

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-  
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Психологии и наркологии с курсом ПО  
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. доктор Березовский М.А.  
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности психиатрии  
Газенкамер Виталий Викторович  
(ФИО ординатора)

Тема реферата Расстройства, связанные с изменением  
психоактивного веществ и аддитивные  
состояния.

Основные оценочные критерии

| №   | Оценочный критерий                                 | положительный/отрицательный |
|-----|----------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Структурированность                                | +                           |
| 2.  | Актуальность                                       | +                           |
| 3.  | Соответствие текста реферата его теме              | +                           |
| 4.  | Владение терминологией                             | +                           |
| 5.  | Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы  | +                           |
| 6.  | Логичность доказательной базы                      | +                           |
| 7.  | Умение аргументировать основные положения и выводы | +                           |
| 8.  | Источники литературы (не старше 5 лет)             | 5/5                         |
| 9.  | Наличие общего вывода по теме                      | +                           |
| 10. | Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)     | отлично                     |

Дата: «    »    20    год

Подпись рецензента

(подпись)

Березовский М.А.  
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

Газенкамер В.В.  
(ФИО ординатора)



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

### РЕФЕРАТ

На тему: Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ и аддиктивные состояния

Выполнил: ординатор специальности Психиатрия  
Газенкамф Виталий Викторович

Проверил: д.м.н. Березовская Марина Альбертовна



## Содержание

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Актуальность.....                                                  | 3  |
| 2. Определение.....                                                   | 4  |
| 3. Классификация аутистических расстройств в МКБ-10.....              | 4  |
| 4. Определение и виды психоактивных веществ.....                      | 8  |
| 5. Классификация ПАВ.....                                             | 9  |
| 6. Этиопатогенез аутистических расстройств.....                       | 12 |
| 7. Синдром острой интоксикации и большой параноидический синдром..... | 15 |
| 8. Абстинентный синдром и апноэ.....                                  | 17 |
| 9. Лечение и профилактика.....                                        | 24 |
| 10. Выводы.....                                                       | 26 |
| 11. Список литературы.....                                            | 27 |



### Актуальность

Тема реферата, связанного с расстройствами, связанными с приемом психоактивных веществ (ПАВ), и аддиктивными состояниями, является актуальной и имеет большое значение в современной психиатрии и наркологии. Она отражает серьезные проблемы, с которыми сталкиваются многие люди по всему миру.

Расстройства, связанные с приемом ПАВ, включают в себя широкий спектр проблем, связанных с употреблением таких веществ, как наркотики, алкоголь, табак и другие психоактивные вещества. Эти проблемы варьируются от легкой зависимости до тяжелых наркомании и сопутствующих психических расстройств. Расстройства, связанные с приемом ПАВ, могут оказывать серьезное воздействие на здоровье человека, его поведение, социальное функционирование и качество жизни.

Аддиктивные состояния представляют собой патологическое стремление к приему психоактивных веществ или определенным поведенческим привычкам, таким как азартные игры или компьютерные игры. Эти состояния характеризуются потерей контроля над потреблением, возникновением физической и психологической зависимости, а также негативными последствиями для здоровья и жизни человека.

Актуальность этой темы обусловлена несколькими факторами. Во-первых, расстройства, связанные с приемом ПАВ, и аддиктивные состояния представляют собой значительную медицинскую и социальную нагрузку, оказывая негативное влияние на общественное здоровье и экономику. Во-вторых, современная наука продолжает исследовать различные аспекты этих расстройств, разрабатывать новые методы лечения и профилактики. И, наконец, эта тема также имеет важное клиническое значение, поскольку обладает практической применимостью для врачей-психиатров, наркологов и других специалистов в области ментального здоровья.



## Определение

**Аддикция** (зависимость) – это форма *деструктивного поведения*, выражающаяся в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема ПАВ или определенного вида деятельности.

В современных классификациях термины «аддикция» и «зависимость» приходят на смену устаревшим наименованиям «алкоголизм», «наркомания» и т.д.

Все аддикции можно разделить на:

1. **Химические** (в их основе лежит зависимость от ПАВ): алкогольная зависимость, героиновая зависимость и др.
2. **Психические** (зависимость от определенного поведения): зависимость от азартных игр, зависимость от компьютерных игр и др.
3. **Промежуточные** (объединяют черты химических и психических): нарушения пищевого поведения.

Под *психотропным* веществом принято понимать вещество, влияющее на ЦНС, под *психоактивным* – психотропное вещество, обладающее аддитивными свойствами и способное вызывать зависимость.

## Классификация аддикций в МКБ-10

Нарушения при употреблении ПАВ относятся к разделу F1 – психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

**Второй знак уточняет тип ПАВ**

F10 ... алкоголя.

F11 ... опиоидов.

F12 ... каннабиноидов.

F13 ... седативных или снотворных веществ.

F14 ... кокаина.

F15 ... других стимуляторов, включая кофеин.

F16 ... галлюциногенов.

F17 ... табака.

F18 ... летучих растворителей.

F19 ... сочетанного употребления наркотиков и использования других ПАВ.

**Третий и четвертый знак уточняют вид расстройства:**



- ***F1x.0 Острая интоксикация***

Представляет собой преходящее состояние с изменением эмоциональной, когнитивной и поведенческих сфер психики вследствие наступления эффекта от приема ПАВ. Данное состояние является дозозависимым и не всегда отражает прямое действие ПАВ.

Разновидности: .00 - несложненная; .01 - с травмой или другим телесным повреждением; .02 - с другими медицинскими осложнениями; .03 - с делирием (интоксикационный делирий); .04 - с расстройствами восприятия; .05 - с комой; .06 - с судорогами; .07 - патологическое опьянение;

- ***F1x.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление***

Неоднократное употребление ПАВ вызывает отчетливые физические (вредные для соматического здоровья) и/или психические (как вторичные психические расстройства, так и нарушения суждений и поведения) вредные последствия.

- ***F1x.2 Синдром зависимости***

Три или более из числа следующих проявлений должны отмечаться одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются более короткие периоды, периодически повторяться в течение 12 месяцев.

- Сильное желание или чувство насильственной тяги к приёму вещества.
- Нарушенная способность контролировать приём вещества: его начало, окончание и ли дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода большего, чем предполагалось, либо безуспешные попытки и ли постоянное желание сократить употребление вещества.
- Состояние физиологической абстиненции при уменьшении или прекращении приёма вещества, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции.
- Парастание толерантности к веществу, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов, либо в том, что хронический прием одной и той же дозы приводит к явно ослабленному эффекту.
- Озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приёма вещества полностью или частично отказывается от важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приёмом вещества.

Уточняющий третий знак: .20 - в настоящее время воздержание; .21 - в настоящее время воздержание, но в условиях, исключая употребление; .22 - в настоящее время на поддерживающей или заместительной терапии (контролируемая зависимость); .23 - в настоящее время воздержание, но на лечении, вызывающими отвращение, или на блокирующих лекарствах; .24 - в настоящее время употребляется психоактивное вещество (активная зависимость); .25 - эпизодическое употребление.

- ***F1x.3 Состояние отмены***

Это группа различных симптомов, возникающих после отмены или значительного снижения дозы ПАВ после длительного употребления в высоких дозах.



Разновидности: .30 - неосложненное; .31 - с судорогами (осложненное).

- **F1x.4 Состояние отмены с делирием**

Острое кратковременное психотическое расстройство, возникающее как осложнение тяжелого синдрома отмены (преимущественно алкоголя).

Разновидности: .40 - «классический делирий»; .41 - делирий с судорогами; .42 - «бормочущий» (мусситирующий) делирий; .43 - «профессиональный» делирий; .44 - делирий без галлюцинаций; .46 - абортивный делирий

- **F1x.5 Психотическое расстройство**

Острое психотическое расстройство, возникающее в течение 2 недель после окончания употребления ПАВ, отличающееся от проявлений интоксикации или осложненного синдрома отмены, и заканчивающееся в течение 6 месяцев. Наиболее часто такие расстройства вызывают каннабиноиды, психостимуляторы и галлюциногены (в особенности синтетического происхождения). Необходимо всегда их дифференцировать от дебюта первичного психотического расстройства (в основном психозов), которое было спровоцировано употреблением ПАВ.

Разновидности: .50 - психозоподобное; .51 - преимущественно бредовое; .52 - преимущественно галлюцинаторное; .53 - преимущественно полиморфное; .54 - преимущественно с депрессивными психотическими симптомами; .55 - преимущественно с маниакальными психотическими симптомами.

- **F1x.6 Амнестический синдром (синдром Корсакова)**

Проявляется хроническим нарушением фиксации новых воспоминаний. В тяжелых случаях могут присоединяться нарушения памяти на отдаленные события (прогрессирующая амнезия), амнестическая дезориентировка и парамнезии (чаще конфабуляции). Преимущественно данное расстройство вызывает алкоголь.

- **F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом.**

Включает различные когнитивные (деменции), аффективные, психотические и личностные психические нарушения, возникающие позднее 2 недель после последнего употребления ПАВ, но неразрывно с ним связанные.

- **F1x.8 Другие психотические и поведенческие расстройства**
- **F1x.9 Неуточненное психотическое и поведенческое расстройство**

**Нарушения, связанные с химическими аддикциями, находятся в других разделах МКБ:**

**F50 - расстройства приема пищи**

**F63 - патологическая склонность к азартным играм (гемблинг)**



В представленном проекте МКБ-11 (драфт от декабря 2018 года - <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) предполагаются следующие изменения в классификации паркологических нарушений:

1. Вводится категория «Одиночного эпизода употребления с вредными последствиями». Данная категория расширяет число людей, которым может быть выставлен диагноз паркологического (а значит и психического) расстройства, а значит это может иметь выраженные правовые последствия.
2. Предполагается выделение большого количества групп ПАВ: отдельно будут классифицироваться нарушения в связи с употреблением синтетических каннабиноидов («спайсов»), синтетических катинонов («солей»), М/ДМА (3,4-метилендиокси-N-метамфетамин, «экстази»), а также диссоциативных препаратов (кетамин и фенциклидин).
3. К числу психических аддикций прибавляется патологический гейминг (зависимость от компьютерных игр).



С клинической стороны подход к больным наркоманиями и токсикоманиями и принципы их терапии идентичны. Различия определяются только юридическим критерием, который отсутствует при токсикоманиях. Список наркотических веществ постоянно пополняется новыми наименованиями и болезни переходят из токсикоманий в наркомании.

### Клинико-фармакологическая классификация ПАВ

**Психолегитимики** (с седативным действием): алкоголь, опиаты, барбитураты, бензодиазепины.

**Психоаналегитимики** (со стимулирующим действием): кофеин, кокаин, эфедрин, амфетамин и его производные, катиноны.

**Психодислегитимики**: ЛСД, каннабис, летучие наркотически действующие вещества (ингалянты).

#### Лекарственные вещества с эффектами ПАВ:

Барбитураты;

Бензодиазепины;

Наркотические анальгетики;

Эфедрин

Перечень наркотических веществ и их прекурсоров регламентируется Постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. N 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации», которое несколько раз в год претерпевает изменения и дополнения (вносятся по Постановлению Правительства РФ).

#### Уголовное наказание предусмотрено ст. 228 УК РФ:

Статья 228. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 228.1. Незаконные производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные сбыт или пересылка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

Статья 228.2. Нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ.

Статья 228.3. Незаконные приобретение, хранение или перевозка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконные приобретение, хранение или перевозка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ.



Статья 228.4. Незаконное производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконное сбыт или пересылка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ.

## Этиопатогенез аддикций: биологические теории

Для всех аддикций характерны общие нейрофизиологические механизмы, связанные с нарушением в работе ДОФаминовой и связанных с ним нейромедиаторных систем в мозговом центре подкрепления и аффективной регуляции. Под воздействием ПАВ происходит выброс ДОФАмина, что вызывает эйфорию и прочие психоактивные эффекты. Это главный нейробиологический механизм аддикции. Недостаток ДОФАмина в дальнейшем вызывает абстинентный синдром и физическую зависимость.

Постоянные данные о нейрофизиологии аддикций суммированы в следующей схеме (адаптировано из Koob G.F., Volkow N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis // *Lancet Psychiatry*. 2016;3(8):760-773).

Вовлеченные в формирование аддикций нейронные сети соответствуют трем функциональным доменам:

- 1) **употребление/ «запой»** (связан с мозговой системой награды, куда входят базальные ганглии (выделен синим) – прилежащее ядро (ПЯ), вентральный стриатум (ВС), лорсальный стриатум и часть моторной коры;
- 2) **синдром отмены / отрицательный аффект** (связан с зоной отрицательных эмоциональных состояний и стресса (выделен красным): амигдала и гипоталамус);
- 3) **механизмы антиципации (ожидания, «крейвинга», патологического влечения)** (связаны с мозговой зоной импульсивности и исполнительных функций (выделен зеленым)): префронтальная кора (ПФК), передняя поясная извилина (ППИ), латеральная орбитофронтальная кора (ОФК), медиальная орбитофронтальная кора, гипоталамус.

Стрелки изображают основные цепи соединений между доменами, а черные точки относятся к пейрохимическим и пейроспецифическим путям, которые поддерживают изменения мозга, формирующие стабильность аддикции: д – дофамин, г-глутамат, гк-ГАМК, гг- ГАМК-пеггиды.

Склонность к формированию аддикций передается по наследству генетическим путем, но проявление «склонности» часто зависит от внешних (средовых) факторов.

В настоящий момент доступно медико-генетическое консультирование по поводу склонности к формированию аддикций. Оно проводится комплексным методом с использованием клинико-диагностического, генеалогического, психофизиологического, психологического, биохимического и клинико-генетического метода. В последнем проводится генотипирование по 6 генам:

- ген фермента синтеза ДЦФамина III;



- гены ферментов метаболизма ДОФАмина DBH, COMT;
- гены ДОФАминовых рецепторов типа 2 (DRD2) и 4 (DRD4);
- ген переносчика ДОФАмина (DAT).

**Минимальный комплекс маркёров биологической предрасположенности к зависимости от ПАВ:**

- клинические:

о наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманиями

о раннее курение и злоупотребление алкоголем

о синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве

о эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям

о трудный пубертат с преобладанием черт психического инфантилизма

о дефицит внимания

о чувство неудовлетворённости, постоянный поиск новизны

- биологические:

о низкая концентрация в моче и крови дофамина

о низкая активность DBH в плазме крови

- генотипические маркёры (индивидуальный генотипический профиль по трём генам: DRD2, DRD4, COMT):

о коэффициент генетического риска более 10%.



## Этиопатогенез аддикций: психологические и социологические теории

**Психологические теории** - аддикции формируются у людей с определенным личностным преморбидным складом:

- доминирует эмоционально-неустойчивый (пограничный), нарциссический и зависимый тип личности
- трудности в совладании с негативными эмоциями, низкая эмоциональная толерантность, внушаемость и ведомость
- склонность к аутоагрессивному (саморазрушающему) поведению\*
- недостаток надежной привязанности в детстве (привязанность к человеку и зависимость от ПАВ локализованы в одном отделе мозга и конкурируют между собой)

### Социологические теории:

- *Культурно-исторические предпосылки* (например, в исламских странах в связи с религиозным табу наного ниже уровень алкогольной зависимости)
- *Макросоциальные факторы* (кризис системы ценностей вызывает повышение уровня тревожности)
- *Микросоциальный уровень* (влияние ближайшего окружения, молодежные радикальные субкультуры с пропагандой наркотиков)

### Выделяют следующие мотивации к употреблению ПАВ:

1. **Атарактическая мотивация.** Содержание атарактической мотивации заключается в стремлении к приему ПАВ с целью смягчить или устранить явления эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения («запить проблемы», «утопить боль на дне стакана» и т.п.).
2. **Субмиссивная мотивация.** Содержанием мотивации является неспособность отказаться от предлагаемого кем-нибудь приема ПАВ. При этом выдвигаются различные оправдательные причины, как, например, «неудобно», «не хочу обидеть хороших людей» и др. Мотивация отражает выраженную тенденцию к подчиняемости, конформности, а также желание «быть как все».
3. **Гедонистическая мотивация.** ПАВ употребляется для повышения настроения, «кайф - эффекта», получения удовольствия в широком смысле этого слова.
4. **Мотивация с гиперактивацией поведения.** ПАВ потребляется для того, чтобы вызвать состояние возбуждения, активизировать себя. Данная мотивация более характерна для употребления психостимуляторов.



**5. Псевдокультурная мотивация.** В случаях псевдокультурной мотивации, как правило, большое значение придается атрибутивным свойствам ПАВ. В России это наиболее характерно для употребления алкоголя. Характерны стремление к демонстративности, желание показать «изысканный вкус», произвести впечатление на окружающих редкими и дорогостоящими алкогольными напитками. Эта мотивация обычно сочетается с другими аддиктивными мотивациями и связана со стремлением компенсировать комплекс неполноценности.

### **Эпидемиология наркологических расстройств**

**Основные тенденции мировой наркоситуации (по данным Всемирной Доклада о Наркотиках за 2018 год):**

1. Достигнут рекордный уровень производства наркотиков растительного происхождения (в основе рекордного производства опиатов лежит культивирование опийного мака в Афганистане).
2. Существенно выросли объемы производства кокаина (большая часть кокаина в мире производится в Колумбии).
3. Немедицинское употребление и незаконный оборот трамадола становятся основной наркологической угрозой в некоторых районах Африки.
4. В Северной Америке масштабы употребления опиоидных лекарственных средств в немедицинских целях принимают характер эпидемии.
5. Сегодня многие страны сообщают о потреблении бензодиазепинов как об одной из основных проблем употребления наркотиков.
6. Каннабис остается самым широко потребляемым наркотиком в мире, при этом некоторые страны легализуют его употребление в рекреационных целях (без медицинских показаний).
7. Наибольший рост имеет количество синтетических наркологических веществ.
8. В группе наибольшего риска по употреблению наркотиков находятся молодые и пожилые люди.
9. Женщины имеют свою специфику наркопотребления и чаще имеют осложнения (инфекционные заболевания и др.).

### **Тенденции в Российской Федерации:**

1. Заболеваемость алкогольной зависимостью и употреблением алкоголя с вредными последствиями имеет стабильную тенденцию к снижению.
2. В то время как заболеваемость наркозависимостью устойчиво растет, в особенности для синтетических наркологических веществ.

(графики из Копкина Е.А., Валькова У.В., Смирновская М.С. Современные тренды развития наркологической ситуации // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. – М.:КДУ, 2018. – С. 232-235)



Большинство экспертов сходятся во мнении, что реальная распространенность наркологических заболеваний в 4-6 раз превышает цифры официальной статистики. Это связано с тем, что официальные цифры, в основном, базируются на косвенных показателях:

- количеству преступлений и правонарушений ПИУ, совершенных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения
- количеству алкогольных психозов (проявления тяжелой алкогольной зависимости, которые очень редко купируются без обращения в специализированные медицинские службы) и т.п.



## Синдром острой интоксикации и большой паркоманический синдром

Вся клиника аддикций состоит из 3 синдромов:

1. **Синдром острой интоксикации (опьянение)** – зависит от типа ПАВ. Включает в себя эйфорию, расстройства восприятия, мышления, нейровегетативные проявления.

2. **Большой паркоманический синдром**

- **Синдром измененной реактивности** – изменение толерантности, т.е. количества употребляемого ПАВ для достижения опьянения (сначала наблюдается рост вплоть до максимума – «плато толерантности», а затем снижение), исчезновение защитных рефлексов, изменение формы опьянения (постепенно исчезает выраженная эйфория, меняются личностные паттерны поведения).
- **Основа любой аддикции – это психическая и физическая зависимость.** Психическая зависимость представлена навязчивым (труднопреодолимым) влечением к приему ПАВ или совершению определенного поведенческого акта. При этом в состоянии аддиктивного поведения устраняются признаки психического дискомфорта, что закрепляет данное поведение. Физическая зависимость представлена компульсивным (очень сильным, проявляющемся на физическом уровне) влечением, которое выходит на витальный уровень и конкурирует с жизненно важными инстинктами. Физическую зависимость могут формировать только высокопотентные ПАВ (напр., опиоиды, этанол, барбитураты и др.). При поведенческих аддикциях физической зависимости не бывает. Явный признак наличия физической зависимости – синдром отмены (абстинентный синдром).

Альтернативный взгляд, более распространенный в западной наркологии, предполагает объединение физической и психической зависимости в единый **синдром патологического влечения (крейвнинг)**, который заключается в непреодолимом желании принять ПАВ или совершить аддиктивный поведенческий акт. Данный феномен основан на механизмах антиципации (предвосхищения), которые базируются в лобной коре.

Выделяют следующие виды синдрома патологического влечения:

- **Первичный** – возникает на фоне воздержания
- **Вторичный** – возникает под влиянием уже принятого ПАВ (напр., симптом «первой рюмки»)

Усиление первичного патологического влечения в период воздержания может достигать значительного уровня и проявляться особыми психо-вегетативными нарушениями (тремор, тахикардия, гиперсаливация, непреодолимое желание принять ПАВ для



улучшения своего состояния). Этот феномен получил название *псевдоабстинентного синдрома* («сухое похмелье»).

*Симптом «первой рюмки»* представляет собой проявление вторичного патологического влечения при алкогольной зависимости и проявляется в резком обострении влечения после первой дозы принятого алкоголя, человек при этом теряет способность контролировать свое поведение и пачивается до токсических состояний («до пьяна»). Усиление патологического влечения может также проявляться в *симптоме «опережения круга»*, когда после первой принятой рюмки зависимый не может ждать следующего тоста при застолье и выпивает в промежутках между ними.

Изменения толерантности в начальных этапах зависимости характеризуется ее повышением до максимальных значений («плато» толерантности), а в дальнейшем происходит ее спад и на третьей стадии зависимости на фоне тяжелых сомато-психологических нарушений может наблюдаться интолерантность (прекращение употребления ПАВ).

В настоящий момент продолжаются споры по поводу психопатологической принадлежности синдрома патологического влечения. На ранних этапах он более похож на обсессивные идеи, т.к. сопровождается борьбой мотивов, может исчезнуть при переключении на другие эмоционально значимые идеи. В дальнейшем появляются признаки компульсивности, с утратой борьбы мотивов, непреодолимым характере влечения, которое выходит на один уровень с жизненно важными инстинктами (самосохранения и т.д.). Есть мнения, что патологическое влечение можно рассматривать как бредовое расстройство.



## Абстинентный синдром и апнозопозия

**Абстинентный синдром – АС** (синдром «отмены») – группа симптомов, возникающая после полного прекращения приема или снижения дозы ПАВ после периода регулярного употребления. АС признак физической зависимости. Центральные симптомы АС представлены психическими нарушениями (тревога, агитация, снижение настроения и др.), периферические – неврологической и соматовегетативной симптоматикой. Состоит из:

- о Токсической симптоматики (астения)
- о Обострение латентной соматической патологии (АС – это лакмусовая бумажка соматического здоровья)
- о Аддиктивная симптоматика (аффективные колебания, усиление вторичного патологического влечения)

**Апнозопозия** – нарушение осознания болезни, отсутствие критического отношения (один из самых специфичных и самых трудных для коррекции симптомов аддикций)

Комплекс сомато-вегетативных расстройств после однократного приема ПАВ называется **постинтоксикационным синдромом**, и отличается от АС своей длительностью и отсутствием влечения к повторному приему ПАВ.

## Последствия и осложнения

### 3. Синдром последствий хронической интоксикации

**Последствия аддикций** (возникают у всех):

- **Соматические осложнения** – совокупность местных (в месте введения ПАВ) и системных соматических заболеваний, связанных с приемом ПАВ (напр., местный тромбоз при инъекционном употреблении дезоморфина и алкогольный цирроз печени).
- **Синдром психической деградации** – характеризует специфические изменения личности и включает:
  - о нравственно-этическое снижение, сужение круга интересов
  - о психоорганический синдром, деменция

**Осложнения аддикций** (возникают не всегда):

- **Психотические расстройства** – возможные осложнения (чаще всего дебютируют в период абстиненции):
  - о делирий
  - о острый параноид
  - о острый и хронический галлюциноз



## Течение аддикций

Укладывается в рамки аддиктивного континуума

1. Абстиненты- Не употребляют ПАВ
2. Допозологическое употребление- Употребляют разрешенные ПАВ в социально-приемлемых условиях в физиологических количествах
3. Употребление с вредными последствиями (злоупотребление)- Регулярное употребление ПАВ без симптомов психической или физической зависимости, но с вредными последствиями для здоровья или социального благополучия (проблемы на работе или в семье)

## Стадии развития аддикций

*1 стадия зависимости (стадия психической зависимости)*

- Патологическое влечение к приему ПАВ (психическая зависимость)
- Рост толерантности
- Ослабление защитных рефлексов
- Изменение формы потребления

*2 стадия зависимости (стадия физической зависимости)*

- Появление абстинентного синдрома (физическая зависимость)
- Максимум («плато») толерантности
- Отсутствие защитных рефлексов
- Усиление патологического влечения к приему ПАВ

*3 стадия зависимости (стадия психической деградации)*

- На первом плане психоорганические и соматические осложнения
- Снижение толерантности и патологического влечения
- Деградация личности



## Ремиссии при аддикциях

Большинство аддикций являются первично хроническими заболеваниями, потому при прекращении приема ПАВ говорят о

ремиссии.

*Виды ремиссий:*

-Терапевтические (возникают после медицинского вмешательства)

-Спонтанные (возникают без лечения, чаще всего после эмоциональных потрясений, манифестации опасных для жизни заболеваний и т.д.)

*Формирование ремиссии:*

-Становление ремиссии (после купирования АС и до 6 мес) характеризуется выраженной аффективной симптоматикой, актуализация патологического влечения

-Стабилизация ремиссии (6-12 мес) - изменение социальных контактов, «борьба мотивов»

-Сформированная ремиссия (после 12 мес воздержания)

### Зависимость от азартных игр (патологический гэмблинг)

Под **азартной игрой** понимают заключение пари на деньги или какую-либо материальную ценность на событие с сомнительным исходом с главным намерением получения прибыли или материальных ценностей. Азартная игра зависит в большей степени от случайности, чем от искусства играющих, а главный интерес направлен не на процесс игры, а на её исход.

**Проявляется следующими симптомами:**

1. Постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры.
2. Изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой, постоянные мысли об игре.
3. «Потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей.
4. Состояния психологического дискомфорта, раздражения и беспокойства после прекращения игры.
5. Характерно постепенное увеличение частоты участия в игре, стремление ко все более высокому риску.
6. Все преодолевающее стремление пайти возможность участия в азартной игре.
7. Быстро нарастающее снижение способности сопротивляться соблазну играть в азартные игры.



### **Течение игровой зависимости - «игровой цикл»:**

- Фаза воздержания.
- Фаза «автоматических фантазий».
- Фаза нарастания эмоционального напряжения.
- Фаза принятия решения играть.
- Фаза вытеснения принятого решения.
- Фаза реализации принятого решения.

### **Типичные «ошибки мышления» игроков:**

- Деньги решают все, в том числе проблемы эмоций и отношений с людьми.
- Неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой.
- Замена фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.
- Представление о том, что возможно вернуть долги только с помощью игры, то есть отыграть.
- Эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче себе самому слова никогда не играть.
- Убеждение о том, что удастся играть только на часть денег.
- Восприятие денег во время игры как фишек или цифр на дисплее.
- Представление о ставках как о сделках.

В настоящее время, в связи с ограничением по работе игровых заведений на территории РФ, за исключением особых «зон», все большую популярность приобретают онлайн-казино и тотализаторы.

### **Другие виды психических аддикций**

- **Зависимость от компьютерных игр (патологический гейминг).**

Из всех описываемых в настоящее время психических зависимостей, только зависимость от компьютерных игр было решено включить в МКБ-11.

Зависимость от компьютерных игр характеризуется паттерном постоянного или периодического игрового поведения (с использованием «компьютерных игр» или «видеоигр»), которое происходит онлайн (т.е. через интернет) или оффлайн и проявляется в:

- 1) нарушении контроля над игровым поведением (например, невозможность контролировать начало, частоту, интенсивность, продолжительность, время завершения или содержание игры);
- 2) повышению приоритета игры над другими жизненными интересами и повседневной деятельностью;
- 3) продолжении или усилении игрового поведения, несмотря на возникновение негативных последствий. При этом паттерн игрового поведения достаточно значим и приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах жизни.



Паттерн игрового поведения может быть непрерывным или эпизодическом/периодическим. Игровое поведение и другие связанные особенности должны проявляться в течение периода не менее 12 месяцев, чтобы можно было поставить диагноз, хотя требуемая продолжительность может быть сокращена, если обнаруживаются все диагностические требования и симптомы сильно выражены.

• **Интернет-зависимость** – патологическая тяга к проведению времени в интернете

• **Созависимость** – патологическая вовлеченность и отношения, пожертвование собой ради спасения другого человека. Наиболее часто созависимость наблюдается у супругов зависимых (напр. «жены алкоголиков») и у детей, выросших в семьях аддиктов (напр. «взрослые дети алкоголиков»).

Признаки созависимости:

1. Низкая самооценка, стремление «угодить другим»
2. Неуродолимое желание контролировать жизнь других людей
3. Стремление «спасать других», даже ценой самопожертвования

Соотношения зависимости-созависимости определяют семейную динамику аддикции.

• **Любовная аддикция** – патологическая вовлеченность в незавершенные романтические отношения (например, многолетние отношения женатого мужчины с незамужней девушкой)

• **Трудоголизм** – изменение своего психического состояния через сверхувлеченность работой

• **Шопоголизм** – патологическое влечение к трате денег

### Новые виды аддикций

Мир аддикций меняется, постоянно появляются новые виды психоактивных веществ, описываются различные виды поведенческих зависимостей. Примером этого явления может быть ситуация с целой группой психоактивных веществ – курительных смесей, которые получили общее название «Спайсы». После своего появления они свободно продавались в магазинах, и любой желающий мог их купить без всяких ограничений. Затем их распространение переместилось в сеть интернет, где они продавались под маской «травяных ароматических сборов» и т.п., также виртуально производилась и оплата данных покупок, что исключало очный контакт дилера и потребителя. А в декабре 2014 года было принято Постановление Правительства РФ № 1340, которое вносит их в список запрещенных веществ. К сожалению, «дизайнеры» новых наркотических веществ опережают запретительные меры Правительства, потому рассматривается возможность упрощения процедуры добавления новых позиций в этот список и передача этой функции полиции.



Новые виды наркотических веществ получили название «дизайнерские наркотики»:

- Это искусственные заменители натурального действующего наркотического вещества, которые полностью или частично воспроизводят его свойства, близки ему по строению и обладают его эффектами
- Они создаются путём изменения химической структуры, либо созданием новых препаратов
- Таким образом, на некоторое время удаётся обойти действующее законодательство, поскольку вновь синтезированные вещества не включены в список запрещённых препаратов и их прекурсоров

С каждым годом «дизайнерских» наркотиков становится все больше. По данным Европейской центра мониторинга наркотиков и наркоманий пик выявления новых «дизайнерский» ПАВ пришелся на 2014 год, после которого наметился некоторый спад. В настоящее время в Европе насчитывают более 700 видов «дизайнерских» ПАВ.

Вот перечень наиболее современных и актуальных видов аддикций (иллюстрации с сайта [www.medscape.com/features/slideshow/drug-abuse/](http://www.medscape.com/features/slideshow/drug-abuse/)):

- **Синтетические каннабиноиды** («Спайсы», JWH, AB-FUBINACA, AB-CHMINACA): являются сильными агонистами CB1 и CB2 каннабиноидных рецепторов и отличаются от природных препаратов конопли тем, что в последних помимо агониста, есть и антагонист каннабиноидных рецепторов – каннабидиол. Эта особенность обуславливает то, что при длительном употреблении чаще природных аналогов они вызывают психозоподобные психозы, эмоционально-волевые и соматические нарушения (часто инфаркты миокарда и острая почечная недостаточность).
- **Синтетические опиоиды (геронн, метадон, производные фентанила, трамадол)** являются полными мю-опиоидными агонистами, эффекты схожи с природными опиоидами. Из осложнений помимо психических нарушений могут вызывать остановку дыхания.
- **Катионы** («соли», бетта кето-амфетамины) являются производными фенилэтиламина, получают из листьев растения кат (cathaedulis), произрастающего в основном в Западной Африке и на Аравийском полуострове. К этой группе относится метиллендиоксипропион (МДПВ), пирролидинпропион и др. Они по формуле и по механизму действия похожи на амфетамины. Их эффект связан с повышением уровня моноаминов (норадрепалина, дофамина, серотонина) в головном мозге. Проявляется он повышением настроения, двигательной активности, либидо и ускорением мышления. Кроме того, они вызывают тахикардию, гипертермию, сердцебиения, и могут провоцироваться жизнеугрожающие состояния из-за нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
- **«Дизайнерские» бензодиазепины** – миссией их действия являются ГАМК-А рецепторы. Представляют собой субстанции, которые исследовались как новые бензодиазепиновые лекарственные препараты, но не были выпущены на рынок из-за их токсичности или высокой способности вызывать зависимость. В Европе в



2018 году было выявлено 25 дизайперских бензодиазепина, в основном это этизолам, диюлазепам, флугбромазолан и пиразолам.

- **Дериваты пицеразина (Jet)** – «клубные таблетки», обладают симпатотоническим эффектом, подобным амфетаминам
- **Энергетические напитки** – основой этой зависимости является кофеин. Основная опасность – кардиотоксичность.
- **Зависимость от экстремальных видов спорта** – связана с выбросом большого количества адреналина.



## Лечение наркологических заболеваний

Лечение алкоголизма и наркомании в Российской Федерации может быть добровольным или обязательным. Обязательное лечение, в отличие от принудительного, которое должно быть исполнено в любом случае, предполагает наличие информированного добровольного согласия лица и санкции при отказе от него (напр., замена условного осуждения реальным).

Существуют следующие виды обязательного лечения и реабилитации наркологических больных:

1. Обязательное лечение *условно осужденных за любое преступление* по ч. 5 ст. 73 УК РФ, назначается решением суда и проводится в медицинских наркологических организациях общемедицинской системы здравоохранения.
2. Обязательное лечение *осужденных в местах лишения свободы* по ст. 18 УИК РФ, назначается врачебной комиссией пенитенциарного учреждения и организуется в медицинских учреждениях мест лишения свободы.
3. Обязательное лечение от наркомании, медицинская и социальная реабилитация *осужденных с отсрочкой исполнения наказания*, назначается при наличии желания осужденного решением суда по ст. 72.1 и 82.1 УК РФ *за нетяжелое преступление в сфере оборота наркотических средств* и организуется в медицинских организациях общемедицинской системы здравоохранения и в реабилитационных организациях (*альтернативное лечение*);
4. Обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию, назначается по ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ при назначении *административного наказания за совершение административных правонарушений в области законодательства о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах лицам, которые потребляют наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные ПАВ*.

Виды реабилитации:

**Медицинская реабилитация** относится к медицинским услугам и представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и/или компенсацию утраченных функций организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация относится к виду специализированной медицинской помощи и требует лицензирования.

**Социальная реабилитация** включает в себя действия реабилитационных учреждений, предусматривающие проведение совокупности медицинских, психологических, воспитательных, педагогических, социально-психотерапевтических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления ПАВ и на избавление вышеуказанных лиц от патологической зависимости от ПАВ, восстановление их личности и социального статуса, преобразование и



восстановление мировоззрения этих лиц, направленного на соблюдение здорового образа жизни. Методологические основы ее деятельности не закреплены законодательно. Основной моделью стационарной и амбулаторной реабилитации является **Миннесотская модель** («12 шагов»), которая реализуется в тесном сотрудничестве с группами само- и взаимопомощи Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы. Программа предполагает прохождение зависимым через 12 последовательных этапов («шагов») выздоровления, при котором он формирует навыки психологического, социального и духовного навыка трезвости. Часто эта программа совмещается с конфессиональными сообществами, приобретая религиозную направленность.

Методикой, хорошо зарекомендовавшей себя при начальных этапах работы с зависимым, является **Мотивационное интервью**, которое представляет собой недирективную модель построения взаимоотношений и психотерапии, повышающую мотивированность зависимых к лечению.

### Профилактика аддикций

*Первичная* (универсальная) – предотвращение начала употребления ПАВ;

*Вторичная* (селективная) – ранняя диагностика и предотвращение развития болезни;

*Третичная* (индикативная) – профилактика осложнений, рецидивов и инвалидизации.

Основные подходы к профилактике:

1. Информационный – распространение информации о вреде
2. Эмоциональное обучение – повышение устойчивости к стрессам
3. Социальный влияние среды и окружения
4. Формирование жизненных навыков изменение поведения
5. Поиск альтернативного потреблению ПАВ поведения
6. Укрепление здоровья
7. Интегративный – объединяет все предыдущие



### Выводы

В заключение, расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ (ПАВ) и аддиктивные состояния представляют собой серьезные проблемы в современной психиатрии и наркологии. Они влияют на здоровье, поведение, социальное функционирование и качество жизни людей.

Исследования в этой области доказывают, что употребление ПАВ может привести к различным расстройствам, начиная от легкой зависимости до тяжелых наркомании и сопутствующих психических заболеваний. Потребление психоактивных веществ может вызывать физическую и психологическую зависимость, а также иметь негативные последствия для психического и физического здоровья.

Эти расстройства и состояния являются значительной медицинской и социальной проблемой, оказывая негативное влияние на общественное здоровье и экономику. Но исследования и разработки в этой области продолжаются, и наука стремится разработать новые методы лечения и профилактики этих расстройств.

Изучение расстройств, связанных с приемом ПАВ, и аддиктивных состояний имеет важное клиническое значение, поскольку помогает врачам-психиатрам, наркологам и другим специалистам в области ментального здоровья разрабатывать наиболее эффективные стратегии лечения и поддержки для пациентов с этими проблемами.

В целом, понимание этих расстройств и состояний является ключевым для эффективной предварительной диагностики, лечения и реабилитации пациентов, а также для эффективного предотвращения и контроля распространения зависимостей и наркомании в обществе. Междисциплинарный подход, включающий психиатрию, наркологию, психосоциальную поддержку и образование о вреде ПАВ, является важным для справедливого и гуманного подхода к этим проблемам.



### Список литературы

1. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология». Автор: к.м.п. Федотов И.А. (Рязань). Редактор: д.м.п., доц. Сахаров А.В. (Чита). Глава №26.2020
2. Горина И.Е., Хуснутдинов Р.А., Артамонова Г.В. и др. Зависимость от психоактивных веществ. М.: Практическая медицина, 2020.
3. Волков Ю.Ю., Бутникова Н.С., Шульгин А.П. Психиатрия вопросы психоактивных субстанций. М.: Полиграф Плюс, 2021.
4. Клинические рекомендации «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ». Год утверждения 2020.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Класс V: Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). Ростов-на-Дону: «Феникс», 2019. С.118-138