

Некоторые аспекты клиники и динамики постабстинентного периода у больных опишной наркоманией

Абетова А.А., Мельдеханова М.Т.

Some aspects of the clinical picture and dynamics of the postwithdrawal period in opium addiction patients

Abetova A.A., Meldekhanova M.T.

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, г. Алматы, Казахстан

© Абетова А.А., Мельдеханова М.Т.

Обсуждается психопатологическое оформление постабстинентного состояния у больных опишной наркоманией. Проведен анализ патологического влечения к наркотику в зависимости от преморбидных особенностей личности, его обратная динамика.

Ключевые слова: постабстинентное состояние, опишная наркомания.

The psychopathological pattern of the postwithdrawal state in opium addiction patients is discussed. The pathological addiction to the drug in dependence of premorbid personality characteristics and the inverse dynamics are analyzed.

Key words: postwithdrawal state, opium addiction.

УДК 616.89-008.441.33-085-07-036.8

Введение

В последние годы в литературе появились сообщения о том, что после перенесенной абстиненции у потребителей опия наблюдаются психопатологические расстройства, прежде всего депрессивного характера, специфичные для этого контингента больных [2–4]. Общеизвестно, что сохранение какого-либо компонента (аффективного, вегетативного, ассоциативного, поведенческого) препятствует становлению ремиссии, обуславливая рецидив активной наркотизации, тогда как успешное купирование всех компонентов патологического влечения обеспечивает становление и стабилизацию ремиссии.

Значительную роль в формировании ремиссии наряду с внешними факторами (микросоциальное окружение, сохранность социального статуса и др.) играет преморбидная структура личности, способность адаптироваться к меняющимся условиям [1, 5]. Между тем такие аспекты наблюдаемых состояний, как хронология, типология, феноменология, течение, прогноз, в зависимости от личностных особенностей освещены недостаточно. Наличие непосредственной связи указанных факторов с

рецидивами заболевания или формированием ремиссии определяет цель настоящего исследования.

Материал и методы

В целях изучения клиники и течения постабстинентных расстройств было обследовано 110 больных в возрасте от 18 до 51 года, страдающих опишной наркоманией, прошедших курс лечения в наркологических стационарах. Помимо стандартной клинической оценки проведены экспериментально-психологическое обследование с применением опросника ММР₁ и постабстинентная курация на протяжении нескольких месяцев.

Обратная динамика психопатологических симптомов показала четкую связь с личностными особенностями больных. Все обследованные были разделены на три группы. Первую составили 56 пациентов с преобладанием возбудимых черт характера – гипертимных, эксплозив-

ных, истерических и неустойчивых характерологических черт. Вторая группа была сформирована из 24 больных с тормозимыми чертами характера — астеническими, шизоидными и психастеническими. Третья группа состояла из 30 лиц с синтонными чертами характера.

Демаркационной линией между собственно абстиненцией и постабстинентным периодом служили снижение и исчезновение признаков острого абстинентного периода. Различия обнаружены уже в период купирования острого абстинентного синдрома и наступления постабстиненции.

Результаты и обсуждение

Результаты обследования показали, что наиболее благоприятной является 3-я группа, а менее благоприятной — 1-я группа. Так, у больных 1-й группы острый период абстиненции составлял от 12 до 14 сут. После купирования острых симптомов отнятия наркотика сохранялись признаки алгического и вегетативного компонентов патологического влечения, интенсивность его оказалась достаточно высокой, вплоть до компульсивного влечения к наркотику. Аффективный и поведенческий компоненты патологического влечения характеризовались деятельностью, направленной на продолжение наркотизации с дисфорическим фоном настроения и стремлением заполучить наркотик или замещать его каким-либо другим психоактивным веществом. Долгим и упорным оказывался агрипнический симптом.

У обследованных 3-й группы к 7—9-м сут от момента последнего употребления наркотиков практически полностью купировались алгический и вегетативный компоненты патологического влечения, стабилизировался сон, значительно снижалась интенсивность аффективного и поведенческого компонента патологического влечения. В целом больные жаловались на ощущение скуки без признаков подавленности настроения, поведение указывало на формирование установки на прекращение наркотизации, выявлялось активное создание мотивов на воздержание от употребления наркотиков.

Во 2-й группе имели место средние показатели, по некоторым параметрам приближаясь к

данным 1-й группы, по другим — 3-й группы больных. Так, абстинентный период длился от 7 до 12 дней, сон оставался неудовлетворительным. Вегетативный компонент влечения характеризовался периодическими болями во внутренних органах, потливостью, сердцебиением. Аффективный компонент патологического влечения характеризовался депрессивным синдромом с адинамией, тоской, отсутствием интересов. Именно у больных этой группы обнаруживалась ипохондрическая симптоматика с фиксацией мыслей на состоянии здоровья, хотя явных признаков алгии не диагностировалось. Поведение было направлено на воздержание от употребления наркотиков, избегали разговоров о наркотиках, тем не менее некоторые больные в силу зависимого поведения оказывались под влиянием безустановочных больных.

Таким образом, проведенный анализ показал специфичность клинических проявлений и четко очерченную временную структуру наблюдаемых после абстиненции состояний, что дало возможность интерпретировать их наряду с опьянением, абстиненцией, ремиссией и рецидивом в качестве самостоятельного патологического синдрома, интегрирующего все феномены, наблюдаемые при наркоманиях. На основании исследования выделены депрессивно-дисфорический, астенодепрессивный и гипертимно-дисфорический типы постабстинентных состояний у больных опийной наркоманией.

Депрессивно-дисфорический тип характеризовался тоскливой злобностью, угрюмой раздражительностью, склонностью к вспышкам гнева, агрессивностью и аутоагрессивностью на фоне мрачного подавления настроения. Для астенодепрессивного типа были характерны ассоциативная заторможенность, непродуктивность контакта с врачом, перемежающаяся с астенодинамическими проявлениями. Гипертимно-дисфорический тип выражался легковесностью принятия решений, повышением самооценки, возникновением не соответствующих состоянию желаний и притязаний, а также дисфорическими ответными реакциями при ситуациях непринятия его позиции со стороны окружающих.

В структуре аффективных расстройств у обследованных депрессивно-дисфорический тип оказался наиболее часто встречающимся видом (всего 68 больных) постабстинентных состояний у больных 1-й группы. Астенодепрессивные состояния наиболее ярко проявлялись у обследованных 2-й группы (всего 26 пациентов). Гиперимно-дисфорический тип (всего 16 больных) оказался наиболее характерным для 3-й группы.

Интенсивность патологического влечения также зависела от преморбидных типологических особенностей характера. У пациентов 1-й группы компульсивное влечение было грубым и вязким, плохо поддающимся медикаментозной коррекции. Длительно сохраняющаяся симптоматика абстиненции сменялась коротким (от 2 до 8 дней) светлым промежутком, во время которого аффективное состояние несколько выравнивалось, больные становились апатичными, безынициативными, отрицали влечение к наркотикам. С 20–22-х сут отнятия опиатов вновь наблюдалось обострение симптоматики с появлением компульсивного влечения. В идеаторной сфере преобладали овладевающие представления о наркотиках. Больные замыкались в переживаниях, формально отрицали влечение к препаратам опия. На фоне депрессивного аффекта с тревожной окраской периодически возникали дисфорические эпизоды, которые могут быть расценены как пароксизмы импульсивного влечения.

В пароксизмальных состояниях в одних случаях превалировал дисфорический компонент с немотивированной злобой, криком и агрессивными тенденциями в отношении к окружающим, в других — депрессивный компонент по типу *raptus melancholicus* с чувством крайнего отчаяния; пациенты металась, стонали, пытались унять нестерпимую тягу к наркотику.

На начальных этапах развития эксплозивной реакции больные пытались доказать окружающим, что им под любым предлогом необходимо покинуть помещение, где они находились, приводились самые разнообразные, часто нелепые доводы. При сформированном пароксизмальном состоянии эти причины отменялись и замещались неутолимимым наркотическим голодом. Со-

знание было аффективно суженным, и состояние в апогее вспышки клишировано напоминало импульсивное влечение в абстиненции.

Длительность пароксизмов составляла от 3 до 9 ч, после чего, если желание не реализовывалось, интенсивность возбудимой симптоматики шла на убыль.

В течение 2–3 сут больные много спали, были вялы, апатичны, несколько депримируются. Максимальное число аналогичных эпизодов приходилось на период с 24–26-х по 28–62-е сут от момента отнятия наркотика. Сходство этих состояний с эквивалентами припадков при органическом поражении головного мозга свидетельствует о более тяжелом поражении центральной нервной системы в данной группе пациентов.

Редукция депрессивной симптоматики и эксплозивных реакций наступала к 52–62-м сут от момента отнятия наркотика. К этому времени настроение больных выравнивалось, они становились оживленными, уравновешенными, но сохранялась чувствительность к психотравмирующим агентам, прежде всего к вторично подкрепляющим эффектам наркотиков (встреча друга-наркомана, просмотр телепередачи и т.д.). Любая ситуация, способная вызвать психический дискомфорт, могла актуализировать депрессивно-дисфорическую симптоматику и компульсивное влечение, у больных этого типа нередко наблюдались аутохтонные сдвиги настроения по депрессивному типу. Катamnестическое исследование показало, что этот тип прогностически неблагоприятен; течение болезни в группе развивалось по двум направлениям: или формировалось неопиоидное аддиктивное поведение, прежде всего выход в алкоголизацию с быстрым формированием симптомов алкоголизма (4 больных), или возобновлялась опиоидная наркотизация (37 пациентов).

При астенодепрессивном типе с 14–16-х сут отнятия наркотика больные становились несколько активнее, более контактными, в картине состояния сосуществовали явления легкой возбудимости и быстрой утомляемости, истощаемости внимания и обостренной впечатлительности. Субъективному чувству постоянной усталости, особенно выраженному после пробуждения, со-

путствовали общее снижение тонуса, угнетенность, пессимистическая оценка своего состояния и обстоятельств жизни. Изменение психического состояния больных наступало с 20–24-х сут лишения наркотика.

Актуализация позитивных воспоминаний опийного опьянения, накладываясь на астенодепрессивный эмоциональный фон, формировала качественно новое аффективное состояние, при котором наблюдались печаль, сентиментальность, тихая грусть. Сновидения также были связаны с наркотизацией, однако не прямо, а косвенно — снились «друзья», с которыми «кололись», места, где обычно принимали наркотики. Отчетливое усиление астенодепрессивной симптоматики по гиперстеническому типу наблюдалось с 26–28-х сут лечения. На фоне этих нарушений появлялась головная боль, имеющая классическую неврастеническую окраску. Больные становились не способны к эмоциональному, интеллектуальному и физическому напряжению, усиливались аффективная лабильность, сенситивность, склонность к неадекватному реагированию на всевозможные психотравмирующие воздействия.

Развитие влечения при этом варианте постабстинентных состояний характеризовалось наиболее отчетливой цикличностью. Чаще с утра в течение 6–12 ч на фоне выраженной гипотимии возникало и быстро охватывало всю эмоциональную сферу компульсивное влечение к наркотику. Пациенты плакали, метались, совершали вольерные движения, просили наркотики, а получив отказ, давали экстрапунитивные реакции, угрожали самоубийством, но истинной суицидальной активности не проявляли. В отличие от депрессивно-дисфорического типа аффективные реакции характеризовались неустойчивостью, истощаемостью, переключаемостью, действия совершались в состоянии ясного сознания. Отсутствовали критичность и сознание болезни, отмечалось крайне негативное отношение к лечению.

Таким образом, в этих случаях наблюдалось истинное компульсивное влечение, апогей которого достигался в среднем через $(3,96 \pm 0,56)$ сут от момента появления первых признаков актуализации. Длительность периода

максимальной интенсивности описанной симптоматики составила $(1,34 \pm 0,38)$ сут, после чего наблюдалось обратное развитие психопатологической симптоматики: вначале дезактуализировалось компульсивное влечение, затем литически снижалась интенсивность астенодепрессивных расстройств. При этом типе все наблюдаемые психопатологические расстройства держались в рамках астенодепрессивного синдрома и флюктуировали с гипостенического состояния через раздражительную слабость к гиперстении.

Астенодепрессивный тип — наиболее благоприятный при достаточном уровне социальной адаптации, заинтересованности ближайшего окружения, своевременной адекватной лечебной коррекции. Стойкие ремиссии сформировались у 7 человек, остальные возобновили наркотизацию.

Гипертимно-дисфорический тип характеризовался превалированием психопатологических расстройств гипоманиакального характера. С 20–24-х сут наблюдалась аффективная лабильность, которая трансформировалась в дисфорические эпизоды тревожно-гипотимического настроения. Эксплозивные реакции сопровождались обострением патологического влечения, однако здесь оно было не импульсивным и возникало не по пароксизмальному типу, а скорее по компульсивному, со специфической маниакальной окраской, на фоне которого все больные этого типа возобновили потребление наркотиков.

При анализе вышеизложенных данных обращает на себя внимание характерная особенность — первые признаки обострения депрессивной симптоматики независимо от типа постабстинентных состояний приходятся на период с 18-х по 22-е сут от момента отнятия наркотика, затем в течение 3–7 сут усиливается аффективная лабильность, появляются наркоманические сновидения, нарастает патологическое влечение. Указанные феномены достигают апогея к 28–32-м сут и максимально выражены в течение 10–16 сут, а затем литически снижаются.

Заключение

Течение и прогноз наркомании определяются преобладающей клинической картиной и длительностью аффективных расстройств, а также интенсивностью патологического влечения, что специфицирует проявления постабстинентных состояний. Выявленные особенности клиники и динамики патологического влечения должны учитываться при разработке стратегии терапии данного контингента зависимостей.

Литература

1. Черепкова Е.В. Превалирующие личностные особенности у лиц употребляющих наркотические вещества // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2009. №. С. 31–35.
2. Carpenter K.M., Brooks A.C., Vosburg S.K., Nunes E.V. The effect of sertraline and environmental context on treating depression and illicit substance use among methadone maintained opiate dependent patients: a controlled clinical trial // Drug Alcohol Depend. 2004. V. 74. № 2. P. 123–134.
3. Maddux J.F., Desmond D.P., Costello R. Depression in opioid users varies with substance use status // Am. J. Drug Alcohol Abuse. 1987. V. 13. № 4. P. 375–385.
4. Nunes E.V., Quitkin F.M., Donovan S.J. et al. Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorders. A placebo-controlled trial // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. V. 55. № 2. P. 153–160.
5. Raby W.N., Carpenter K.M., Aharonovich E. et al. Temperament characteristics, as assessed by the tridimensional personality questionnaire, moderate the response to sertraline in depressed opiate-dependent methadone patients // Drug Alcohol Depend. 2006. V. 81. № 3. P. 283–292.

Поступила в редакцию 29.05.2009 г.

Утверждена к печати 17.06.2009 г.

Сведения об авторах

- А.А. Абетова** – ст. науч. сотрудник научного отдела суицидологии и эпидемиологии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы, Казахстан).
- М.Т. Мельдеханова** – мл. науч. сотрудник научного отдела психотерапии и медицинской психологии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы, Казахстан).

Для корреспонденции

Мельдеханова М.Т., тел.: 8-727-261-0368, 8-777-353-2200, 8-727-295-5544, e-mail: almaterra@br.ru