



бы то ни было информация о том, что в подобных клинических случаях следует применять нейрелептики, транквилизаторы, антидепрессанты или антиконвульсанты. При этом, в частности, делается однозначное заключение о том, что использование клонидина или антагонистов опиоидов (применяемых и в российских условиях для купирования абстинентного опиоидного синдрома) по эффективности существенно уступает действию агонистов опиоидов.

Практикующий отечественный врач-нарколог, имея возможность изучить все многообразие литературных источников — практических руководств — оказывается в крайне затруднительном положении. Перед ним встает неразрешимый вопрос: если у коллег из других стран мира имеется в распоряжении более эффективный метод купирования проявлений опиоидной зависимости, то по какой причине врач лишен возможности его применять и почему он должен руководствоваться стандартами лечения, не соответствующими современным мировым тенденциям? На данный вопрос до настоящего времени ответ не получен.

Таким образом, можно констатировать, что обнаруживаются существенные различия в мировой и отечественной наркологии в подходах к терапии опиоидной (героиновой) наркомании, нашедшие свое отражение в принятых стандартах лечения. Их причина коренится не только в идеологический и законодательной плоскостях, но и в теоретико-методологической. Правовые ограничения по применению агонистов опиоидов не позволяя российским наркологам нарабатывать собственный практический опыт, сделать выводы об эффективности методик детоксикации и заместительной терапии и рассмотреть этиопатогенетическое лечение опиоидной зависимости с принятых в мировом науч-

ном сообществе методологических позиций. Для того, чтобы найти истину и приблизить российскую наркологию к мировой принципиально важно избежать пристрастного и идеологизированного подхода к проблеме и получить возможность провести собственные независимые исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арана Д., Розенбаум Д. Фармакотерапия психических расстройств. / Под редакцией С. Н. Мосолова. — М.: Бином, 2006. — 416 с.
2. Благоев Л. Н. Опиоидная зависимость: клиничко-психопатологические аспекты. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
3. ВОЗ. http://www.euro.who.int/document/csr/cdnews38_r.pdf.
4. Гофман А. Г. Клиническая наркология. — М.: Миклош, 2003. — 215 с.
5. Иванец Н. Н. Наркология — предмет и задачи. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. / Лекции по наркологии. — М.: «Нолидж», 2000. — С. 7-15, 134-148.
6. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДПРЕСС-информ, 2003. — 324 с.
7. Менделевич В. Д. Проблема наркомании в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. — Казань: Медицина, 2006. — 262 с.
8. Найденова Н. Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. к.м.н. — М., 1975. — 22 с.
9. Психотропные средства. Справочник практикующего врача. / Под редакцией Ю. А. Александровского. — М.: Литтерра, 2006. — 296 с.
10. Руководство по аддиктологии. / Под ред. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
11. Сиволоп Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.

Предикторы формирования пограничных психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

К.К.ЯХИН, Б.И.АКБЕРОВ

Казанский государственный медицинский университет

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам травматической патологии. По данным разных авторов, она составляет до 40 % всех травматических повреждений (А. И. Бабчин и соавт, цит. по [1]). Ежегодно ЧМТ регистрируется у 4 человек на 1000 жителей; среди получивших травму преобладают дети и лица молодого возраста [2].

Социально-экономическое значение ЧМТ велико: по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в 2003 г. на каждых 200 работающих приходился 1 случай выдачи больничного листа в среднем на 9,6 дня [2]. Однако наиболее важны в социальном и экономическом отношении последствия ЧМТ, поскольку они могут приобретать хронический характер, ухудшая качество жизни пациента и снижая его трудоспособность. Психические расстройства в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы имеют место более чем у половины больных [1, 3], и спектр их очень широк. Значительную часть психопатологии отдаленного периода ЧМТ составляют пограничные психические расстройства (ППР).

Несмотря на это, predisposing факторы развития ППР в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы исследованы недостаточно. Очевидна их важность при планировании лечения и психокоррекционной работы, они могут служить дополнительными «диагностическими ориентирами» в сложных клинических случаях и при решении экспертных вопросов (обследование для определения годности к военной службе и т. д.).

Нами было проведено клиничко-катамнестическое исследование 268 больных, в разное время перенесших ЧМТ различной степени тяжести и в 1988-97 гг. проходивших обследование в структурных подразделениях Казанской психоневрологической больницы им. В. М. Бехтерева и Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РТ по направлению РВК с установленным диагнозом пограничного психического расстройства в связи с перенесенной черепно-мозговой травмой. Таким обра-

зом, длительность катамнеза составила от 10 до 18 лет (в среднем 13,16 года). В исследование не включались больные со интеллектуально-мнестическим снижением, выходящим за рамки легкого когнитивного расстройства МКБ-10, пароксизмальными состояниями, синдромами зависимости к ПАВ. С помощью специально разработанной унифицированной карты, включающей в себя клинические, психологические и социальные характеристики, проведены анализ медицинской документации и клиническое обследование больных.

В последующем за лечебной помощью к психиатрам и психотерапевтам обращались 64 человека (группа 1 — 23,88 %), всего 229 случаев обращений. Не нуждавшиеся в последующем в психиатрической помощи обследованные составили вторую группу (204 человека, 76,12 %). Все больные мужского пола, средний возраст больных на момент обследования по направлению РВК 18,56 лет.

Обе группы больных сравнивались по множеству параметров. Для оценки достоверности различий использовался критерий χ^2 — угловое преобразование Фишера. Данные обрабатывались с использованием программ StatSoft STATISTICA 6.0.

Статистически достоверные ($p < 0.05$) предикторы обращения за медицинской помощью приведены в таблицах 1 и 2.

Среди биологических факторов, влияющих на формирование пограничных психических расстройств, первое место занимают параметры перенесенной травмы. Результаты наших исследований выявили следующие предикторы ППР этой группы: неоднократно ЧМТ, перенесенная нейрохирургическая операция, длительность госпитализации по поводу травмы более 14 дней, потеря сознания более 5 минут, объективно отражающие тяжесть повреждения головного мозга.

Другими предикторами развития пограничных психических расстройств, связанными с ЧМТ, по нашим данным, выступают нарушение лечебного режима в остром периоде травмы, более поздний возраст ее перенесения.

Таблица 1.
Некоторые предикторы обращения за лечебной помощью к психиатрам и психотерапевтам ($p<0.05$).

	Группа 1 (частота признака в %)	Группа 2 (частота признака в %)
Повторность ЧМТ	0,50	28,13
Длительность потеря сознания более 5 минут	18,63	31,25
Нейрохирургическая операция	0,50	14,06
Госпитализации по поводу травмы более 14 дней	0,50	12,50
Наследственная отягощенность психическими заболеваниями	3,92	14,06
Низкий образовательный уровень родителей	0,00	6,25
Патохарактерологические черты у одного или обоих родителей	0,00	6,25
Натальная травма ЦНС	2,94	14,06
Поведенческие нарушения в пубертате	0,50	18,75
Учет в органах УВД	0,00	18,75
Синкопальные состояния в анамнезе	0,00	9,38

Таблица 2.
Некоторые предикторы обращения за лечебной помощью к психиатрам и психотерапевтам. Состояние на момент обследования по направлению РВК ($p<0.05$).

	Группа 1 (частота признака в %)	Группа 2 (частота признака в %)
Жалобы на головокружения	0,00	26,56
Эксплозивность	5,88	48,44
Дисфории	0,00	26,56
Гипотимия	7,84	17,19
Ипохондрические идеи	0,50	10,94
Тревога	0,00	10,94
Фобии	0,00	9,38
Навязчивости	0,00	14,06
Тики	9,80	23,44
Нарушения конвергенции	17,16	34,36
Нистагм	12,25	25,00
Девияция языка	14,22	23,44
Тремор покоя	0,00	26,56
Патологические рефлексы	12,75	32,81

Среди других факторов, служащих предикторами обращения за психиатрической помощью, нами выявлены: натальная патология, наследственная отягощенность психическими заболеваниями и аномалиями характера, отклонения в семейном окружении в детском возрасте. На преморбидную личностную патологию косвенно указывают девиантное поведение в пубертате, учет в отделах по делам несовершеннолетних УВД. Исследуемые группы оказались разнородными и по структуре психических и неврологических нарушений на момент первого обследования (по направлению РВК).

Выявленными предикторами дальнейших обращений к психиатрам оказались аффективные расстройства (эксплозивность, дисфории, субдепрессия, тревога), фобические нарушения, ипохондрические идеи, навязчивости, тики. Среди неврологических симптомов predisпонирующими факторами являются симптомы поражения черепно-мозговых нервов: нарушение конвергенции, нистагм, девиация языка (что подтверждает участие стволовых образований в патогенезе пограничных психических нарушений, у больных, перенесших ЧМТ), а также признаки недостаточности кортико-спинального пути в виде неравномерности сухожильных рефлексов, патологических стопных и кистевых рефлексов. Еще

одним предиктором выступает тремор покоя. Соматовегетативными предикторами дальнейших обращений за психиатрической помощью являются жалобы на головокружения и синкопальные состояния.

С целью изучения роли социально-психологических факторов в патогенезе ППР в отдаленном периоде ЧМТ нами был проведен иерархический кластерный анализ всех случаев обращения за лечебной помощью к психиатрам в группе 1. Учитывая бинарность подавляющего большинства признаков, в качестве меры подобия случаев было выбрано бинарное эвклидово расстояние. Выявлена неоднородность обращений с их разделением на два кластера (таблица 3). Только 34,38 % больных присутствуют в обоих кластерах.

Таблица 3.
Отличия кластеров 1 и 2 ($p<0.05$).

Синдромы:	Кластер 1 (частота признака в %)	Кластер 2 (частота признака в %)
церебрастенический	40,74	20,95
Личностной патологии	32,01	7,43
депрессивно-ипохондрический	6,17	32,43
другие депрессивные	11,11	37,16
Патохарактерологические черты у одного или обоих родителей	8,64	14,86
Высшее образование	32,1	12,16
Материально-бытовая неустroенность	8,64	62,16
Род занятий ниже квалификации или безработица	33,33	51,35
Наличие психотравмирующих ситуаций на время обращения	17,28	66,22
Злоупотребление спиртным	28,4	61,49
Тяжелые соматические заболевания в анамнезе	28,4	2,7
Диспансерный вид учета	19,75	1,35

Кластер 1 (81 случай обращения, 35,37 %). Ведущими синдромами в клинической картине больных этой группы являются негативные: церебрастенический с выраженными вегетативными нарушениями (40,74 %) и синдромы личностной патологии (32,01 %). Для личностных расстройств характерно не только усугубление имеющихся расстройств, но и их усложнение в пределах основного синдрома (например, присоединение к эксплозивности истероидных черт, депрессии). Для этого кластера характерны лучшая материальная обеспеченность больных, более высокий образовательный уровень, отягощенность соматическими заболеваниями.

Кластер 2 (148 случаев обращения, 64,63 %). Больные этого кластера характеризуются стойкой «социальной неустroенностью» (конфликты в семье, одиночество, материально-бытовые проблемы и т. п.), склонностью к злоупотреблению алкоголем. В клинической картине преобладают аффективная и аффективно-ипохондрическая симптоматика. Кроме того, здесь достоверно выше обращаемость и длительность стационарного и полустационарного лечения; несмотря на то, что психические нарушения не выходят за рамки пограничных регистров, более трети больных состоит на диспансерном наблюдении.

Таким образом, предикторами формирования ППР у лиц, перенесших ЧМТ, может служить большое число разнородных факторов которые можно объединить в две группы: биологические, социально-психологические. К первым относятся факторы, связанные с обстоятельствами травмы, глубина неврологического дефицита, а также дополнительные экзогенные вредности (натальная патология, соматические заболевания), отражающие выраженность органических изменений в головном мозге. В литературе в качестве predisпонирующих факторов также описываются другие объективные признаки тяжести перенесенной ЧМТ: низкие значения шкалы комы Глазго, перелом костей черепа, повышение ликворных концентраций белков S-100B, C-tau, признаки функциональной дезорганизации ЦНС в остром периоде ЧМТ (длительный период амнезии и дезориентировки, нарушение выполнения простейших нейропсихологических тестов, таких как Digit Span Forward Scores) [5, 6].

Интересно, что predisпонирующие факторы такого сложного клинического состояния как постконтузионный синдром могут отличаться от predisпонирующих факторов других рассматри-



ваемых ППР. Литературные данные противоречивы: по результатам многих иностранных исследований, часть рассмотренных факторов (длительность потери сознания, значение шкалы комы Глазго, выраженность очаговой неврологической симптоматики в острейшем и остром периодах черепно-мозговой травмы, а также наличие или отсутствие изменений при нейровизуализации) не могут использоваться для предсказания его развития [7, 8, 9]. Интересные результаты получены Bazarian J. J., Atabaki S. [9]: в качестве предиктора формирования постконтузионного синдрома может выступать вид травмы (высокий риск — автоавария, падение; низкий — спортивная травма). Вероятно, это связано с особенностями распределения ликвородинамической энергии, преобладанием ударного или импульсного типа воздействия на вещество головного мозга (по Мацко Д. Е., 2002 [10]), большей или меньшей вовлеченностью в патологический процесс таких «патогенетически значимых» образований как ствол и промежуточный мозг, как наиболее жестко «закрепленных» в полости черепа.

Большая часть оставшихся факторов должна быть отнесена к группе социально-психологических предикторов. К ним относятся изменение семейного и материального положения; ситуации судебнo-следственного разбирательства; другие жизненные неудачи; несовпадение уровня притязаний с уровнем достижений в целом. Кроме того, больным с ППР в отдаленном периоде ЧМТ свойственны (и являются необходимым условием начала заболевания) преморбидно слабые компенсаторные возможности личности в виде низкого общего уровня образования, исходных дезадаптивных «позиций» личности, сформированных еще до травмы в детстве и юности в результате влияния неблагоприятной микросоциальной среды [11, 12, 13]. Учитывая отклонения в семейном окружении части больных, можно говорить о «социальном наследовании» привычных (отклоняющихся) форм поведения (В. М. Шумаков, 1981, цит. по [3]). Донозологическое злоупотребление алкоголем может быть рассмотрено не только как дополнительная экзогенная вредность, но также как признак личностной (волевой) патологии.

Здесь же должны быть рассмотрены такие симптомы как головокружение и обмороки. С одной стороны, они отражают глубину органических изменений в головном мозге, изменение реактивности вегетативно-сосудистой и вестибулярной систем, с другой — сильно влияют на качество жизни больных и являются мощными стрессовыми факторами. Для 3 больных столь же сильным психотравмирующим обстоятельством стал мелкий, но заметный тремор пальцев и кистей рук.

Таким образом, в происхождении рассматриваемой группы расстройств сложным образом сочетаются социально-психологические и биологические (церебро-органические) факторы. ППР в отдаленном периоде ЧМТ представляют собой «нозографическую гамму» (В.П. Белов, 1982 [4]) — континуум от собственно органических пограничных психических нарушений до нарушений психогенных, возникших на измененной «органической почве», сочетая в себе церебро-органические и психогенные симптомы. Легче развиваясь на фоне неизбежного снижения адаптационных и компенсаторных возможностей больных, психогении принимают участие в клинической динамике структурирования негативных нарушений (астенических, личностных, когнитивных в рамках редуцированного психоорганического синдрома). Учитывая резидуальный характер органических изменений в головном мозге, сравнительно малую возможность их медикаментозной коррекции, практический интерес представляет выделение психогенных нарушений как точки приложения терапевтических усилий.

По результатам кластерного анализа обращений к психиатрам по поводу ППР в отдаленном периоде ЧМТ в зависимости от преобладания влияния той или иной группы факторов можно условно выделить два вида декомпенсации травматической болезни головного мозга. В одном случае декомпенсация носит преимущественно «биологический» характер, предположительно обусловленный центральным нарушением вегето-сосудистого и ликворного равновесия, что подтверждается характерными жалобами больных, присоединением дополнительных экзогенных факторов, сезонностью обращений, преобладанием в клинической картине вегетативных и негативных симптомов. Большая полноценность преморбидной личности больных этой группы «уравновешивается» большей тяжестью мозгового повреждения, поведение остается социально-приемлемым даже при неполной клинической компенсации.

Во втором случае декомпенсация скорее связана с психологическими и социальными факторами, психические нарушения носят реактивно-личностный характер, тогда как органический фактор выступает в виде «фона», реализовывающегося в нескольких значениях (Вандыш В. В., 1994 [14]): патологическом (видоизменяющем клиническую картину), предиспонирующем (предрасполагающем), преципитирующем (ускоряющем течение болезни). Большая частота ипохондрических и соматоформных проявлений не позволяет, тем не менее, говорить об истинной

соматизации психологических проблем, ведь вегетативные расстройства, и связанные с ними функциональные нарушения деятельности внутренних органов, реализуются не по характерным для соматизированных расстройств механизмам, а обусловлены органическим поражением высших вегетативных центров промежуточного мозга.

Еще А. М. Вейн [15] указывал, что термин «функциональная патология» двусмыслен: с одной стороны под ним понимают нейрофизиологические, дистемические, отечные феномены, развивающиеся вокруг очага поражения или на отдалении и носящие преходящий характер, с другой невротическую, пограничную патологию. Негативное определение невротозов (и других «функциональных» расстройств), как заболеваний, при которых отсутствуют признаки органической недостаточности нервной системы, много раз подвергалось критике [4, 14, 16], и, главное, не эвристично.

Традиционное деление пограничных психических расстройств травматического (и в целом органического) генеза на невротоподобные и психопатоподобные, как мы видим, также не вполне удовлетворительно. Из-за отсутствия точного конвенционального определения, сочетании в себе разнородных по структуре и происхождению (психогенному или органическому) проявлений болезни и чрезмерного широкого использования термин «невротоподобные расстройства» фактически дискредитировал себя. Особенно это касается степени выраженности нарушений, достаточной для постановки диагноза. Можно говорить о том, что сейчас термин почти не несет никакой содержательной нагрузки. То же касается термина «психопатоподобные нарушения», под которым нередко понимаются поведенческие нарушения любого происхождения у больных, перенесших черепно-мозговую травму, и, по существу, объединяющий в себе два разнородных клинических явления: психоорганический синдром, хотя бы в редуцированном виде и развитие личности (А. В. Снежневский, 1965, цит. по [3]).

Учитывая вышесказанное, нельзя не рекомендовать обратиться в клинической практике к подходу МКБ-10, в которой предлагается выделение большого круга самостоятельных расстройств, для каждого из которых определены строгие диагностические критерии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. — М.: БИНОМ, 2006. — 304 С.
2. Заболеваемость населения России в 2003 году: статистические материалы. В 2 ч. — Ч. II. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 176 с.
3. Корнилов А. А. Клинико-социальные аспекты неблагоприятного течения травматической болезни головного мозга (по данным отдаленного катамнеза). — Автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. — Кемерово, 1984. — 348 с.
4. Белов В. П. Факторы и варианты психогенных нарушений на различных этапах травматической болезни головного мозга // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве». — Воронеж, 1982. — Вып. 2.-С. 193-187.
5. Larrabee GJ: Neuropsychological outcome, post concussion symptoms, and forensic considerations in mild closed head trauma. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1997 Jul; 2(3): 196-206.
6. Bernstein DM: Recovery from Mild Head Injury. *Brain Inj* 1999; 13(3): 151-72.
7. Bazarian JJ, Wong T, Harris M, Leahey N, Mookerjee S, Dombrov M. Epidemiology and predictors of post-concussive syndrome after minor head injury in an emergency population. *Brain Inj* 1999; 13 (3): 173-89.
8. Savola O, Hillbom M. Early predictors of post-concussion symptoms in patients with mild head injury. *Eur J Neurol* 2003 Mar; 10(2): 175-81.
9. Bazarian JJ, Atabaki S. Predicting postconcussion syndrome after minor traumatic brain injury. *Academic Emergency Medicine*. 2001; 8(8):788-795.
10. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей // Под редакцией академика РАМН Б. В. Гайдара. — СПб.: Гиппократ, 2002. — 648 с.
11. Корнилов А. А. Социальный патоморфоз невротоподобных расстройств при травматической болезни головного мозга // Актуальные вопросы клинической медицины в условиях Севера. — Якутск, 1988. — С 68-71.
12. Осетров А. С. Социальная адаптация больных с последствиями черепно-мозговой травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1994. — №3. — С. 77-81.
13. Запускалов С. В. Социально-производственная адаптация больных с пограничными расстройствами экзогенно-органического генеза на крупном промышленном предприятии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1988. — №10. — С. 116-120.
14. Вандыш В. В. Диагностическая модель органического психического расстройства в судебной психиатрии // XV научные кербиковские чтения. — М., 2004. — С. 15-23.
15. А. М. Вейн «Функциональные и органические заболевания (неврологическая позиция)» // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989 — №11 — С. 3-6.
16. Белов В. П. Социальные и трудовые последствия тяжелой черепно-мозговой травмы // Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психических болезней. — М., 1986. — С. 5-10.

Основные понятия в наркологии. Представление об аддиктивной патологии

Ю. П. СИВОЛАП, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Наркология представляет собой раздел клинической медицины, предметом которого являются патологические состояния, связанные с немедицинским употреблением психоактивных веществ.

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

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

ПАВ разделяются по типу влияния на ЦНС, по происхождению и по степени наркотичности.

Классификация ПАВ по типу влияния на центральные нервные функции приведена в таблице 1.

По происхождению психоактивные субстанции разделяются на природные, полусинтетические и синтетические вещества.

ПАВ различаются по степени наркотичности, или величине наркотического потенциала (abuse potential) — количественному параметру, определяемому темпом развития и тяжестью зависимости, возникающей при повторном употреблении ПАВ. В соответствии с наркотическими свойствами ПАВ можно разделить на следующие категории.

1. Вещества с высокой степенью наркотичности (героин, метадон, кокаин).
2. Вещества со средней степенью наркотичности (алкоголь, тетрагидроканнабинол, кодеин, алпрозолам).
3. Вещества с умеренной и низкой степенью наркотичности (оксазепам, никотин, кофеин).

Степень наркотичности ПАВ не зависит от механизма его действия, и в пределах одной фармакологической группы веществ эта величина может существенно различаться.

Например, величины наркотического потенциала несопоставимы у кофеина и амфетамина, психопатологические последствия злоупотребления которыми рассматриваются МКБ-10 в одной рубрике. Помимо классификации на основе перечисленных критериев, с точки зрения наличия или отсутствия государственного контроля их оборота ПАВ, а так же содержащие их пищевые и промышленные продукты подразделяются на следующие категории.

1. Вещества и содержащие их продукты, оборот которых не подлежит государственному контролю (кофеинсодержащие напитки, препараты бытовой химии).
2. Продукты, содержащие ПАВ и имеющие ограниченную доступность для отдельных групп населения (алкогольные напитки и табачные изделия).
3. Лекарственные средства, подлежащие специальному учету и особому отпуску из аптек (транквилизаторы и снотворные средства, отдельные нейролептики и антидепрессанты, средства для наркоза, наркотические анальгетики).
4. Вещества и содержащие их наркотики, оборот которых полностью запрещен международными конвенциями и (или) законами отдельных стран (героин, кокаин, метамфетамин, препараты конопли).

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

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

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

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

В отличие от кофеина и никотина, третий представитель «легальной триады» ПАВ — алкоголь — обладает, помимо сильных психотропных эффектов, выраженными нейротоксическими и висцеротоксическими свойствами.

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

Таблица 1

Классификация психоактивных веществ по типу действия на ЦНС

А. Вещества, угнетающие мозговые функции (супрессоры ЦНС)	
— алкоголь	
— опиоиды	
— транквилизаторы и снотворные средства	
— летучие органические вещества (препараты бытовой химии)	
Б. Вещества, стимулирующие мозговые функции (стимуляторы ЦНС)	
— кокаин	
— психостимуляторы амфетаминового ряда	
— кофеин и другие производные ксантина	
В. Галлюциногены (психотомиметики, психодизлептики)	
— диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД-25)	
— мескалин	
— псилоцибин	
— фенциклидин	
Г. Каннабиноиды (алкалоиды конопли)	
Д. Никотин	

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

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

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

Злоупотребление ПАВ (drug abuse) — наиболее общее понятие, характеризующее неправильное или чрезмерное употребление лекарственных средств, обладающих психоактивными свойствами, или пагубное употребление ПАВ, не относящихся к лекарствам.

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

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

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

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



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

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

Зависимость от того или иного вещества предполагает наличие следующих основных критериев [Сиволап Ю. П., 2006]:

- вещество занимает неподобающе высокое место в системе ценностей индивида;

- употребление вещества продолжается, несмотря на осознание связанной с этим опасности и вопреки возникающим внешним препятствиям, противодействию со стороны окружения, профессиональным и социальным интересам индивида;

- употребляемые количества вещества всегда или в большинстве случаев превосходят планируемые или ожидаемые величины (утрата контроля дозы);

- прекращение употребления вещества сопровождается развитием синдрома отмены.

Первые три критерия отражают психический компонент зависимости, а четвертый — ее физический компонент.

Принятая в США диагностическая квалификационная система DSM-IV приводит более широкий, чем приведенные нами, перечень критериев зависимости от ПАВ: 1) толерантность; 2) синдром отмены; 3) постоянное желание или неудачные попытки уменьшить употребление веществ; 4) употребление веществ в больших, чем поначалу предполагалось, количествах; 5) редукция социальной и профессиональной деятельности, а также деятельности, направленной на отдых и развлечения; 6) затрата большого количества времени, необходимого для получения веществ; 7) продолжение употребления веществ, несмотря на возникающие в результате этого употребления проблемы. Зависимость констатируется при наличии трех или более из перечисленных признаков.

Физическая зависимость от ПАВ возникает позже психической зависимости или (при злоупотреблении некоторыми веществами) не развивается совсем или, во всяком случае, носит неявный характер.

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

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

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

В соответствии с определением Комитета экспертов ВОЗ (2003), под толерантностью к веществу понимается состояние адаптации организма, при котором повторное употребление вещества в одной и той же дозе сопровождается уменьшением фармакодинамического эффекта, и достижение прежнего эффекта возможно лишь при увеличении дозы вещества.

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

Как психическая, так и физическая зависимость от ПАВ могут иметь различную степень тяжести. Тяжесть психической зависимости определяется особенностями психофармакологического профиля вещества и его наркотическими свойствами, преморбидным складом личности, наличием сопутствующих злоупотреблению ПАВ психических расстройств и висцеральных заболеваний, а также психотравмирующих факторов. Степень физической зависимости определяется механизмами воздействия вещества на ЦНС и физиологические функции. Мерилом степени физической зависимости от ПАВ является тяжесть синдрома отмены, клинические проявления которого (например, гемодинамические нарушения) поддаются количественной оценке.

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

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

Психическая зависимость не создает непосредственной угрозы здоровью и жизни больных, однако именно тяжестью психической зависимости определяется прогрессивное течение и неблагоприятный прогноз многих заболеваний аддиктивного круга. Данная проблема усугубляется тем, что психическая зависимость от ПАВ и ее главное клиническое выражение — болезненное влечение к веществу — относится к разряду фармакорезистентных психопатологических феноменов и плохо поддается воздействию психотропных лекарственных средств.

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

Положительное подкрепление (positive reinforcement) отражает способность ПАВ вызывать удовольствие, проявляющееся в зависимости от типа вещества и особенностей реактивности индивида, благодушием, ощущением полного психофизического комфорта, переживанием блаженства. Положительное подкрепление обусловлено воздействием ПАВ на так называемую церебральную «систему вознаграждения» («reward system»). Положительное подкрепляющее действие различных веществ обуславливает возникновение первичного влечения к этим веществам.

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

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

Выраженность подкрепляющих свойств ПАВ определяет степень их наркотичности.

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

Клинические особенности синдрома отмены в первую очередь определяются типом действия ПАВ на ЦНС. Синдром отмены при злоупотреблении супрессорами ЦНС (например, алкоголем или транквилизаторами бензодиазепинового ряда) характеризуется, наряду с психическими нарушениями, различными проявлениями телесного недомогания, тогда как при злоупотреблении стимулирующими ПАВ (например, амфетамином или кокаином) клиническая картина отмены в большинстве случаев практически исчерпывается психопатологическими симптомами.

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

Психический или психофизический дискомфорт, которым сопровождается синдром отмены вызвавшего зависимость вещества, лежит в основе сильного влечения к этому веществу (или альтернативным ПАВ).

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

Как и синдром отмены, псевдоабстинентные состояния обычно сопровождаются выраженным влечением к ПАВ, что позволяет предполагать их психогенное происхождение.

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

По миновании синдрома отмены у наркологических больных развивается так называемое постабстинентное состояние, харак-

теризующееся резидуальными психопатологическими и вегетативными расстройствами — «период неустойчивого равновесия» по И. Н. Пятницкой (1994).

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

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

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

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

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

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

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

От рецидивов следует отличать так называемые «срывы», характеризующиеся кратковременными аддиктивными эксцессами

без развития стойкой зависимости с последующим отказом от употребления ПАВ.

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

Помимо злоупотребления ПАВ и его последствий, область аддиктивной патологии включает также злоупотребление лекарственными препаратами, не вызывающими зависимости (например, анаболическими стероидами). В этом же патологическом поле находятся также некоторые виды расстройств пищевого поведения, например, нервная булимия.

Сферу аддиктивной патологии включают также нехимические зависимости, или нехимические аддиктивные расстройства.

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

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

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

Дифференциально-диагностические критерии дезадаптивных вариантов психологических кризисов раннего детского возраста

Е. А. САХАРОВ, Казанский государственный медицинский университет

На сегодняшний день не вызывает сомнений актуальность углубленного изучения клинической феноменологии психических расстройств раннего детского возраста, а также поиск маркеров и предикторов психических нарушений, проявляющихся у детей в более поздние возрастные периоды (Г. В. Козловская, 1994, 1995, Горюнова А. В., 1995 и др.) В рамках данного направления микропсихиатрии весьма перспективным представляется изучение психопатологических аспектов детских возрастных психологических кризисов. В настоящее время нормативность детских психологических кризисов является общепризнанным научным фактом, однако, нормативный характер кризисов не исключает возможности трансформации психологических кризисных проявлений в предболезненные (донозологические) состояния, а затем и в нозологически очерченные психические расстройства.

В ходе предпринятого многолетнего исследования (1992–2006 гг.) удалось выявить и описать дезадаптивные варианты кризисов (астенический, дистимический и шизофреноподобный), а также проследить их влияние на формирование и развитие психических расстройств у детей и подростков (Е. А. Сахаров, 1998, 2003, 2006).

Как известно, кризис первого года завершает период младенчества и знаменует переход к раннему детскому возрасту. В своем развитии в период около одного года ребенок проходит несколько этапов, характерных для адаптивного варианта кризиса: появление у ребенка устойчиво привлекательных предметов и ситуаций; фокусирование внимания ребенка на новом способе передвижения (прямохождение) как таковом; появление стремления как характеристики жизни в сочетании с гипобулическими реак-

циями в ответ на запрет или отсрочку удовлетворения желания (в поведении); использование слова для удержания аффекта (К. Н. Поливанова, 2000). Дезадаптивные варианты (астенический и дистимический) наблюдались в 17% случаев и характеризовались превалированием этапа гипобулических реакций, сопровождаясь повышенной утомляемостью, плаксивостью, нарушениями сна и аппетита. Этап словесного удержания аффекта существенно запаздывал (от 2-х недель до 1,5 мес.), что в целом приводило к торможению развития предметной деятельности. Шизофреноподобный вариант был выявлен в 8% случаев и характеризовался пассивно-оборонительными реакциями в ответ на запрет или отсрочку удовлетворения желания в виде регрессивного поведения (отказ от прямохождения, снижение вербальной активности вплоть до развития мутизма), при этом подобные реакции были непродолжительными (несколько дней), носили нестойкий, мерцающий характер и не сопровождалась неврологическими маркерами предрасположенности к шизофрении (Горюнова А. В., 1995).

Лонгитюдный анализ позволил выявить статистически значимое влияние дезадаптивных вариантов кризиса первого года на манифестацию психических расстройств (патохарактерологические реакции истеро-возбудимого и шизоидного типов, аддиктивные формы девиантного поведения, шизофрения) в подростковом возрасте.

В отличие от кризиса первого жизни, кризис трех лет описан гораздо подробнее. Л. С. Выготский выделил семь симптомов: основные — негативизм, упрямство, строптивость, своеволие; и второстепенные — протест-бунт, депотизм, ревность. Как