

УДК 616.89:613.84:663.97 (575.2) (04)

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ТАБАКУ У ЛИЦ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Э.М. Аймакова

Рассматриваются компоненты патологического влечения к табаку, согласно оценочному глоссарию. Выделяются особенности патологического влечения к табаку в двух группах: у лиц с табачной зависимостью с коморбидной пограничной психической патологией (смешанное тревожное и депрессивное расстройство) и лиц только с табачной зависимостью без сопутствующей пограничной патологии. Изучается влияние патологического влечения к табаку на течение табачной зависимости в двух группах.

Ключевые слова: табак; зависимость; патологическое влечение.

Патологическое влечение (craving) – очень сильное желание принять психоактивное вещество или испытать проявления интоксикации этого вещества. Одна из точек зрения психологов состоит в том, что влечение – это динамический процесс, затрагивающий мотивационную сферу. При формировании патологического влечения происходит формирование доминирующей мотивации на основе систематического применения какого-либо биологического агента (алкоголя, наркотиков, табака и др.).

Патологическое влечение к психоактивным веществам (ПАВ) – это влечение, которое не имеет аналогов в норме и относится к психопатологическим “новообразованиям” в мотивационной сфере [1]. Являясь стержневым синдромом болезней зависимости, в определениях отечественных авторов оно занимает место симптомов “первого ранга” и патогномичного признака. Многие другие признаки и клинические проявления являются производными от этого основного расстройства [2]. По данным литературы, патологическое влечение – это наиболее важный диагностический признак, и его изучение дает возможность открывать новые методы в лечебно-профилактическом направлении.

Фундаментальным трудом по изучению патологического влечения к ПАВ было исследование В.Б. Альтшулера [3], который ввел количественную оценку патологического влечения к алкоголю, необходимую для объективного изучения этого клинического синдрома и определения эффективности терапии. Задачей было выразить качественные характеристики синдрома

патологического влечения к алкоголю количественно. Мы предлагаем рассмотреть компоненты патологического влечения к табаку, согласно оценочному глоссарию, который мы разработали касательно табачной зависимости. Каждый симптом был оценен в баллах в зависимости от его наличия и важности для лица с никотиновой зависимостью.

Материалы и методы исследования. Наше исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии. Было исследовано 232 человека. Из них 1-ю (основную) группу составили лица с никотиновой зависимостью с коморбидным смешанным тревожным и депрессивным расстройством (n=81), во 2-ю (контрольную) группу вошли лица только с никотиновой зависимостью (n=88), которые были обследованы путем случайного выбора. 3-я группа – лица со смешанным тревожным и депрессивным расстройством без никотиновой зависимости (n=63). В данной работе проводилось сравнение лиц с никотиновой зависимостью, т.е. 1-й и 2-й групп.

Использованы клинико-психопатологический и клинико-anamnestический методы. Анализ результатов исследования проводился на основе описательной статистики с использованием критериев Стьюдента, двустороннего точного критерия Фишера, программой “Экспертная система ESAG”.

Результаты исследования. В результате обследования на предмет выраженности патологического влечения к табаку было выявлено,

что идеаторный компонент у лиц контрольной группы составил в среднем 1,9 балла, в основной группе – 2 балла; аффективный компонент – расстройство настроения – 1,7 и 2 балла соответственно ($p < 0,05$), тревога – 1,8 балла в контрольной группе и 2,3 балла – в основной ($p < 0,01$), дисфория – 1,3 балла у условно здоровых лиц и 1,7 балла у лиц с пограничной патологией ($p < 0,01$), эмоциональная лабильность – 1,6 и 2 балла соответственно ($p < 0,01$); поведенческий компонент – в группе условно здоровых лиц с табачной зависимостью составил 1,8 балла и в группе никотинозависимых с пограничной патологией – 2 балла; вегетативный компонент – расстройство сна – 1,3 балла у условно здоровых лиц и 1,8 балла у пациентов с пограничной патологией ($p < 0,01$), наличие сновидений о курении – 0,6 и 1,1 балла соответственно ($p < 0,01$), изменение аппетита – 0,7 балла у страдающих только никотиновой зависимостью и 1,2 балла страдающих еще и пограничной патологией ($p < 0,01$); установка на отказ от курения – 1,3 балла у лиц контрольной группы и 1,5 балла у лиц основной

группы, критика к болезни – 0,4 и 0,42 балла соответственно.

Таким образом, при рассмотрении компонентов патологического влечения к табаку можно сделать заключение – у лиц с никотиновой зависимостью с коморбидным смешанным тревожным и депрессивным расстройством патологическое влечение (более выражено) протекает с большей интенсивностью, и никотиновая зависимость протекает тяжелее, чем у лиц с никотиновой зависимостью без сопутствующей пограничной психической патологии.

Литература

1. *Портнов А.А., Пятницкая И.Н.* Клиника алкоголизма. 2-е изд. М.: Медицина, 1973. 368 с.
2. *Завьялов В.Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука (Сибирское отделение), 1988. С. 14–22.
3. *Альтиулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю (вопросы клиники и терапии). М., 1994. 216 с.