

ОБРАЗ ЖИЗНИ. ЭКОЛОГИЯ

© МИХАЙЛОВ М.А. — 2012
УДК 616.89-008.441.13

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ НАРКОМАНИИ

Михаил Альбертович Михайлов

(Московский НПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы, директор — д.м.н., проф. Е.А. Брюн)

Резюме. Патологическое влечение к наркотику рассматривается с позиции структурно-динамического подхода в терминах традиционной психопатологии. Показано, что 1-м этапом патологического влечения являются расстройства общего чувства, обусловленными, очевидно, нарастающим нейротрансмиссивным дисбалансом. В результате этого на 2-м этапе «запускается» аффективная патология, которая, в свою очередь, инициирует возникновение идеаторных расстройств. Кардинально дезорганизуется мышление, в предельном случае приближаясь к бредовому уровню психотического расстройства. Идеаторные расстройства служат базой поведенческих паттернов, в конечном счете обеспечивающих неминуемую наркотизацию.

Ключевые слова: наркомания, патологическое влечение, психопатология.

PSYCHOPATHOLOGY OF THE PATHOLOGICAL ATTRACTION AT DRUG ADDICTION CLINIC

M.A. Mikhaylov

(Moscow Research and Practical Center of Addiction)

Summary. Pathological attraction to drug is considered in terms of structural-dynamic approach and traditional psychopathology. It has been shown that the first stage of the pathological attraction is the common sense disorder arising from, obviously, the cumulative neurotransmitter imbalance. As a result, at the second stage of the “start” of affective pathology the occurrence of ideational disorders starts up. Thinking processes will be disorganized tragically, in the extreme case of approaching delusional level of psychotic disorders. Ideational disorders are the basis of behavioral patterns, ultimately providing an imminent narcotization.

Key words: drug addiction, pathological attraction, psychopathology.

Осевым синдромом всех заболеваний зависимости, по существу, определяющим суть данного класса заболеваний, является синдром патологического влечения к психоактивным веществам (ПВ). Интенсивное стремление к употреблению психоактивного вещества вопреки здравому смыслу и логике охватывает бессознательную и сознательную деятельность индивидуума, несмотря на опасность для жизни и отчетливый ущерб его социальным функциям и здоровью. Трактовка патологического влечения включает широкий диапазон понимания этого явления от патологии мотиваций или потребностей до нейрофизиологического дисбаланса в определенных зонах мозга [6, 10, 17, 18, 21, 23]. В отечественной наркологии психопатологическое содержание ПВ рассматривается в качестве «сверхценного образования», «паранойального расстройства» [1, 2], «обсессивно-компульсивного расстройства» [16], «сверхценной структуры доминантного типа» [12], «сверхценной синдромальной структуры» [19]. При этом, одни авторы подчеркивают то обстоятельство, что суждения больных в пользу потребления психоактивных веществ (ПАВ) являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного», то есть по сути приводятся характеристики бреда, однако, предпочтение все же отдается термину «паранойальноподобная симптоматика» [2]; другие прямо квалифицируют расстройства мышления при патологическом влечении как паранойальный бред [8]. Есть основания считать, что в предельном случае патологическое влечение в своем развитии действительно доходит до психотического уровня поражения психики, что приводит больных к нелепым поступкам и полной социально-психической дезадаптации. Это проявляется не только в его психопатологической структуре, но и в динамике развития психопатологических расстройств [13].

Цель работы: описать клиническую этапность формирования патологического влечения с выделением ба-

зисных психопатологических расстройств и последовательности их возникновения.

Материалы и методы

В исследование включены 215 женщин, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы в 2008-2010г. Средний возраст исследуемых — 26,6 лет. Из всех больных 169 (67%) — составили пациентки, страдающие опийной наркоманией (героин, метадон, буторфанол, золдиар, терпинкод); 13 (6%) — злоупотребляли психостимуляторами (кокаин, «первитин», метамфетамин); 11 (5%) — ставился диагноз токсикомании (злоупотребление тианептином); 22 (10,2%) — страдали полинаркоманией (употребление каннабиоидов в сочетании с вышеперечисленными наркотиками). Ряд больных из этой группы сочетали опиаты и психостимуляторы, другие эпизодически пользовались ЛСД и галлюциногенными грибами; все регулярно употребляли анашу как «базовый» наркотик (анаша активно использовалась викарно при невозможности достать препараты других групп). Из всех обследованных 38 (17,7%) человек имели неполное среднее образование, 48 (22,3%) — среднее; 90 (41,9%) — среднее профессиональное, 14 (6,5%) — незаконченное высшее, 23 (10,7%) — высшее. Следовательно, 59% обследованных были вполне подготовлены к профессиональной деятельности: на момент обследования работали только 11 (5,1%) человек, как правило, не по специальности, предпочитая работу в сфере сервиса (продавщицы, официантки, парикмахерши, маникюрши). Пособие по безработице получала 1 больная (0,5%), 10 (4,7%) — находились на иждивении у родственников, 1 (0,5%) — жила за счет пенсии по инвалидности. Подавляющее большинство пациентов — 192 (89,3%) человека жили за счет нетрудовых доходов (проституция, сдача квартиры, торговля наркотиками и другая криминальная деятельность). Имели судимость 39 (18,1%) пациенток, причем почти треть

(28,2%) — была судима неоднократно. Большая часть была официально замужем или состояла в гражданском браке; 49,8% (107 человек) имели детей (39% по 1 ребенку; 9,3% по двое; 1,4% по трое детей). Характерно, что мужья или сожители пациентов в основном были наркоманами или алкоголиками. Лишь в 32,1% случаев, мужчины, с которыми они сожительствовали на момент обследования, заболеваниями зависимости не страдали. Приобретение обследованной группы больных к наркотикам в основном происходило с помощью мужчин-наркоманов. Длительность заболевания в среднем составляла 6,8 лет с частотой стационарного лечения от 1 до 4 раз, значительно реже (7,9%) больные госпитализировались 2-3 раза в год. Длительность спонтанных или лечебных ремиссии колебалась в пределах от 3 месяцев до 1, 3 лет. Более длительные ремиссии от 1,5 лет и выше всегда были связаны только с вынужденной изоляцией больных в местах лишения свободы.

Настоящее исследование проводилось в постабстинентном периоде, начиная с 8-9 по 28 день пребывания в наркологическом стационаре. Больные в период обследования получали терапию, предусмотренную стандартами диагностики и лечения наркологических больных в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 12.03.2003 г. №114. Больные с сочетанной психической патологией в материал исследования не включались. Все обследуемые подписывали добровольное информированное согласие с общим планом обследования, лечения и участия в исследовании, а также согласие на обработку персональных данных подопечного, передачу его персональных данных третьей стороне и получение его персональных данных у третьей стороны. Протокол исследования был одобрен и одобрен этическим комитетом Московского НПЦ наркологии. Основным методом, используемым в работе, был клинико-психопатологический с тщательным структурно-динамическим анализом. Анализ данных проводился методами описательной статистики с выделением групп больных по выраженности психопатологических симптомов (процентные показатели).

Результаты и обсуждение

В.А. Гиляровский нарушениям протопатической чувствительности придавал значение фундамента, на котором развивается любое расстройство психотического уровня. Автор подчеркивал, что такое нарушение чувствительности не специфическое, а общее для самых разных психозов [11]. Аналогичных взглядов придерживались и другие исследователи [7, 10]. Патологические соматические ощущения, выделенные В.А. Гиляровским, в качестве расстройства общего чувства при актуализации влечения к наркотику на материале настоящих наблюдений проявлялись в первую очередь в ощущениях типа — внезапно «пропадает мышечный тонус», возникает «как бы мгновенная слабость во всем теле», «то ли озноб, то ли какая-то липкость в теле»; в их характеристике больные прибегали к определениям «что-то внутри изменилось», упоминали о том, что с их телесными ощущениями, безусловно, происходит что-то необычное — «то с венами что-то происходит, то с кожей, иногда просто изнутри что-то непонятное»; либо возникает зуд в разных частях тела, «то появляется, то исчезает. ... одежда мешает, трет, раздражает, появляется гудение во всей спине и в голених, икры то напрягаются, то стягиваются», «физически горят, вылезают наружу вены». По мере нарастания симптоматики возникали и более вычурные ощущения типа «внутреннего зуда и наэлектризованности в ногах», «пронизывания мышц или костей энергией или электричеством», «искрения в костях», «высверливания в голове и суставах», «ощущение шероховатости суставных поверхностей» или «жидкости внутри головы», «отделения кожи от тела», «щекотания в позвоночнике или кишечнике», «пульсация, пощипывание и распираание» в области

гениталий, необычные трудно передаваемые телесные ощущения «как бы сжатия или перекручивания», «щекотания внутри желудка» или головы.

На высоте патологического влечения больным была свойственна эмоциональная лабильность: легко возникала слезливость по любому поводу («не знаю, что со мной происходит, плачу и все»), больные были повышено ранимы, обидчивы, раздражительны («как комок нервов», «будто без кожи»). Личности с эпилептоидными чертами в преморбиде становились особенно сварливыми, конфликтными, придирчивыми, вступали в ссоры с соседями по палате и персоналом («раздражает все, телевизор, собственный макияж, одни и те же разговоры в палате»). Подавляющее большинство (93,9%) на стадии аффективных расстройств испытывало необъяснимое чувство беспокойства, возникала неусидчивость, немотивированная «внутренняя тревога», необъяснимые предчувствия. При этом больные назойливо требовали разрешения срочно позвонить по телефону родным или знакомым, т.к. «неожиданно вспоминали», что-то якобы очень важное. Нарастала соматопсихическая деперсонализация, больные констатировали — «не только с настроением что-то происходит, но и тело чувствуешь как-то по другому», «все какое-то ватное внутри, словно в одеяле», «тело как будто отдельно от головы», собственный голос воспринимается «тусклым», «глуховатым». Дерезализация на материале настоящих наблюдений проявлялась в ощущении ухудшения контакта с окружающим («все окружающее как будто тебя по настоящему не касается», «как видеоклип про себя»); изменяется восприятие цвета и контрастности окружающего («все вижу как через стекло», «цвета предметов тусклые»). Преобладают проявления тревожно-тоскливого аффекта; реже выявлялся тревожно-апатический и тревожно-дисфорический оттенок настроения. В ряде случаев аффект оставался крайне лабильным, но с обязательным наличием в его структуре тревожного компонента.

Проявления аффективной лабильности усугублялись крайней неусидчивостью, моторными стереотипиями, невозможностью сосредоточения. Поведение часто становилось неадекватным внешним обстоятельствам. Больные плохо осмыслили окружающую ситуацию, давали вспышки немотивированной агрессии или слезливости, некоторые становились угрозо замкнутыми, аутичными. Неусидчивость больных часто была сопряжена с ощущениями особого мышечного напряжения и покалывания в нижних конечностях, которое уменьшалось или исчезало при движении. Этот феномен известен под названием «синдрома беспокойных ног» [22], был описан и в клинике опийной наркомании [15].

Состояние нарастающего крайне мучительного беспокойства, ощущения своей внутренней измененности, «бессмысленной тревоги», «плохих предчувствий»; сопровождалось некоторой растерянностью. Одновременно с нарастанием аффективной патологии продолжали усугубляться расстройства общего чувства, в некоторых случаях возникали галлюцинации общего чувства. Возникла симптоматика, которую, очевидно, можно отнести к проявлениям микрокататонии в виде изменения тембра голоса, застывшего взгляда, несовпадения мимики верхней и нижней части лица, гримас и шмыгания носом, тугоподвижности шейных мышц и мышц плечевого пояса, аспонтанности. Несмотря на то, что многие больные многократно походили через поддобные состояния, каждый раз, по их словам, они оказываются в этом состоянии «как будто в первый раз», совершенно не понимая и не прогнозируя дальнейших последствий — в такие мгновения «время останавливается» и наступает, по образному выражению одной из пациенток — «одно сплошное мученье».

На высоте аффективных переживаний происходило осознание влечения к наркотику. Чаще всего отчетливая непреодолимая потребность в наркотике приходила

внезапно по типу «мгновенного понимания» или «озарения» и представляла собой совершенно некорректируемую психопатологическую конструкцию: слияние аффективного, телесного и идеаторного компонентов влечения приводило к формированию патологического смыслообразования — программирование нового, глубоко патологического по своей сути смысла поведения [14]. После этого у больных обычно появлялось чувство некоторого облегчения, кратковременное разрешение внутреннего напряжения. В такие моменты они на короткое время совершенно замыкались в себе, на любые вопросы давали односложные ответы или под благоприятными предложениями вообще отказывались отвечать. Исчезала тревожность, моторика оставалась ускоренной, но приобретала особую четкость и даже определенную плавность, больные были сосредоточены и погружены в себя.

Момент осознания влечения являлся как бы точкой бифуркации процесса: вслед за подобным осознанием часть больных обращалась к врачу за помощью, другая же, напротив, в процессе дальнейшего нарастания симптоматики, как бы получала «сигнал» к неминуемой наркотизации. В последнем случае все поведение больных становилось отчетливо направленным на употребление наркотика: они начинали изобретательно и очень правдоподобно врать, находили «железные» аргументы для немедленной досрочной выписки или совершали сложные поведенческие комбинации для совершения побега. Попытки какой-либо внешней коррекции поведения в такие моменты были совершенно бесполезны. По образному выражению одной из больных «в такие моменты меня не остановишь, я — просто биоробот». Больные не слушали доводов за продолжение лечения, требовали немедленной выписки, при отказе давали выраженные дисфорические или истерические реакции. Критика к состоянию отсутствовала. В таком состоянии больные чаще всего досрочно выписывались из отделения по мотиву «отказу от лечения» и немедленно возобновляли наркотизацию.

Таким образом, в психопатологии патологического влечения в клинике наркомании возможно выделить следующие этапы. Первый этап представлен расстрой-

ством в сфере общего чувства, которое, по-видимому, служит пусковым механизмом аффективной составляющей влечения. Расстройства общего чувства в виде труднопередаваемых ощущений, представляют собой глубинные, протопатические ощущения, в которых чувствительность и аффективность тесно спаяны друг с другом. Эти феномены можно квалифицировать как «сенсации» по А.К. Ануфриеву [3] или «кайнестопатии» по М.И. Аствацатурову [7].

Второй этап характеризуется аффективной патологией, которая в свою очередь как бы запускает механизм идеаторной составляющей патологического влечения. На фоне тоскливого, тревожного, апатического, дисфорического аффекта с базовой составляющей в виде бесфабульной (флоттирующей) тревоги больные, по их собственному выражению, замыкаются, уходят в себя, перестают воспринимать внешние стимулы, мучительно пытаются найти выход из кажущейся им «безвыходной ситуации», испытывают мучительную борьбу между нарастающим влечением к наркотику, воспринимаемым как эгоистическое, недостойное и позорное и декларируемым стремлением к воздержанию; пытаются внутри себя примирить возможность «уколоться в последний раз» и сохранить перед самим собой «лицо». При этом происходит дезорганизация мыслительного процесса («мысли путаются, в голове каша», «невозможно мыслить последовательно и рационально»). Данное состояние вполне может быть квалифицировано как измененное «поле сознания» по Гиро [13], в значительной степени соответствует протопатическому изменению поля сознания в определении К. Конрада [20], что предшествует «кристаллизации» бредовых идей. Очевидно, у части больных с реализацией рецидивирующего в условиях профильной стационарной помощи патологического влечения степень выраженности изменений в сфере общего чувства и аффекта может быть интерпретировано в качестве «бредового айсберга» в понимании А.К. Ануфриева [5], и далее патологическое влечение к наркотику с неадекватностью поведения и полной социальной дезадаптацией, по нашему мнению, приближается к бредовому уровню психического расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтишулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, 1994. — 216 с.
2. Альтишулер В.Б. В Национальном руководстве по наркологии. — М., 2008. — 720 с.
3. Ануфриев А.К. Приступообразная шизофрения: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1969. — 367 с.
4. Ануфриев А.К., Остроглазов В.Г. Значение трудов В.А. Гиляровского для развития соматопсихического направления. // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. — М., 1979. — С. 25-33.
5. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредообразования // Независимый психиатрический журнал. — 1992. — №1-2. — С.14-24.
6. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. — М., 1979. — 151 с.
7. Аствацатуров М.И. Избранные работы. — Л.: Изд-во ВМА, 1939. — 436 с.
8. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
9. Брюн Е.А. Формы и динамика тактильного галлюциноза позднего возраста: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 169 с.
10. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. — М., 1986. — 208 с.
11. Гиляровский В.А. Избранные работы. — М., 1973. — С. 107-108.
12. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — 128 с.
13. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15-25.
14. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. — 2011. — №1. — С. 95-104.
15. Наеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995. — 150 с.
16. Найденова Н.Г. Компульсивное влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1975. — 22 с.
17. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. — Л., 1989. — 192 с.
18. Руководство по аддиктологии / Под ред. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
19. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада. // Наркология. — 2009. — №7. — С.77-85.
20. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. — Stuttgart, Thieme, 1958. — 324 p.
21. De Vos J.W., van den Brink W., Leeuw R.S. Opiate craving and presence of psychopathology. // Maintenance Treatment: Pharmacokinetics, Psychopathology and Craving. — NY, 1997. — P. 124-132.
22. Lopez-Ibor J.J. Masked depression and depressive equivalents// Depressive Illness. — Baltimore. — 1972. — P. 34-38.
23. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. — Geneva, 2009. — 134 p.

Информация об авторах: Михайлов Михаил Альбертович — заместитель директора по науке, к.м.н., e-mail: mick956@gmail.com, mick56@yandex.ru