

О.Б. Беседина, А.А. Корнилов

Медицинское управление ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПСЕВДОАБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Обсуждается вопрос возникновения псевдоабстинентного синдрома у 60 мужчин, больных алкоголизмом и находящихся в пенитенциарном учреждении от 6 месяцев до 3-х лет. В зависимости от сроков вынужденного воздержания от алкоголя, отмечается определенная разница в проявлении псевдоабстинентного синдрома.

Ключевые слова: псевдоабстинентный синдром, вынужденное воздержание от алкоголя, пенитенциарные учреждения.

The article presents the discussion of a question dealing with the occurrence of pseudo-abstinent syndrome at 60 men with alcohol addiction, staying in correctional institution from 6 month to 3 years. The certain difference in manifesting the pseudo abstinent syndrome depends on terms of compelled abstention from alcohol.

Key words: pseudo-abstinent syndrome, the compelled abstention from alcohol, correctional institutions.

Проблеме ремиссий при алкоголизме посвящено большое число работ. При этом во многих работах подчеркивается неустойчивость и непродолжительность ремиссий. В частности, И.Н. Пятницкая (1988) отмечает, что ремиссии продолжительностью более 1 года выявляются лишь у 15-20 % больных. Длительные (свыше 3-5 лет) ремиссии имеют место в 1-4 % случаев [1, 2]. Большинство терапевтических ремиссий редко превышает 3-6 месяцев. Как известно, стойкость и качество ремиссии зависят от многих причин: стадии и характера течения заболевания, преморбида больных, микросоциальных условий, влияния дополнительных экзогенных и эндогенных факторов, возраста, характера абстинентного синдрома, регулярности поддерживающей терапии, тяжести сопутствующей соматоневрологической патологии [3, 4, 5].

Клиническая картина терапевтических ремиссий во второй стадии алкоголизма складывается из астенических расстройств, депрессивных нарушений, ночных сновидений с алкогольной тематикой, псевдоабстинентных явлений. Эти и другие нарушения способствуют обострению патологического влечения к алкоголю и возникновению рецидивов заболевания. То есть, ремиссия, начиная со второй стадии заболевания, — лишь форма проявления болезни в отсутствие интоксикации [6].

Среди клинических критериев ремиссии важная роль принадлежит псевдоабстинентному синдрому, описанному И.Н. Пятницкой (1960). По данным Г.М. Энтина (1979), подобные состояния возникают во время ремиссии у 25 % больных. Генез этих проявлений — декомпенсация физической зависимости. Провоцирующими моментами для возникновения псевдоабстинентных состояний могут быть переутомление, приводящие заболевания, психотравмы. Псевдоабстинентный синдром без врачебного вмешательства влечет рецидив [7]. В 32 % случаев Я.К. Авербах (1964) видел причину рецидива алкоголизма в проявлениях физической зависимости.

В доступной литературе мы не обнаружили специальных работ, посвященных изучению псевдоабстинентных состояний у зависимых от алкоголя в условиях пенитенциарных учреждений, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования — оценить особенности псевдоабстинентного синдрома у больных алкоголизмом, находящихся в условиях вынужденного воздержания в пенитенциарном учреждении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа основана на клинико-психопатологическом обследовании 60 мужчин, больных алкоголиз-

мом второй стадии, в возрасте 25-48 лет, имеющих в анамнезе более или менее регулярное употребление «чифира» в период вынужденного воздержания от приема алкоголя длительностью от 6 месяцев до 3-х лет. С целью проведения сравнительного анализа пациенты были разделены на две группы по 30 человек, в зависимости от сроков ремиссии: 6 месяцев — 1,5 года и 1,5-3 года.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Попадая в места лишения свободы, значительно ограничивающие возможность употребления алкоголя, больные ищут любой вариант замены алкоголя для купирования абстинентной симптоматики. Кроме того, психотравмирующая ситуация (арест, следствие, суд, социальная и сексуальная депривация) еще больше усугубляет течение абстинентного синдрома.

Известно, что в пенитенциарных учреждениях особое место занимает употребление крепкого отвара чая — «чифира». «Чифир» является самым доступным и распространенным психоактивным веществом в условиях пенитенциарных учреждений. Как и алкоголь, чай используется в одних случаях как стимулятор, в других, наоборот, как седативное средство, и так же способствует изменению сознания и поведения людей. В ситуации социальной изоляции, депривации, воздействия массы психотравмирующих факторов, практически полного отсутствия алкоголя совместное употребление «чифира» способствует купированию депривации, установлению психологического комфорта. «Чифир» выступает в роли своеобразного адаптогена, благодаря своему свойству изменять психическую деятельность: повышает настроение, вызывает эйфорию с самоуверенностью и переоценкой своих возможностей, способствует повышению работоспособности. Находясь в местах лишения свободы, практически все осужденные эпизодически употребляют «чифир». Систематическое злоупотребление выявлено у 70-80 % осужденных [8].

Наиболее пристального внимания заслуживает употребление «чифира» осужденными с алкогольной зависимостью. Установлено [8], что в данных условиях именно концентрированный отвар чая заменяет прием алкоголя у лиц, страдающих алкоголизмом. Это свидетельствует о наличии психопатологических (и, в частности, мотивационных) нарушений и имеет значение для формирования ремиссии и прогноза болезни в целом.

В процессе клинических наблюдений мы обнаружили у наших больных признаки, характерные для псевдоабстинентного синдрома. Кроме того, нам удалось выяснить частоту возникновения псевдоабстинентных состояний, проследить их динамику и установить связь с употреблением «чифира».

В первой группе обследованных нами лиц у всех пациентов наблюдались эпизодические состояния,

напоминающие абстинентный синдром: нарушение сна (многократные пробуждения среди ночи, ранние пробуждения с невозможностью в дальнейшем заснуть); в сновидениях у больных постоянно фигурировал прием спиртного; после пробуждения у больных были слабость, головная боль, потливость, тахикардия, тремор, тревожное настроение, беспокойство и компульсивное влечение к алкоголю, на остроту которого указывали сами пациенты. Но только в половине случаев пациенты осознавали и открыто говорили о пробудившемся влечении к спиртному («было бы спиртное, обязательно бы выпил»). Другая часть осужденных либо не осознавали, либо скрывали это.

Об обострении влечения к алкоголю можно было судить по таким признакам, как улучшение настроения при разговоре об алкоголе, заметное оживление, покраснение лица, блеск глаз, гиперсаливация, совершение глотательных движений при обсуждении алкогольных тем. У лиц с длительностью воздержания от 6 мес. до 1 года псевдоабстинентные явления возникали в 1,5-2 раза чаще, чем у тех, кто воздерживается от 1 года до 1,5 лет. Это связано с тем, что адаптация к условиям жизни, исключающим алкоголь (вопреки желанию осужденных к лишению свободы людей), накладывается на воздействие типовых психотравмирующих ситуаций и на адаптацию к новым неблагоприятным социальным условиям. Данный процесс у большинства осужденных продолжается в течение года.

Наблюдение 1. М-в Н.И., 47 лет. Находится на лечении с диагнозом: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с алкоголизмом, вторая стадия зависимости. Период вынужденного воздержания составляет более 6 месяцев.

В первые 1,5 месяца воздержания больной продолжал испытывать влечение к алкоголю. Он был крайне взрывчат, раздражителен. Постепенно его состояние нормализовалось, и самочувствие стало лучше. На 3-м месяце воздержания появилось «спокойное» отношение к алкоголю; он перестал конфликтовать с другими осужденными, с администрацией. М-в (по его просьбе) был переведен на работу в промзону, где хорошо справлялся со своими обязанностями газосварщика. «Чифир» употреблял изредка, «за компанию». На 5-м месяце вынужденного воздержания от алкоголя больной ночью увидел сон, в котором он сидел за накрытым столом и выпивал, и во сне пережил состояние алкогольного опьянения. На высоте положительно окрашенных эмоциональных переживаний он проснулся. При пробуждении во рту чувствовал неприятный привкус и тошноту, постельное белье было влажным от пота, все тело болело, в области сердца появились щемящие боли, «сердце бешено колотилось». Отмечался общий тремор, разбитость, слабость, беспокойство и тревожное настроение. Такого рода состояния возникали еще 4 раза, причем во всех

случаях больной указывает на острое влечение к алкоголю.

Чтобы уменьшить тревогу и беспокойство, подавить влечение к алкоголю, осужденный прибегал к приему «цифира». Однако, со слов больного, он им не злоупотреблял (1-3 глотка 1 раз в день), так как большие дозы «цифира» могли усилить тахикардию, вызвать повышение артериального давления и, тем самым, ухудшить физическое самочувствие. В период появления псевдоабстинентных явлений осужденный обращался к врачу. Учитывая жалобы на боли в области сердца, сердцебиение, головную боль, исходя из результатов объективного обследования, пациенту назначалось лечение успокаивающими, сердечными препаратами, анальгетиками. На фоне проводимой терапии самочувствие его через 1-2 дня значительно улучшалось, и М-в самовольно прекращал назначенное лечение.

Следует отметить, что за несколько дней до возникновения псевдоабстинентных состояний осужденный подвергался действию психотравмирующих факторов (ссора с бригадиром, неприятное известие из дома).

Во второй группе только у 10 человек (период воздержания от 1,5 до 2-х лет) были выявлены псевдоабстинентные проявления. Однако клиника синдрома отличалась от той, что наблюдалась в первой группе. На первый план выступали психические признаки абстиненции. У одних пациентов раздражительность и неустойчивость настроения переходила в эксплозивность, озлобленность с дисфорическими вспышками, непродолжительными по времени и быстро истощавшимися. У других пациентов наблюдались настороженность, беспричинные опасения, озабоченность, пугливость. Большинство больных заявляли о появлении острого желания выпить. Вегето-сосудистая лабильность, неврологические нарушения были выражены незначительно. Если в первой группе псевдоабстинентные явления имели связь с психотравмой и возникали в ночное время, после пробуждения ото сна, в котором пациент «употреблял спиртное», то во второй группе псевдоабстинентные явления чаще имели связь с переутомлением и появлялись внезапно, ближе к вечеру.

В период появления псевдоабстинентных состояний наблюдаемые осужденные регулярно употребляли «цифир». Установлено, что когда в соматическом и психическом состоянии пациентов все было благополучно, они переходили на эпизодическое употребление «цифира» или временно прекращали его прием. Кроме того, мы выяснили, что лица с преобладанием в структуре псевдоабстинентного синдрома соматовегетативных расстройств (первая группа) реже употребляли «цифир». Для снятия псевдоабстинентных явлений они пытались прибегнуть к употреблению анальгетиков, сердечных средств, транквилизаторов, снотворных и седативных препаратов. Такие люди требовали от врача назначения этих препаратов, мотивируя необходи-

мость приема наличием соматического заболевания. У них наблюдалось соматогенное фантазирование на тему различных болезней. Ухудшение самочувствия они не связывали со злоупотреблением алкоголем в прошлом. Даже заявляя о желании выпить, они не признавали у себя наличия алкоголизма, как болезни. Может быть, частичная критика.

У 10 пациентов второй группы употребление «цифира» повышало настроение, работоспособность, способствовало появлению уверенности, спокойствия. К приему других субстанций для изменения своего состояния они не прибегали.

Наблюдение 2. А-н К.Б., 45 лет. Находится на обязательном лечении с диагнозом: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с алкоголизмом, вторая стадия зависимости. Период вынужденного воздержания — более 1,5 лет. Работает в промзоне, занимается тяжелым физическим трудом; жалуется на частые переутомления, ощущение выраженной усталости к вечеру.

После 1,5 лет воздержания, псевдоабстинентные состояния возникали у осужденного дважды. Причем, на первый план выступали настороженность, беспричинные опасения, озабоченность, пугливость. Соматовегетативная симптоматика выражена незначительно. О появившемся в это время острым желанием выпить больной не сообщал. Было желание «расслабиться, снять напряжение». Учащение приема «цифира» (до нескольких раз в сутки), увеличение дозировок отчетливо было связано с ухудшением эмоционального состояния. «Цифир» вызывал эйфорию, улучшал настроение, устранял тревогу и беспокойство. В медчасть осужденный не обращался, так как самостоятельно купировал возникающие псевдоабстинентные явления.

После двух лет вынужденного воздержания от алкоголя, состояний, похожих на абстинентный синдром, нами не обнаружено. Однако осужденный эпизодически употребляет «цифир». В этом случае «цифир» употребляется не для снятия абстинентных явлений, связанных с алкоголизмом, а «за компанию».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при длительности вынужденного воздержания от 6 месяцев до 1,5 лет у всех пациентов периодически возникают псевдоабстинентные явления. Частота возникновения этих состояний падает по мере увеличения длительности воздержания от алкоголя. Это объясняется уменьшением психотравмирующих влияний по мере формирования адаптационных механизмов. Псевдоабстинентные явления сохраняются до двух лет вынужденного воздержания от приема алкоголя. Регулярность употребления концентрированного отвара чая может служить своеобразным маркером появления псевдоабстинентного синдрома. Кроме того,

прием «чифира» и иных субстанций свидетельствует о сохранении «алкогольного сценария», и о том, что конструктивной переориентации личности в «ремиссии» нет. Такие пациенты находятся в состоянии постоянной готовности к рецидиву. «Ремиссия» у них «неспокойна» и неустойчива.

Возможно, в пенитенциарных условиях употребление «чифира» имеет и некоторые положительные значения. При личностных расстройствах у «наших людей» (чаще возбуждимого типа) с их криминальным анамнезом (агрессивность, насильственные действия) прием «чифира» способствует уменьшению напряженности влечения к алкоголю, что, в определенной степени, сглаживает психопатоподобное поведение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иванец, Н.Н. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма /Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин, Н.В. Иванова //Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1977. – № 2. – С. 237-241.
2. Стрельчук, И.В. Вопросы социальной и клинической психоневрологии /И.В. Стрельчук. – М., 1973. – Т. 2. – С. 3-8.
3. Гофман, А.Г. Клиническая наркология /А.Г. Гофман. – М., 2003.
4. Ибатов, А.Н. Клинические варианты нервно-психических расстройств в ремиссиях при хроническом алкоголизме /А.Н. Ибатов, А.А. Бажин //Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1992. – Т. 92, Вып. 2. – С. 91-93.
5. Иванов, В.Г. К вопросу становления длительных ремиссий при алкоголизме /В.Г. Иванов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1995. – 24 с.
6. Портнов, А.А. Клиника алкоголизма /А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Л., 1973.
7. Стрелец, Н.В. Псевдоабстинентный синдром при различных формах зависимости: клиника и лечение /Н.В. Стрелец, С.И. Уткин, Е.Ю. Григорьева //Вопр. наркол. – 2000. – № 1. – С. 30-39.
8. Гусев, С.И. Клинические и социальные аспекты теизма в условиях пенитенциарных учреждений /С.И. Гусев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. – 24 с.

II Всероссийская научно-практическая конференция "ИНТЕНСИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ", г. Ленинск-Кузнецкий, 7-8 октября 2004

НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ

- Организация специализированной медицинской помощи
- Новые технологии в интенсивной терапии
- Сепсис. Системная воспалительная реакция
- Травма и интенсивная медицинская помощь
- Инфекция в хирургической клинике
- Интенсивная медицинская помощь в хирургии
- Интенсивная медицинская помощь в клинике внутренних болезней
- Интенсивная медицинская помощь в педиатрии и неонатологии
- Клиническая патофизиология

ФОРМЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ: пленарный доклад, секционный доклад, стендовый доклад, публикация.

ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ВЫСТАВКИ

- Новые лекарственные средства и технологии в клинической медицине;
- Медицинская техника и оборудование.

АУДИОВИЗУАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА : оверхед, слайдоскоп, мультимедийный видеопроектор.

Тезисы принимаем до 1 июня 2003 г. в напечатанном виде (2 экземпляра) и в электронном виде (на дискете 3,5" или электронной почтой).

Правила оформления тезисов

Весь текст должен быть набран на 2-х страницах:

- шрифт Times New Roman Cyr (размер 14 пт),
- межстрочный интервал - полуторный.

Фамилия И.О.

НАЗВАНИЕ

Название учреждения, город, страна.