении, он должен считаться хроническим алкоголиком в строгом, клиническом смысле этого слова... Мы предложили важнейшим критерием хронического алкоголизма считать наличие похмелья (курсив С.Г. Жислина). В этом отношении не должно быть различия между алкоголиком и многими другими наркоманиями. Алкоголиком, как и морфинистом, может быть назван только тот, у кого отнятие яда вызывает явления абстиненции» [9, с.245]².

¹ В 30-е годы прошлого века С.Г. Жислин был сотрудником кафедры психиатрии Минского государственного медицинского института, с 1932 г. заведовал кафедрой психиатрии в Воронеже, с 1950 по 1952 гг. в Перми, а затем многие годы руководил отделом в Московском институте психиатрии МЗ РСФСР.

² Мы сознательно акцентировали внимание читателя на, казалось бы, давно известных фактах именно потому, что псевдоабстинентный синдром, который стал темой настоящей статьи, наблюдается только у тех пациентов, у которых имеются достаточно выраженные проявления синдрома отмены

Определенным клиническим сходством с абстинентным синдромом, или 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 [32]. Особые состояния на фоне ремиссии под названием *сухое опьянение* (dry drunk) были описаны Flaberty (цит. по [28, с.204]). При определенной клинической картине «возникающие раздражительность, депрессию, чувство усталости и чувство одиночества» один из авторов понятия *сухое опьянение* Wellman назвал «запоздалыми абстинентными синдромами» (late withdrawal symptoms) (цит. по [28, с.206]).

«Сухое опьянение», — разъясняют А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая, — как видно из названия, напоминает состояние интоксикации: появлялось амбивалентное отношение к приему спиртного («пить — не пить»), психическое и эмоциональное возбуждение, отсутствие мыслей, жалость к себе, желание эмоционального подъема, неспособность сконцентрироваться, у некоторых — чрезвычайная активность, им хотелось куда-то стремиться, работать, у других возбуждение физической активности сочеталось с неразумным поведением. Сухое пьянство сменяется чувством усталости, физического и эмоционального опустошения. В части случаев сухое опьянение выражалось подавленностью, депрессией, мыслями о самоубийстве, идеями самоуничтожения и заканчивалось чувством облегчения и благодарности больного самому себе за то, что смог воздержаться» [28, с.205—206]. В автореферате кандидатской диссертации «Клиника развернутых форм алкогольной болезни (хронического алкоголизма)» (1961 г.) И.Н. Пятницкая пишет: «У больных, вступивших во вторую стадию заболевания, даже при воздержании от алкоголя полного выздоровления в ближайшее время после курса лечения не наступает. Неопределенный период времени, измеряемый годами, состояние таких пациентов не укладывается в границы нормы. Нет никакого основания считать, что состояние, наблюдаемое после формального выздоровления (отказ от спиртного), качественно иное, нежели в период развернутых симптомов болезни. Это состояние следует считать таким же проявлением заболевания, как и любой синдром в период злоупотребления. Природа этого состояния не отличается от патогенетической основы болезни, и наличие его лишь свидетельствует об относительной обратимости страдания. Это заставляет предполагать, что патогенетические механизмы второй стадии заболевания перешли границу функционального. Доказательством могут служить случаи так называемого «сухого опьянения», в отечественной литературе впервые описанные нами [29, с.244].

Аналогичная ситуация существует и при наркотической зависимости. Здесь, по мнению И.Н. Пятницкой, «состояние ремиссии — состояние нового качества гомеостаза. Ремиссионный гомеостаз отличен от гомеостаза активной наркотизации, но не идентичен гомеостазу преморбидному. Поддержание нового, непривычного состояния требует усилия — выработки устойчивого нового стереотипа функционирования. После периода первой адаптации, состоящей на начальном этапе из попытки внутренними ресурсами восстановить, сохранить предшествующий функциональный уровень (острый период абстинентного синдрома), через этап неустойчивого равновесия (выравнивание состояния применительно к отсутствию наркотизации) больной достигает адаптации на новом, ненаркотическом, ремиссионном уровне... Возможности наркомана истощены предшествующей наркотизацией, и адаптация его несовершенна. Лишь у лиц с небольшим сроком наркотизации ремиссия длительно выглядит как состояние здоровья и достаточной работоспособности... В ремиссии, после купирования синдрома физической зависимости (коррекция абстинентного синдрома, подавление компульсивного влечения и нормализация психосоматического состояния), синдром психической зависимости выступает на первый план» [30, с.243].

Согласно наблюдениям И.Н. Пятницкой, «...в подавляющем большинстве спустя 2—6 мес. после выписки появляются клинические признаки истощения адаптивных возможностей. Больные жалуются, что устают, стали «ленивыми», ничего не хочется делать, их ничего не интересует, нет радости от жизни. У других наступает раздражительность, «портится характер». В некоторых случаях декомпенсация представлена остро развивающимися состояниями по типу, описанному нами при алкоголизме: состояние ажитации, психодвигательного малопродуктивного возбуждения («сухое опьянение») или состояние психического напряжения в сочетании со специфическими соматоневрологическими дисфункциями («псевдоабстинентный синдром»), вегетативная симптоматика, вплоть до диареи» [31].

Наиболее рельефным знаком, которым проявляется в ремиссии сформировавшаяся физическая зависимость, А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая считают «псевдоабстинентный синдром», впоследствии подтвержденный также рядом авторов (Я.К. Авербах, С.С. Либих, В.М. Воловик). В процессе воздержания в течение 1—1,5 года ремиссии у больных наблюдаются эпизодические состояния, напоминающие абстинентный синдром: нарушение сна, в сновидениях — прием спиртного, слабость, потливость, тремор, тревожное настроение, беспокойство, пугливость и компульсивное влечение к алкоголю» [28, с.204].

«Примечательно, — подчеркивают авторы, — что этот синдром копирует не только общие, но и индивидуальные признаки абстиненции. Так, например, если у больного во время истинной абстиненции возникали тошнота и рвота, то и во время псевдоабстинентного синдрома наблюдаются эти же индивидуальные проявления похмелья» [28, с.205].

Компульсивное влечение, входящее в структуру абстинентного синдрома, входит и в структуру псевдоабстиненции... При этом «компульсивное влечение в светлом промежутке, несмотря на сопровождающую вегетативную симптоматику, не может быть расценено как знак абстинентного синдрома и потому, что не включает специфические признаки абстиненции (при опийном компульсивном влечении отсутствуют, например, мышечные боли и пр.)» [30, с.88]. Впервые возобновление неукротимого (компульсивного) влечения у морфинистов в ремиссии спустя 8—12 мес. после лечения нашел Р. Буркарт (1882 г.), потом об этом сообщил Г.Н. Удальцов (1926 г.). Состояния повторной морфинной абстиненции в нашей литературе описал И.В. Стрельчук (1949 г.) (цит. по [30, с.244]).

«Компульсивное влечение — один из структурных элементов псевдоабстиненции... Повторная абстиненция, или псевдоабстиненция, — симптомокомплекс более широкий, чем компульсивное влечение. Биологический смысл компульсивного влечения, возникающего в светлом промежутке, и компульсивного влечения, входящего в структуру абстинентного синдрома, кажется понятным. Здесь компульсивное влечение — сигнал острой потребности, показатель физической необходимости в дозе наркотика», — констатирует И.Н. Пятницкая [30, с.88—89]. И продолжает: «Появление псевдоабстиненции можно расценивать как декомпенсацию ремиссионного гомеостаза, не прочно, легко нарушаемого привходящими нагрузками и истощающегося спонтанно» [30, с.244].

Физическую (физиологическую) природу псевдоабстинентного синдрома подтверждают и Н.Н. Иванец с соавторами: «В динамике ремиссии у больных со сформированной физической зависимостью наблюдаются типичные колебания уровня дофамина... Очевидно, дефицит дофамина в подкрепляющих структурах мозга является основой остающегося патологического влечения к наркотикам и высокой вероятности рецидива заболевания. В течение ремиссии у больных зафиксированы биохимические корреляты так называемой сухой абстиненции, когда на фоне длительной ремиссии временно возвращаются симптомы абстинентного синдрома... В этих случаях зафиксировано спонтанное повышение уровня дофамина в крови, что соответствует нейробиохимическим механизмам абстинентного синдрома» [11].

Другая причина формирования псевдоабстинентного синдрома связана с условнорефлекторными механизмами. «С возникновением синдрома похмелья, — считает С.Г. Жислин, — алкоголь является отныне средством, устраняющим определенное, большей частью невыносимо тягостное соматическое состояние, связанное с абстинентным синдромом. В качестве такового он условнорефлекторно ассоциируется с рядом соматических — вегетативно-церебральных процессов, лежащих в основе действия опохмеления. Вид, вкус, запах, самый акт приема алкоголя у человека, знающего многократно опохмеление во время тяжелых абстинентных состояний, прочно закрепляется в качестве сигнала, предвещающего немедленное и коренное изменение в витальном самочувствии, и в связи с этим способствует возникновению сильнейшего влечения к алкоголю» [9, с.257]. «Многое из сказанного, — продолжает С.Г. Жислин, — относится, наконец, к влечению, которое спонтанно возникает по временам в длительные периоды воздержания и которое нередко приводит к рецидивам. Наличие за плечами абстинентного синдрома с присущим ему витальным характером влечения ставит алкоголика в особое положение, не сравнимое с тем, в котором находится в период воздержания пьющий, не знакомый еще с абстинентным синдромом. Влечение к алкоголю, которое у него по временам возникает, должно быть несравненно более глубоким по силе и качественно иным. Здесь имеется аналогия не с обычными усвоенными в течение жизни побуждениями, импульсами и привычками, а с элементарными влечениями, несущими мощный витальный характер. Поэтому они легко прорываются и берут верх как самостоятельно, так и под влиянием ситуационных моментов или условнорефлекторных механизмов» [9, с.258].

Наличие таких механизмов подчеркивает и Ю.П. Сиволап: «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)» [32]. В МКБ-10 в рубрике «F1x.3 Состояние отмены» указано: «Необходимо помнить, что синдром отмены может вызываться условно-закрепленным стимулом в отсутствие непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз *синдром отмены* ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений» [15].

К сожалению, в большинстве руководств и монографий по наркологии или вовсе не упоминается о существовании псевдоабстинентного синдрома, или говорится о нем буквально несколько слов [1, 12, 35,

38]. В замечательной книге В.Ю. Завьялова «Пьющий мужчина. Диалог трудных вопросов жизни» псевдоабстинентный синдром автор образно сравнивает с «улыбкой Чеширского кота» [10]³.

Клинически псевдоабстинентный синдром характеризуется наличием у больного трех обязательных компонентов:

- актуализации патологического влечения к ПАВ;
- особой депрессии или субдепрессии различной структуры с большой представленностью сенисто-ипохондрических расстройств;
- вегетативных нарушений, вызванных дисфункцией вегетативной нервной системы, сочетающей возбуждение эрготропного отдела ВНС с истощением его резервов.

Комплекс характерных для псевдоабстинентного синдрома проявлений выраженного влечения к наркотику, соматовегетативных расстройств и субъективно испытываемых больными ощущений, напоминающих алгические расстройства при острой абстиненции, которые порой достигают значительной степени выраженности, вне стационара практически всегда приводит к «срыву» и рецидиву болезни. Поэтому необходима немедленная интенсивная медикаментозная терапия, что позволяет определить псевдоабстинентный синдром как неотложное состояние в наркологии [35, 36].

Мы уже анализировали некоторые ситуации, возникающие по причине существования неточных дефиниций и произвольного употребления терминов в наркологии [27]. Еще одно подтверждение этого положения — статья «Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение» [36]. В этой публикации в описаниях наблюдаемой авторами клинической картины, выдаваемой ими за проявление псевдоабстинентного синдрома, четко видна картина обычного синдрома отмены, просто недостаточно купированного. К примеру: «У больных опишной наркоманией... начало развития ПАС приходится на 7—10-й день с момента последнего употребления наркотика» (с.34). Отметим, однако, что в наркологии сегодня считается общепризнанным, что длительность синдрома отмены, к примеру у опийных наркоманов, может достигать нескольких месяцев. Мы не можем согласиться и с содержанием другого пассажа: «Светлый промежуток между ОАС и ПАС у больных алкоголизмом можно заметить крайне редко» (с.35—36). Авторами попросту игнорируется основная черта псевдоабстинентного синдрома — значительная (в отличие от абстинентного синдрома) отдаленность его клинических проявлений по времени от последнего употребления ПАВ. Именно это отличие как раз и отражено в его названии: «псевдо-...». Выступа-

ют ли коллеги за пересмотр существующего понятия *псевдоабстинентный синдром*? Тогда об этом следовало бы сразу заявить и привести аргументы в пользу своей точки зрения. Пока же такая произвольная трактовка терминов в наркологии еще раз подчеркивает важность и актуальность их четкой формулировки с устранением логических и фактических противоречий.

Как часто встречается псевдоабстинентный синдром в клинической практике? Мы попытались уточнить ситуацию в беседах с нашими пациентами, разъясняя им клинические проявления этого синдрома. В процессе этих бесед выяснились интересные обстоятельства. Пациентам, прошедшим многочисленные курсы стационарного и амбулаторного лечения, никто ранее не рассказывал о предвестниках срывов, они никогда не слышали о существовании псевдоабстинентного синдрома. Можно ли представить себе врача-интерниста, выписывающего больного после лечения определенных заболеваний гепатобилиарной системы, сопровождающихся желтухой, и не предупреждающего его о необходимости как минимум следить за цветом мочи и кала, изменения которых могут свидетельствовать об обострении процесса? Между тем в наркологии вполне возможно ничего не объяснять пациенту и не предупреждать его о предвестниках возможного срыва ремиссии⁴. К таким наркологам вполне применимо высказывание Ф. Ницше: «Мы уже поняли, с какими натяжками позволительно называть его врачом, сколь бы охотно он сам ни чувствовал себя «спасителем-исцелителем», сколь бы охотно ни давал почитать себя за такового. Он борется лишь с самим страданием, с неудовольствием страдающего, — не с его причиной, не с болезнью вообще...» [21]. Я не решусь воспроизводить здесь эпитеты и целые тирады в адрес лечащих их ранее врачей, в тех случаях, когда именно псевдоабстинентный синдром был причиной рецидива болезни.

Особо следует отметить, что многие из наших пациентов не могли четко сформулировать причины употребления ими алкоголя или других ПАВ, испытывали значительные затруднения в воссоздании событий в их хронологической последовательности, в описании внешних обстоятельств, а также в осознании и вербализации своих внутренних ощущений, предшествовавших и/или способствующих срыву ремиссии⁵. И дело здесь не только в наличии в некото-

³ Персонаж книги Льюиса Кэрролла «Алиса в стране чудес».

⁴ Как не вспомнить здесь недавно ушедшего от нас В.А. Галкина, отметившего «формирование своеобразного клана «врачей-похмелоголов», которые занимались исключительно попытками купирования абстиненции» [4]

⁵ Следует отметить тот факт, что формулирование причин злоупотребления ПАВ и вербализация пациентом своих ощущений сами по себе способствуют их прояснению в сознании и облегчают поиск путей воздержания от приема ПАВ.

рых случаях явлений алекситимии [26]. У большинства пациентов попросту отсутствует какой-либо опыт такого исследования. Выяснилось, что во время многих предыдущих обращений за помощью к наркологам наших пациентов об этом попросту никто не спрашивал. Да и кто будет спрашивать у пациента, почему он запил? Ведь надо побыстрее начать «ставить капельницу», а после выхода из запоя «подшивать», «кодировать», применять разнообразные методики в виде воздействия на мозг несчастного алкоголика различными «токами» и «лучами», «волнами» и «полями» и т.п. И при этом совершенно не важно, по каким причинам наступают рецидивы болезни. Ведь специалисты, применяющие различные манипулятивные одномоментные техники, в большинстве случаев руководствуются в своей деятельности законами рыночной экономики, в соответствии с которыми, чем раньше пациент придет для повторного лечения в очередной раз, тем выше будет эффективность деятельности предприятия. Совершенно справедливо академик Т.Б. Дмитриева отмечает «чрезмерную коммерциализацию наркологической службы» [6]. Профессор В.Д. Менделевич также считает, что в настоящее время существует «беспредельная неприкрытая коммерциализация наркологии» [19].

Следует ли обсуждать и прорабатывать с пациентами клинические предвестники срывов ремиссии? Или опасные в этом плане внешние ситуации? Или внутриллические конфликты?.. Да, для пациента это крайне важно. А для врача-нарколога⁶? Это, впрочем, вопрос уже скорее этический и нравственный, который с большей или меньшей глубиной периодически обсуждается в наркологической литературе [2, 5, 7, 13, 14, 17, 18, 22, 24, 25, 34, 37]. Наши же рассуждения закончим еще одним высказыванием Блеза Паскаля: «Своекорыстие послужило основой и материалом для превосходнейших правил общежития, нравственности, справедливости, но так и осталось гнусной основой человека, *figmentum malum*⁷: оно скрыто, но не уничтожено» [23, с.182].

Список литературы

- Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма: Рук. по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 1. — С. 217.
- Благов Л.Н. Феномен «легитимации аддиктивного поведения» при опиоидной зависимости — клиническая значимость и структурно-динамические характеристики // Наркология. — 2008. — №3. — С. 79—88; №4. — С. 65—73.
- Воронович Б. Без тайн о зависимостях и их лечении / Пер. с польск. — Киев: Сфера, 2004. — С. 130—132.
- Галкин В.А. Наркология — раздел психиатрии или самостоятельная медицинская дисциплина? // Наркология. — 2004. — №1. — С. 67—68.
- Гора Е.П. Модель новой медико-биологической парадигмы // Наркология. — 2003. — №3. — С. 7—11.
- Дмитриева Т.Б. Актуальные проблемы помощи наркологическим больным в России на этапе социальной стабилизации в стране // Наркология. — 2006. — №3. — С. 16—23.
- Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Современные возможности медицины в лечении лиц, страдающих наркологическими заболеваниями // Наркология. — 2006. — №1. — С. 56—59.
- Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах. Клинические исследования / Воронеж: Воронежский гос. мед. ин-т, 1935. — 140 с.
- Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
- Завьялов В.Ю. Пьющий мужчина. Диалог трудных вопросов жизни. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — С. 135 (Библиотека психотерапии и консультирования / Под ред. проф. В.В. Макарова).
- Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В. Современное состояние проблемы наркоманий в России // Журн. неврологии и психиатр. им. Корсакова. — 1997. — №9. — С. 4—10.
- Иванец Н.Н., Тюлькин Ю.Г., Чирко В.В., Кинкулькина М.А. Психиатрия и наркология: Учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 702.
- Карпов А.М. Неучтенная конкуренция психиатрической помощи // Психическое здоровье. — 2007. — №5. — С. 60—63.
- Крупницкий Е.М., Борцов А.В. Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 2008. — Т. 108, №2. — С. 31—37.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб.: АДИС, 1994. — С. 78.
- Мельников А.В. Алкоголизм (Руководство по выздоровлению для пьющих людей и их близких). — М.: Познавательная книга плюс, 2001. — 192 с.
- Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркомании — новая проблема биомедицинской этики и медицинского права // Независимый психиатр. журн. — 2006. — №1. — С. 63—68.
- Менделевич В.Д. Психотерапия на грани иррационализма // Психотерапия. — 2005. — №3. — С. 18—20.
- Менделевич В.Д. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и безупречность процедур // Наркология. — 2005. — №1. — С. 56—64.
- Москвичев В.Г. Диагностика и лечение алкогольного абстинентного синдрома // Лечащий врач. — 2004. — №3. — С. 70—73.
- Ницше Ф. К генеалогии морали / Так говорил Заратустра; К генеалогии морали; Рождение трагедии, или Эллинизм и пессимизм: Сб. / Пер. с нем. 3-е изд.-е. — Минск: ООО «Попурри», 2004. — С. 418.
- Павлов И.С. Психотерапия XXI века: от человека с алкогольной зависимостью к трезвеннику // Наркология. — 2005. — №8. — С. 64—68.
- Паскаль Б. Мысли / Пер. с франц. — М.: Художественная литература, 1974. — Т. 42. — С. 109—186 (Библиотека всемирной литературы).
- Пелипас В.Е. Основные принципы и нормы биомедицинской и психиатрической этики как источник развития этических отношений в наркологии // Мир медицины. — 2003. — №10. — С. 24—26.
- Пелипас В.Е. Этические проблемы в практической наркологии // Вopr. наркологии. — 1998. — №1. — С. 75—94.

⁶ Рекомендуем заинтересованным коллегам небольшую по объему, написанную простым и понятным языком книгу А.В. Мельникова, где предвестники срывов описаны очень хорошо. В свою очередь, эту книгу можно рекомендовать для изучения и самим пациентам [16]. См. также: Воронович Б. Без тайн о зависимостях и их лечении [3]

⁷ Сгустком зла (лат.).

26. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. — 2009. — №7.
27. Плоткин Ф.Б. О некоторых особенностях применения терминов в аддиктологии // Наркология. — 2009. — №4. — С. 93—97.
28. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. Изд-е 2-е. — М.: Медицина, 1973. — 367 с.
29. Пятницкая И.Н. Клиника развернутых форм алкогольной болезни (хронического алкоголизма): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1961. — 18 с.
30. Пятницкая И.Н. Наркомании: Рук. для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
31. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Рук. для врачей. — М.: ОАО Медицина, 2008. — С. 175.
32. Сиволап Ю.П. Основные понятия в наркологии. Представление об аддиктивной патологии // Наркология. — 2008. — №1. — С. 83—90.
33. Словарь иностранных слов. — 12-е изд-е, стереотип. — М.: Рус. яз., 1985. — С. 9.
34. Софронов А.Г. Актуальные проблемы развития отечественной наркологии // Наркология. — 2003. — №3. — С. 2—6.
35. Стрелец Н.В. Неотложные состояния в наркологии // Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — Т. 2. — С. 62.
36. Стрелец Н.В., Уткин С.И., Григорьева Е.Ю. Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение // Вопр. наркологии. — 2000. — №1. — С. 30—39.
37. Теркулов Р.И., Кузнецов А.В., Леонова Л.А., Цетлин М.Г. Этические проблемы организации терапевтического процесса в наркологических учреждениях // Вопр. наркологии. — 2000. — №1. — С. 65—70.
38. Шабанов П.Д. Основы наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.

PSEUDO-WITHDRAWAL SYNDROME IN ADDICTIONS: PATHOGENESIS MECHANISMS AND THERAPY TACTICS

PLOTKIN F.B. Minsk City Addiction Centre, Belarus

The withdrawal syndrome as one of key phenomenon in addictions and its diagnostic significance has been put under discussion. Specific clinical states developing within a remission period known under the name «dry intoxication» and «pseudo-withdrawal syndrome» have been considered. The correct and timely necessity for pseudo-withdrawal syndrome identification as an urgent state, requiring special measures aimed at preventing a remission failure has been underlined.

Key words: addictions, withdrawal and pseudo-withdrawal syndrome, pathogenesis, therapy tactics