

Современные наркологические классификации с точки зрения их использования в экспертной практике*

ИГОНИН А.Л. д.м.н., проф., руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма Центра;
e-mail: aligonin@mail.ru

БАРАНОВА О.В. к.м.н., старший научный сотрудник Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма Центра

КУЛАГИНА Н.Е. к.м.н., зав. наркологическим отделением клиники Центра

ОФТАЕВ И.В. научный сотрудник Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма Центра

БОНДИНА Ю.А. клинический психолог наркологического отделения клиники Центра

ФБГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Проведён анализ современных наркологических классификаций, в первую очередь МКБ-10, с точки зрения их адекватности задачам экспертной практики (СПЭ, несудебные виды экспертизы, освидетельствование лиц, употребляющих ПАВ). Оказалось, что существует ряд несоответствий между российским законодательством, традиционными отечественными диагностическими схемами и положениями МКБ-10. Эти противоречия касаются использования названий ПАВ, установления границ зависимости от ПАВ, оценки психозов и резидуальных расстройств, вызываемых злоупотреблением ПАВ. Предложены меры (в частности, при разработке МКБ-11), которые бы позволили смягчить эти противоречия. **Ключевые слова:** судебная экспертиза; несудебная экспертиза; освидетельствование лиц, употребляющих ПАВ; группы ПАВ, подлежащие государственному контролю; состояния, вызываемые злоупотреблением ПАВ

Статья посвящена в основном возможности использования МКБ-10 (а впоследствии МКБ-11) в экспертной практике. Речь идёт как о судебной, так и несудебной экспертизе, а также о различных видах освидетельствования лиц, употребляющих ПАВ**. МКБ-10 является нормативным актом, поскольку утверждена Минздравом России (Приказ от 27.05.1997 г. №170). Поэтому в спорных ситуациях, в частности при судебных разбирательствах в наркологии, обе стороны процесса могут обращаться именно к указанному документу. Но вначале следует сообщить о нашем пятнадцатилетнем опыте использования МКБ-10 в диагностике различных состояний, вызванных употреблением ПАВ.

Позитивные эффекты от использования в России МКБ-10 (наркологический раздел)

1. Знакомство российских врачей с международным опытом диагностики различных состояний, вызываемых злоупотреблением ПАВ;

2. Этот опыт оказался полезным именно в 90-е годы XX века, в период резкого роста распро-

странённости злоупотребления наркотиками, в том числе веществами, мало известными в России, но широко распространёнными на Западе;

3. Внедрение в практику работы наркологических учреждений единой, относительно непротиворечивой диагностической схемы, обязательной для использования в нашей стране всеми врачами;

4. Освоение российскими специалистами содержащихся в МКБ-10 полезных и конструктивных новаций, касающихся как построения общей диагностической схемы, так и идентификации конкретных состояний, вызываемых злоупотреблением ПАВ.

К таким полезным новациям относится разделение непсихотических проявлений наркологических заболеваний на синдром зависимости и резидуальные расстройства. Также целесообразно обозначение донозологических состояний с помощью двух видов понятий: *острая интоксикация ПАВ* и *употребление ПАВ с вредными последствиями*.

Оправданным новшеством представляется выделение в виде отдельной рубрики делирия в структуре

* Настоящее сообщение было сделано на конференции «Международная классификация психических расстройств: от МКБ-10 к МКБ-11», состоявшейся в г.Москве 26 и 27.02.2014 г.

** Термин *психоактивное вещество* (ПАВ) вошел в лексикон наркологов в 1999 г. вместе с началом использования в России МКБ-10. В соответствии с данной классификацией понятие *психоактивное вещество* распространяется на любую химическую субстанцию, вызывающую зависимость от неё.

абстинентного состояния. Благодаря МКБ-10 врачи-клиницисты стали широко применять термин *когнитивное расстройство*. Ранее чёткого обозначения феномена снижения интеллекта, не достигающего степени деменции, в наркологии не было.

Проблемы, возникающие при использовании МКБ-10 в практической деятельности

1. При углублённом обследовании наркологических больных в процессе их лечения, реабилитации и экспертизы очевидными становятся упрощённость и поверхностность МКБ-10. Врачам приходится применять дополнительные клинические, психологические, социальные, биологические и другие методы обследования больных;

2. При этом стоит учитывать, что МКБ-10 предназначена, как отмечено в предисловии к адаптированному варианту классификации, для составления отчётных документов медицинской статистики. Поэтому большинство из перечисленных проблем нельзя отнести к каким-либо серьёзным упущениям со стороны авторов классификации. Такие особенности данной диагностической схемы определяются спецификой формата документа;

3. Существуют глубокие противоречия в критериях диагностики различных состояний, вызываемых злоупотреблением ПАВ, между традиционными отечественными классификациями и МКБ-10. Эти противоречия могли бы быть разъяснены и смягчены в варианте МКБ-10, адаптированном для использования в России. Но, к сожалению, данной проблеме составителями адаптированного варианта не было уделено достаточного внимания;

4. В адаптированном варианте МКБ-10 допущены явные диспропорции. Например, описание опьянения различными видами ПАВ, а также абстинентных состояний при различных формах наркологических заболеваний является слишком подробным и больше под-

ходит для руководства по наркологии. В то же время пояснения по поводу признаков зависимости от ПАВ, психотических и резидуальных расстройств либо слишком скудны, либо вообще отсутствуют.

Переходя к оценке некоторых конкретных понятий, существующих в МКБ-10, необходимо в первую очередь остановиться на *наименованиях групп ПАВ* (третий знак кода). Эти группы выделяются по клиническому признаку: либо по характеру непосредственного действия на психику (седатики, стимуляторы и пр.), либо по химическому строению, которое также определяет клинический эффект тех или иных химических субстанций (алкоголь, опиоиды, каннабиноиды и пр.). Но при этом необходимо учитывать, что в России существуют и юридические термины, определяющие характер государственного контроля за данной группой веществ или отдельным веществом. Соответствующие данные представлены в табл. 1.

В таблице в левой колонке даны названия групп ПАВ, выделяемые по клиническому признаку. В средней и правой колонках таблицы приведены юридические термины, обозначающие ПАВ. Эти термины используются не только в текстах законов, но и в большинстве руководств по наркологии, а также в адаптированном варианте МКБ-10.

В указанных источниках под термином *наркомания* понимается зависимость от химических субстанций, входящих в список наркотических средств. Зависимость же от всех других соединений, включая психотропные вещества, называется *токсикомания*. В то же время в законе «О наркотических средствах и психотропных веществах», изданном в 1997 г., к наркоманиям отнесена зависимость не только от наркотиков, но и от психотропных веществ. Это противоречит всем правилам, принятым в отечественной наркологии, и может вызвать сложные ситуации при решении различных правовых вопросов, связанных со злоупотреблением ПАВ.

Таблица 1

Сравнение обозначений групп ПАВ в МКБ-10 и в юридических документах, существующих в России

Группы ПАВ, выделяемые в МКБ-10	Принятые в России юридические термины, которые обозначают группы ПАВ
F10 Алкоголь	—
F11 Опиоиды	НС, ПВ, СВ
F12 Каннабиноиды	НС
F13 Седативные и снотворные вещества	ПВ, ТВ
F14 Кокаин	НС
F15 Стимуляторы	НС, ПВ, ТВ
F16 Галлюциногены	НС, ПВ, ТВ
F17 Табак	ТВ
F18 Летучие растворители	
F19 Сочетанное употребление нескольких видов ПАВ	ТВ

Основные:
 НС — наркотические средства
 ПВ — психотропные вещества
 СВ — сильнодействующие вещества
 ТВ — токсические вещества (не входят ни в одну из групп контроля, но вызывают зависимость)

Дублирующие:
 Лекарства, подлежащие предметно-количественному учёту (нормативные акты МЗ РФ)
 Аналоги НС и ПВ (ст. 228, 230, 232 УК РФ; ст. 6.8. КоАП РФ, Закон о НС и ПВ)
 Одурманивающие вещества (ст. 23 УК РФ, ст. 6.10. КоАП РФ)

Существуют также термины, дублирующие общепринятые понятия *наркотические средства* и *психотропные вещества*. В нормативных документах Минздрава РФ часто используется понятие *лекарства, подлежащие предметно-количественному учёту*. Под ними понимаются любые медикаменты, которые входят в перечисленные выше контролируемые группы (наркотические средства, психотропные вещества, сильнодействующие вещества).

Значение же терминов *аналоги НС и ПВ*, а также *одурманивающие вещества* остаётся непонятным. В законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» делается попытка объяснить смысл термина *аналоги НС и ПВ*. В соответствии с данным комментарием аналоги — это запрещённые для оборота в России субстанции, которые не входят в Перечень НС и ПВ, но имеют химическую структуру и свойства, сходные с химической структурой и свойствами какого-либо вещества, уже включённого в данный «Перечень». Однако это объяснение нельзя признать удовлетворительным. Существует лишь одна возможность запретить оборот того или иного вещества в России — включить его в список №1 Перечня НС и ПВ. Если данное вещество в этом списке отсутствует, то запрещённым к обороту оно не является, даже если по химическому строению имеет близость к какому-либо наркотическому средству или психотропному веществу.

Попыток разъяснить смысл термина *одурманивающее вещество* ни в одном нормативном документе нет.

С проблемой отнесения вещества, которым злоупотребляет обследуемый, к той или иной группе контроля врачам-экспертам приходится сталкиваться постоянно. Это связано, например, с тем, что в семи статьях УК РФ и шести — КоАП РФ устанавливается ответственность за участие в незаконном обороте наркотических средств и психотропных веществ. Если субстанция, которой злоупотребляет обследуемый, относится к этим категориям ПАВ, он может быть привлечён к уголовной ответственности, если не относится — не может. По этому поводу врачи нередко дают разъяснения судебно-следственным органам.

В перечень наркотических средств и психотропных веществ постоянно вносятся изменения. За последние 2,5 года было издано 13 постановлений правительства, меняющих набор входящих в него субстанций. Постановлением от 10.07.2013 г. №580 это было сделано кардинально. Например, из списка сильнодействующих медикаментозных средств в список психотропных веществ были перенесены кодеинсодержащие препараты, бензодиазепины и, частично, лекарственные средства, содержащие фенobarбитал. В результате такой трансформации сразу же резко расширился круг лекарственных препаратов, участие в не-

законном обороте которых подпадает под действие статей УК РФ и КоАП РФ. Экспертам приходится постоянно отслеживать изменения, происходящие в контрольных списках.

В связи с указанными соображениями в пояснениях к адаптированному варианту МКБ-11 следует изложить систему, о которой вкратце сообщено в тексте табл. 1. Ознакомившись с пояснениями, врач легко определит принадлежность того или иного вещества к группе контроля и, при необходимости, получит информацию о происходящих в «Перечне» изменениях (в частности, через Интернет).

Проблема диагностики зависимости от ПАВ является, вероятно, самой важной с экспертной точки зрения. В МКБ-10 термин *синдром зависимости от ПАВ* обозначает лишь один из нескольких видов клинических проявлений наркологического заболевания. Кроме него, есть ещё *абстинентное состояние*, *психотическое состояние*, *резидуальное расстройство* и пр. Но де-факто понятие *зависимость от ПАВ* стало синонимом понятия *наркологическое заболевание*. Точнее, вместо термина *наркологическое заболевание* обычно используются термины, обозначающие три его формы: *алкоголизм*, *наркомания*, *токсикомания*.

В соответствии с МКБ-10, признаками синдрома зависимости от ПАВ являются:

- а) сильное желание принять ПАВ;
- б) сниженная способность контролировать приём ПАВ;
- в) абстинентное состояние;
- г) повышение или снижение толерантности к ПАВ;
- д) «поглощённость» больного употреблением ПАВ;
- е) употребление ПАВ вопреки вызываемым ими вредным последствиям.

В оригинале МКБ-10 сообщается, что зависимость от ПАВ может быть диагностирована при наличии не менее трёх любых признаков из шести перечисленных. В то же время в адаптированном варианте МКБ-10 начальная стадия зависимости (следовательно наркологическое заболевание вообще) может быть установлена при наличии лишь двух любых признаков из четырёх (абстинентное состояние и «поглощённость» употреблением ПАВ в эти 4 признака не входят). Данное противоречие при планируемом пересмотре МКБ должно быть устранено.

Используемый в адаптированном варианте МКБ-10 подход к диагностике зависимости размыкает и чрезмерно расширяет границы наркологического заболевания. Например, можно диагностировать наличие алкоголизма на основании лишь двух сомнительных признаков: повышенной толерантности к спиртным напиткам и их употребления вопреки вредным последствиям. Поэтому обязательным усло-

вием диагностики первой стадии зависимости должно быть, с точки зрения авторов данного сообщения, наличие патологического влечения к ПАВ. Надо, конечно, учитывать, что существует и непатологическая форма влечения к ПАВ. Поэтому возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики между этими двумя формами потребности в алкоголе. Различия между ними были подробно описаны В.Б. Альшулером [1] и другими авторами.

Названия различных форм злоупотребления ПАВ фигурируют в следующих законодательных актах:

- Ст. 73 УК РФ — возложение на условно осуждённых обязанности пройти лечение от алкоголизма, наркомании, токсикомании;
- Ст. 18 УИК РФ — проведение обязательного лечения больных с теми же заболеваниями в местах лишения свободы;
- Ст. 82.1 УК РФ — проведение альтернативного лечения больных наркоманиями, наказание которых связано с лишением свободы;
- Ст. 72.1 УК РФ* — проведение обязательного лечения больных наркоманиями, наказание которых не связано с лишением свободы;
- Ст. 6.9.1. КоАП РФ*** — проведение обязательных лечебно-профилактических мероприятий в случаях совершения наркопотребителями административных правонарушений;
- Ст. 69 СК РФ — лишение родительских прав больных алкоголизмом и наркоманиями;
- Ст. 30 ГК РФ — ограничение дееспособности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими средствами.

Существуют расхождения в понимании некоторых других характеристик зависимости между отечественными классификациями и МКБ-10. Например, отечественные понятия постоянного и периодического (запойного) пьянства совсем не соответствуют терминам «постоянное и периодическое злоупотребление ПАВ» в МКБ-10. Если запойное пьянство — это тяжёлое состояние, то периодическое пьянство в МКБ-10 обозначает лёгкие, случайные эпизоды злоупотребления алкоголем. Данное противоречие следовало бы разъяснить в комментариях при адаптации к условиям России следующего варианта Международной классификации болезней.

Диагностический подход к психотическим состояниям наркологического генеза в МКБ-10, с одной стороны, и традиционных отечественных классификациях, с другой, различен. В МКБ-10 те или иные разновидности этих психотических расстройств «разбросаны» по четырём разделам наркологической

части классификации: острая интоксикация ПАВ (коды F1x.03 и F1x.04), абстинентное состояние с делирием (F1x.4), собственно психотическое расстройство (F1x.5) и психотические расстройства «с поздним дебютом» (как вариант резидуальных расстройств, обозначенный кодом F1x.75). Последнюю разновидность психотических состояний отечественные авторы называют *хроническими психозами* (наркологического генеза). Авторы же традиционных отечественных схем, в первую очередь, жёстко разделяют все психические расстройства, вызываемые употреблением ПАВ, на непсихотические и психотические. Эти различия в следующем варианте МКБ следует разъяснить более подробно и чётко.

Далее приводится схема вариантов делирия в структуре абстинентного состояния.

F1x.4 Абстинентное состояние с делирием.

.40 «Классический» делирий.

.41 Делирий с судорожными припадками.

.42 Мусситирующий делирий.

.43 «Профессиональный» делирий.

.44 Делирий без галлюцинаций (люцидный).

.46 Abortивный делирий.

.48 Другой делирий.

.47 Неуточнённый делирий.

Данная схема отсутствует в оригинале МКБ-10. Она была разработана отечественными авторами и содержится только в адаптированном для использования в России варианте МКБ-10. С точки зрения большинства специалистов, эта классификация имеет следующие недостатки. Нет понятия *тяжёлый делирий*. Термины *мусситирующий* и *профессиональный делирий* их не заменяют, поскольку бормотание и совершение автоматизированных действий возможны, как установили З.И. Кекелидзе и В.П. Чехонин [2], и при относительно лёгких вариантах психоза.

Используемый в МКБ-10 термин *делирий без галлюцинаций (люцидный)* не имеет конкретного клинического содержания. Это может быть лёгкий кратковременный эпизод спутанности, а может быть тяжёлое длительное аментивноподобное состояние с инкогеренцией мышления, возбуждением в пределах постели и последующим выраженным амнестическим расстройством. Не упоминаются формы делирия с чужеродными включениями в виде бреда, синдрома Кандинаго и ряда других расстройств.

Следует также отметить, что в отечественных классификациях среди форм с помрачением сознания выделяют кроме делирия сумеречные помрачения сознания и онейроидные психозы. В МКБ-10 об этих состояниях не сообщается.

*** Данные статьи были введены в УК РФ и КоАП РФ Федеральным законом от 25.11.2013 г. №313. Они вступят в силу по истечении 180 дней после официального опубликования.

Ниже приведена содержащаяся в МКБ-10 схема вариантов психотических состояний наркологического генеза, не сопровождающихся помрачением сознания.

F1x.5 Психотическое расстройство.

.50 Шизофреноподобное расстройство.

.51 Преимущественно бредовое расстройство.

.52 Преимущественно галлюцинаторное расстройство.

.53 Преимущественно полиморфное психотическое расстройство.

.54 Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами.

.55 Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами.

Приведённая схема имеется как в оригинале, так и в адаптированном варианте МКБ-10. В целом, она соответствует отечественным классификациям. Правда, в этих классификациях обычно отсутствуют аффективные психозы, поскольку в нашей стране у наркологических больных они практически не наблюдались. Однако в последнее время ситуация изменилась. После появления в арсенале потребителей наркотиков кокаина и некоторых новых стимуляторов мании и депрессии, достигающие психотического уровня, стали наблюдаться у наркологических больных чаще.

Совершение ООД в состоянии психоза с помрачением сознания, вызванного злоупотреблением ПАВ (особенно алкоголя), — одно из наиболее частых оснований для судебных психиатров признать больного невменяемым, что обычно связано с особой остротой этих состояний. Кроме помрачения сознания в момент совершения ООД возникают острый аффект страха и психомоторное возбуждение. Отмечаются связь ООД с болезненными переживаниями, не критичность к своему состоянию в острый период, а часто и амнезия как болезненных переживаний, так и происходивших в данный временной отрезок реальных событий.

Но бывают случаи рудиментарных психотических расстройств наркологического генеза, не сопровождающихся аффектом страха или гнева, а также психомоторным возбуждением. Могут выявляться отдельные бредовые интерпретации или обманы восприятия. При этом сохраняется критическое отношение к болезненным пере-

живаниям. Если было совершено противоправное деяние, то оно обычно не имеет связи с болезненными переживаниями. В таких случаях экспертное решение может быть любым, включая признание испытуемого вменяемым.

Особенно часто рудиментарные психотические расстройства наблюдаются при хронификации психоза, например при длительно текущем вербальном галлюцинозе или алкогольном бреде ревности (в соответствии с МКБ-10 код F1x.75).

В табл. 2 приведена рубрика МКБ-10, посвящённая *резидуальным психическим расстройствам* (F1x.7). В резидуальные расстройства включены разнородные виды патологии как непсихотического, так и психотического характера.

Как уже отмечалось ранее, выделение раздела «резидуальные расстройства» авторы настоящего сообщения считают позитивным новшеством, поскольку в одну группу сведены однотипные расстройства, которые сохраняются «за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества» (адаптированные вариант МКБ-10), т.е. имеют стойкий, а иногда и необратимый характер. Амнестические расстройства в МКБ-10 выделены в виде отдельной рубрики по четвёртому знаку (F1x.6). Но, поскольку они полностью подпадают под определение «резидуальные расстройства», в тексте данного сообщения они объединены с резидуальной патологией. Это соответствует отечественной традиции описания интеллектуально-мнестических нарушений в комплексе в рамках одного и того же синдрома.

Хотя наркологические заболевания с хроническим течением и относятся к экзогенно-органическим процессам, по своим клиническим особенностям они имеют значительные отличия от других видов органической патологии, таких, как расстройства сосудистого генеза, инфекционные поражения головного мозга, последствия травмы черепа и прочие. Эти особенности необходимо учитывать как при диагностике различных состояний, возникающих у наркологических больных, так и при назначении им лечения. Но в МКБ-10 (как в оригинале, так и адаптированном варианте) специфика проявления резидуальных расстройств у наркологических больных не отражена. Авторы-составители классификации просто отослали

Таблица 2

Кодировка резидуальных психических расстройств, возникающих при зависимости от ПАВ

4-й знак	5-й знак
F1x.6 Амнестический синдром	—
F1x.7 Резидуальные и отсроченные психические расстройства	F1x.70 Состояния типа "флэшбэк" .71 Расстройства личности и поведения .72 Резидуальные аффективные расстройства .73 Деменция .74 Другое стойкое когнитивное расстройство. Снижение интеллектуально-мнестических функций, не достигающее степени деменции .75 Психотическое расстройство с поздним дебютом

читателя к разделу, посвящённому органической патологии, в котором есть краткое описание резидуальных нарушений, общее для данной группы заболеваний.

Особенно заметно отличия наркологической патологии от других органических процессов проявляются в сфере *изменений личности и поведения*. Это связано с влиянием, которое оказывают на личность наркологических больных асоциальные референтные группы. Такое влияние наиболее чётко прослеживается у пациентов молодого возраста. Выделяют даже молодёжную маргинальную субкультуру потребителей наркотиков.

Для наркологических больных характерно морально-этическое снижение (в психологии предпочтение отдаётся термину *искажение ценностно-смысловых ориентаций*). Данное снижение проявляется в эгоизме, пренебрежении общепринятыми социальными нормами, дерзком поведении, псевдологии, попытках манипулировать окружающими, активном уклонении от выполнения семейных обязанностей и общественно-полезного труда. Негативное отношение к окружающим часто сочетается у этих больных с инфантилизмом, житейской беспомощностью, изживенчеством, полной зависимостью от близких.

При описании личности наркологических больных важное значение придаётся стигматизации (*стигма* — ярлык, тавро). Наличие зависимости от ПАВ создаёт негативное отношение общества к пациенту. При этом ситуацию крайне трудно изменить в лучшую сторону. Постоянное ощущение на себе ярлыка наркомана или алкоголика ведёт к формированию в группах этих лиц ответного негативного, а иногда и агрессивного отношения к окружающим. Пациенты считают, что в ответ на отрицательное отношение к ним других людей они могут позволить себе пренебречь общепринятыми социальными нормами, вплоть до морального права совершать противозаконные действия. Об этих особенностях наркологических больных следовало бы упомянуть в комментариях к адаптированному варианту МКБ-10.

Резидуальные *аффективные расстройства* имеют у наркологических больных свою специфику. Так, при алкоголизме чаще всего обнаруживается эмоциональная лабильность — лёгкость переходов от повышенного к пониженному настроению. Клинически выраженные депрессивные или маниакальные состояния для «чистых»

случаев алкоголизма не характерны. Они возникают лишь при наличии соответствующей почвы.

Для больных опийной наркоманией характерна ангедония. Даже в периоды воздержания от наркотиков у них можно выявить пониженное настроение с элементами деперсонализации. Пациенты ощущают неспособность получать удовольствие от обыденных вещей и воспринимать окружающий мир во всем его красочном многообразии. Они испытывают также постоянное чувство физического дискомфорта. Депрессивные расстройства обычно сопровождаются волевым снижением с апатией, безразличием к происходящему вокруг. Привычный наркотик в первые месяцы и годы нормализует психическое состояние пациента, но на отдалённых этапах течения заболевания и он не даёт желаемого улучшения. Специалисты-нейрохимики связывают это с постепенным «разрушением» опиоидных рецепторов.

Амнестические расстройства также проявляются по-разному у больных с теми или иными органическими заболеваниями головного мозга, включая наркологические. Для тяжёлых больных алкоголизмом, например, характерна фиксационная амнезия, при которой из памяти выпадают текущие события. Специалисты связывают данный феномен с патологическими изменениями в гиппокампе. У пациентов с большинством других органических заболеваний чаще наблюдаются амнестические нарушения с примерно одинаковым снижением всех видов памяти.

При *когнитивных расстройствах* у больных алкоголизмом обнаруживается патология целого ряда сфер мозга: лобно-мозжечковой, стриопаллидарной, экстрапирамидной, гипоталамической и других. При этом, в отличие от других органических психических заболеваний, выраженные локальные очаги изменений в головном мозге обычно отсутствуют. Поэтому снижение интеллекта нарастает постепенно и равномерно затрагивает все когнитивные функции.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Алкоголизм. — М.: Гэотар-Медиа, 2010. — С. 260.
2. Кекелидзе Э.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. Клинические и иммунохимические аспекты. — М., 1997. — С. 362.

MODERN ADDICTION CLASSIFICATIONS IN EXPERT PRACTICE

IGONIN A.L., BARANOVA O.V., KULAGINA N.E., OFTAEV I.V., BONDINA Ju.A.

The analysis performed to determine conformity of modern addiction classifications with problems of expert practice (forensic psychiatric examination, non-judicial types of examination, inspection of addicts) shows that there are a number of discrepancies between Russian legislation, traditional domestic diagnostic schemes and ICD-10 provisions. Such discrepancies are related to the naming of psychoactive substances, level of addiction determination and estimation of psychotic and residual disorders caused by psychoactive substance use. We have suggested certain measures that can help to reduce abovementioned gaps in ICD-11.

Key words: forensic psychiatric examination; non-judicial examination; inspection of addicts; state controlled psychoactive substances; states caused by excessive use of psychoactive substances