

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Л. К. Шайдукова, Е. В. Коблова

*ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Росздрава,
Республиканская клиническая психиатрическая больница им. ак. Бехтерева МЗ РТ*

По многочисленным данным научной литературы психопатоподобные расстройства у больных опийной наркоманией являются ведущими проявлениями этого заболевания, определяя его клиническую картину и нередко создавая большие трудности в лечении пациентов [2, 4, 6]. Наркомания – относительно «молодое» заболевание по сравнению с алкоголизмом, хотя отдельные случаи были описаны рядом авторов, чьи работы стали пионерскими в России по этой тематике [3, 4, 8]. В отличие от наркомании, алкоголизм изучался давно и подробно в отечественной наркологии. Особое внимание уделялось проблемам личностных расстройств и динамике психических нарушений.

Обзор литературы по данному вопросу позволяет выделить этапы формирования психопатоподобного синдрома у больных алкоголизмом, а также психических нарушений, предшествующих ему и развивающихся в процессе злоупотребления алкоголем. Эта схема стала уже классической, дидактической, являясь частью образовательного наркологического минимума. На начальном этапе заболевания авторами описаны акцентуации характера, либо появление неврозоподобной симптоматики различной продолжительности. Этот этап обозначен И.Н.Пятницкой «неврастеноподобным», когда функциональные и начальные органические проявления (вегетативная органика) полностью подвергаются редукции при прекращении злоупотребления алкоголем [7]. При переходе начальной стадии алкоголизма в развернутую происходит психопатизация личности – постепенное смещение от функционального к органическому радикалу в рамках формирующейся энцефалопатии, которая во время ремиссии редуцируется лишь частично. Вторая стадия алкоголизма знаменуется появлением деградации личности, которая на начальном этапе может проявляться усилением психопатоподобных расстройств без интеллектуально-мнестический нарушений; с увеличением давности злоупотребления алкоголем отмечается развернутая деградация личности с появлением психоорганического синдрома (токсическая энцефалопатия). Именно на этой, вто-

рой стадии алкоголизма описаны специфические особенности «алкогольной личности» с появлением «алкогольных» черт характера. Наконец, конечная стадия алкоголизма сопровождается алкогольной деменцией с более выраженными нарушениями памяти и интеллекта, причем при лакунарной преобладают мнестические нарушения, при тотальной деменции нарушаются все сферы психической деятельности. Последняя возникает часто при наличии дополнительных, отягощающих течение алкоголизма факторов.

При изучении патопластической почвы психических нарушений было установлено наличие преморбидно-личностных отклонений, предшествующих психическим расстройствам (акцентуаций характера, ядерных и краевых психопатий, психопатоподобного синдрома травматического и иного органического генеза, аффективных расстройств). Определенное значение имеют ситуационно-психотравмирующие факторы в виде аффективно-заряженных «мишеней», усиливающих потребность в алкоголизации. Ведущую роль, несомненно, играет токсический фактор – массивность и продолжительность интоксикации. Отдельным фактором является аддиктивный, проявляющийся в виде патологического влечения, которое может выражаться в неврозоподобных, психопатоподобных, аффективных и даже пароксизмальных проявлениях [1, 11].

У больных опийной наркоманией при совпадающих причинах заболевания несколько иной патоморфоз психических расстройств и иная психопатологическая их окраска. **Целью** настоящего исследования являлось изучение структуры психопатоподобного синдрома у больных опийной наркоманий – синдрома, который занимает значительно большее место в клинике заболевания, чем при алкоголизме, а также имеет иную качественную характеристику.

Обследовано 87 пациентов, страдающих героиновой наркоманией, находящихся на лечении в республиканском наркологическом диспансере и обнаруживающих психопатоподобные расстройства. Возраст больных был следующий: до 20 лет –

**Клиника психопатоподобного синдрома (ППС)
у больных опийной наркоманией**

Группы больных	Преобладающие проявления ППС		Количество больных абс./(%)
С аффективными расстройствами	Эксплозивность Эмоциональная лабильность Дисфории		6 (7) 10 (11) 5 (6)
С поведенческими расстройствами	Делинквентное поведение	Манипулятивное поведение	10 (11)
	Асоциальное поведение		16 (19)
	Социопатическое поведение		15 (17)
Со смешанными, аффективно-поведенческими расстройствами			25 (28)

10 (8%), 21–30 лет – 60 (76%), старше 31 года – 18 (16%) человек. Наркологическая наследственность (алкоголизм и наркомания у родителей) не отягощена у 47 (54%), отягощена у 40 (46%) пациентов. Основную часть составили лица, воспитывающиеся в неполных семьях – 52 человека (64%). Образование больных следующее: среднее специальное – 42 человека (56%), неоконченное высшее – 14 (18%), высшее – 18 (26%). Работают по специальности 12 человек (16%), со снижением квалификации 37 (50%), не работают 23 (34%). Все пациенты обнаруживают психопатоподобные расстройства различной степени выраженности.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический с obligатным анкетированием, интервьюированием, автобиографической инвентаризацией; дополнительным методом являлся экспериментально-психологический.

При изучении структуры психопатоподобного синдрома была выявлена его клиническая неоднородность. Выделены следующие группы больных: 1) лица с преобладанием аффективных расстройств – 21 (25%); 2) лица с преобладанием поведенческих нарушений – 41 (47%); 3) лица со смешанными аффективно-поведенческими расстройствами – 25 (28%). Клиника психопатизации у больных с аффективными расстройствами также различалась: у 6 (7%) больных преобладала эксплозивность в виде эмоциональных вспышек, взрывчатости, возбудимости и преходящей гневливости; у 10 (11%) больных отмечалась эмоциональная лабильность в виде недержания аффекта, быстрой смены полярных эмоций; у 5 (6%) больных отмечались более brutальные и постоянно возникающие дисфории с агрессией, социально-опасными действиями. Во второй группе больных (лица с преобладанием поведенческих нарушений) различались следующие варианты: 1) делинквентный – у 10 (11%); 2) асоциальный – у 16 (19%); 3) социопатический – у 15 (17%) человек (табл. 1). Эти варианты были представлены и у другого контингента больных – женщин, злоупотребляющих опиатами [10, 12]. Однако у женщин в структуре психопатоподобных расстройств преобладал промискуитетный и суицидальный варианты, а у мужчин наблюдалось преобладание поведенческих расстройств с антисоциальными тенденциями.

В основу классификации легли следующие определения. Делинквентное поведение – то, в основе которого лежат проступки и правонарушения (не являющиеся уголовно-наказуемыми деяниями). Асоциальное поведение – устойчиво делинквентное поведение, проявляющееся не в отдельных проступках (побег из дома, плохое поведение в школе), а в асоциальности как формирующейся черте характера. Социопатическое поведение – устойчиво асоциальное поведение, приводящее к совершению уголовно-наказуемых действий и становящееся образом жизни (неоднократное пребывание в местах лишения свободы, колониях – 13).

Больные из группы с преимущественно поведенческими расстройствами обнаруживали также склонность к манипулятивному поведению, которое не выделялось в отдельную группу, так как наблюдалось в разной степени выраженности при всех вышеперечисленных поведенческих расстройствах. Ввиду сложности установления числа «манипулятивных игр» была дана только их качественная, клинико-психологическая характеристика.

1. Шантажное поведение, проявляющееся декларацией негативных последствий при отказе выполнять требования больного. Отмечались различные виды шантажа: депривационный шантаж («Если ты не сделаешь, как я хочу, я уйду из дома»); этический шантаж («Если ты не поступишь, как я хочу, я расскажу всем о тебе»); телесный шантаж («Если ты этого не сделаешь, я откажу тебе в половой близости»).

2. Вызывающее сочувствие поведение, основанное на выделении негативных сторон наркомании, подчеркивании ее нозогенного характера («Наркомания – это болезнь»; «Надо учиться жить с этой болезнью»; «Главное не вылечиться, а уметь жить с этой болезнью»). Отмечался спекулятивный подход и эксплуатация данной тематики.

3. Протестное поведение, основным признаком которого являлся нарочитый протест (бойкотирующее молчание, уходы из дома, отказ поддерживать связи с семьей и т.д.)

4. Запугивающее поведение, проявляющееся в виде угроз материального, морального и физического характера, а также применения силы, гомоцидных тенденций.

5. Псевдожертвенное поведение, проявляющееся в демонстрации себя как жертвы обстоятельств («Не с теми друзьями связался»; «Моей вины нет, тогда все употребляли»; «Я жертва обстоятельств»).

6. Обвиняющее поведение, проявляющееся в вызывании у близких комплекса вины («Вы виноваты в том, что со мной произошло»; «Вы меня бросили, когда нужна была помощь»).

Существует устойчивое представление о том, что психопатия преимущественно выражается в патологии поведения, что это расстройство личности без вовлечения ряда сфер психической деятельности или с ограниченным их вовлечением (преимущественно эмоционально-волевой сферы). Вместе с тем, изучение больных опийной наркоманией, у которых психопатизация наблюдается значительно чаще, чем в популяции, выявило определенную неправомерность этого постулата. Для изучения структуры психопатизации по сферам психической деятельности (эмоциональной, волевой, мыслительной, перцептивной, самосознания, мнестической и интеллектуальной) был создан перечень утверждений, наиболее часто встречающихся у больных опийной наркоманией с психопатизацией личности (42 утверждения).

Изучение эмоциональной сферы установило определенное искажение в виде отрицания эмоциональных расстройств («Я кричу не больше других»; «Окружающие приписывают мне эмоции, которых у меня нет») либо частичного их признания («Если я завожусь, то этому есть причины»). Даже при наличии частичного признания эмоциональных проблем «вектор вины» за их возникновение был направлен вовне – на окружающих лиц и возникшие обстоятельства («Я выхожу из себя потому, что окружающие выводят меня»; «В том, что я взрываюсь, виноваты другие»; «Если бы не обстоятельства, конкретные лица, я бы не выходил из себя»). Эти утверждения были обозначены как «обвинительная модель». «Психопатическая анозогнозия» – феномен, хорошо известный, его связывают с нарушением самосознания и эмоциональным субъективизмом. Непризнание у себя эмоциональных расстройств часто коррелировало с отрицанием наркологической проблемы – в этих случаях речь шла о тотальной анозогнозии. Ряд пациентов охотно признавал у себя эмоциональные проблемы, однако демонстративная самокритика с акцентированием тяжести нарушений и возможных негативных последствий для окружающих была ничем иным как устрашающей формой очередных поведенческих манипуляций («Я псих, меня лучше не трогать»; «В бешенстве (ярости) я могу покалечить кого-нибудь»). Эти заявления были обозначены как «устрашающая модель». Наконец, частичное признание наличия эмоциональных проблем в ряде случаев коррелировало с установкой на их оправдание («У меня плохие нервы потому, что...», затем приводятся оправдательные обстоятельства).

Исследование волевой сферы обнаружило наличие потворства своим желаниям («Я никогда не отказываю себе в удовольствиях»; «Как правило, я выполняю лишь ту работу, которая у меня получается»), избирательно-выгодную рентную деятельность («Я занимаюсь лишь тем, что мне выгодно»), слабый поведенческий контроль («Если я чего-то хочу, то остановиться не могу»). Специфические волевые расстройства у больных наркоманией

выражаются в неспособности переносить напряжение, с одной стороны, и состояние скуки, с другой («Я не выношу чрезмерных усилий»; «Любое усилие напрягает меня»; «Я с трудом переношу скуку, которая у меня возникает»). Неэффективность реабилитационных программ во многом объясняется именно этим психопатологическим феноменом, своеобразной «психопатической амбивалентностью», когда плохо переносится и стресс, и релаксация. В этих случаях попытка сменить «наркололизм» на «трудоголизм» терпит неудачу.

Довольно сложно было оценить искажение мыслительной сферы, однако и здесь выявлялись классические маркеры деформированного мышления, специфические «ошибки мышления» («Наркотики – это единственное, ради чего стоит жить»). В основе специфической лживости психопатизированных больных наркоманией лежит именно деформация мышления, легкость создания защитно-компенсаторных псевдоутверждений («У меня есть моральные принципы»; «Я не обманываю других, когда беру в долг (говорю что брошу употребить)»; «Я правдивый человек»). Психопатический субъективизм, искаженная эмоциональность, аддиктивная мотивация – основа феномена лживости. Самое популярное высказывание пациентов («Я обманываю тех, кто этого хочет») связано с их стремлением навязать свою деформированную, рентно направленную логику окружающим, вовлечь в манипулятивные игры, создать созависимость. Деформация мышления отражается в речи и включает наркологическую тематику, которая обслуживает ведущую доминанту. В этих случаях у пациентов появлялись овладевающие идеи употребления наркотиков. Возникало «нарко-доминирующее мышление» («Бывает так, что голова занята только мыслями о наркотиках»). У больных с большим стажем употребления ПАВ (психоактивные вещества) выявлялось обилие жаргонных выражений и вульгаризмов, обслуживающих аддиктивную тематику, отмечалась «наркоманическая семантика речи». Эта сфера наиболее сложна для предметной оценки, так как такие проявления, как поверхностность мышления и его легковесность труднодоказуемы при использовании традиционных методов опроса и утверждений.

Изменения в сфере восприятия (в перцептивной сфере) определялись по особенностям восприятия пациентами окружающего мира. Были выявлены усиление восприятия окружающего мира, ослабление и его эмоциональное искажение. Усиление восприятия проявлялось в усилении ощущений и оценки невербальной информации, а оно не было абсолютным и касалось только тематически связанных обстоятельств. Так, больные обнаруживали «звериное чутье» в ситуациях приобретения наркотиков, добывания средств на их покупку. Сами пациенты констатировали у себя усиление того, что они называли «интуицией», способностей определить слабые стороны окружающих и эксплуатировать их

Признаки деформации психических сфер у больных опийной наркоманией с психопатоподобным синдромом

Психические сферы	Признаки	Количество больных/%
Эмоциональная сфера	1. Наличие эмоциональных расстройств (объективно) и их полное отрицание. 2. Наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – обвинительная модель. 3. Наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – устрашающая модель. 4. Наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – самооправдательная модель.	38/44 20/23 18/21 11/12
Волевая сфера	1. Потворство своим желаниям. 2. Избирательно-рентная деятельность. 3. Слабый поведенческий контроль. 4. Неспособность переносить состояние напряжения. 5. Неспособность переносить состояние скуки.	29/34 18/21 21/24 9/10 10/11
Мыслительная сфера	1. «Ошибки» мышления. 2. Аддитивная лживость. 3. Овладевающее (наркодминирующее) мышление. 4. Наркоманическая семантика речи. 5. Поверхностное мышление.	32/37 26/30 28/32 67/77 62/71
Перцептивная сфера	1. Субъективное усиление восприятия окружающего (в периоды добывания наркотиков). 2. Субъективное ослабление восприятия окружающего (в периоды употребления наркотиков). 3. Эмоциональное искажение восприятия.	28/32 29/33 30/35
Интеллектуально-мнестическая сфера	1. Избирательная гипермнезия («аддитивная гипермнезия»). 2. Избирательное расширение шкалы знаний («аддитивный интеллект»).	48/55 39/45
Самосознание	1. Тотальная анозогнозия. 2. Частичная осознание с отказом от помощи – режективная модель. 3. Частичное осознание с утверждением способности справиться с зависимостью – псевдоконтролирующая модель. 4. Осознание себя «наркоманом по выбору» (философия наркотизма).	25/29 18/21 17/19 27/31

согласно своим пронаркотическим мотивам («Я почти физически ощущаю чужую ложь»; «Я ощущаю опасность»; «Я угадываю намерения людей до того, как они их высказали»). Вместе с тем, во время употребления ПАВ, восприятие окружающего мира притуплялось, больные ощущали «внутреннюю фиксированность на своих ощущениях» («Когда я употребляю наркотики, окружающий мир перестает для меня существовать»). Искривление восприятия коррелировало с деформацией эмоциональной сферы («Порой люди мне кажутся уродливыми, особенно когда у меня плохое настроение»; «Когда у меня хорошее настроение, весь мир окрашивается в радужные цвета»).

В литературе, так же, как и в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, отмечается, что при психопатических расстройствах интеллектуальная сфера часто остается интактной, однако у больных опийной наркоманией были обнаружены искажения и в данной сфере. Наблюдался феномен «аддитивной гипермнезии» и, соответственно, «аддитивного интеллекта» («Я Вам расскажу все о наркотиках»; «Я больший нарколог, чем Ваши врачи»; «Я часто выхожу в интернет, чтобы узнать о новых препаратах»).

Отмечалось усиление функций памяти на пронаркотическую тематику («Я помню и знаю много о действии препаратов»), а также увеличение знаний по данной тематике. Это связано, прежде всего, с повышенной мотивацией получения подобного рода знаний, а также их эмоциональной заряженностью. Ряд пациентов (34 чел.) были постоянными посетителями интернет-сайтов, участвовали в

интерактивных форумах, делились впечатлениями на соответствующих сайтах, образуя своеобразный «клуб потребителей наркотиков». Среди них была выделена подгруппа (19 чел.), у которой отмечалась наркотическая и интернет-зависимость. У этих пациентов наблюдался феномен «аддитивной псевдошизоидизации», заключающийся в появлении интравертированных форм поведения, охлаждении к межличностным отношениям, чередование либо сочетание «ухода» в наркотизацию и интернет-деятельность.

Наконец, изучение самосознания также выявило нарушение в этой сфере. Здесь речь идет об анозогнозии, об отсутствии осознания у себя наркологической проблемы. Отмечалось как полное ее отрицание, то есть тотальная анозогнозия («Я не считаю себя зависимым от наркотиков»), так и частичное признание наличия зависимости («У меня есть наркозависимость, но в этом виноваты обстоятельства»). Вместе с тем, у больных наркоманией с выраженной психопатизацией наряду с анозогнозией отмечалась внешняя гипернозогнозия, носящая демонстративно-манипулятивный характер. Пациенты не только признавали у себя ряд проблем (аддитивных, эмоциональных), но и делали это с определенной целью – для камуфлирования истинных мотивов, создания компромиссных отношений с созависимыми родственниками, врачами, членами психотерапевтической группы. Выявлялись разные варианты искаженного самосознания: осознание наркологической патологии, но отказ от посторонней помощи, так называемая, режективная модель («Я – зависимый, но в посто-

ронней помощи не нуждаюсь»); утверждение способности контролировать свою зависимость или псевдоконтролирующая модель («Я в состоянии контролировать свою зависимость»). В отдельную группу входили лица, декларирующие философию наркотизма, полностью принявшие инвертированный образ «наркомана по выбору» («Я способен преодолеть зависимость, но не считаю необходимым»; «Я – наркоман, но это мой выбор»). В этих случаях признание у себя наркологической патологии выставлялось больными не как пагубное пристрастие, требующее лечения, а как изначально продуманный выбор аддиктивного образа жизни (табл. 2).

Проведенное исследование указывает на корреляцию степени искажения психических сфер у психопатизированных пациентов со степенью их личностной деформации. У 42 больных (48%) была диагностирована ядерная, преморбидно-обусло-

вленная психопатия, у них отмечались вышеописанные изменения во всех сферах психической деятельности. Больные чаще демонстрировали поведенческие расстройства, основанные на манипуляции окружающими. У них имелся больший опыт манипулирования, так как он приобретался не только за годы длительной наркотизации, но и задолго до нее, в процессе формирования ядерной психопатии. Немаловажное значение имели такие факторы, как наркотический стаж – длительность наркотизации, сочетанное употребление других наркотиков («пролонгированный поисковый полинаркотизм»), возраст начала наркотизации (подростковый период), социальный статус.

Проблема психопатизации является весьма актуальной и важной для лечения больных наркоманией, прогнозирования ремиссий, создания индивидуальных программ и проведения реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. Вопросы клиники и терапии. М., 1994. 216 с.
2. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией // Наркология. 2008. № 2. С. 78–84.
3. Горовой-Шалтан В.А. О патогенезе морфинной абстиненции: дис. ... докт. мед. наук. 1942. 159 с.
4. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Рамхен И.Ф. Наркомании, токсикомании и их лечение: методические рекомендации. М., 1979.
5. Дудко Т.Н., Пузенко В.А. и соавт. Комплексное лечение и реабилитация больных опийной наркоманией с использованием Антаксона: методическое письмо. М.: НИИ наркологии МЗ РФ. 1999. 10 с.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). М.: Медпрактика, 2000. 121 с.
7. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. 544 с.
8. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия, лечение. М.: Анархасис, 2001. 208 с.
9. Сиволап Ю.П. К проблеме изменений личности у больных опийной наркоманией // Российский психиатрический журнал. 2003. № 2. С. 52–58.
10. Тиханов Р.А., Шайдукова Л.К. Поведенческие расстройства у женщин, злоупотребляющих опиоидами: промискуитетный тип // Вопросы наркологии. 2005. № 2. С. 36–42.
11. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). М.: Медпрактика, 2002. С. 4–5.
12. Шайдукова Л.К. и соавт. Асоциальный тип поведенческих расстройств у женщин, злоупотребляющих опиоидами // Вопросы наркологии. 2005. № 1. С. 6–12.
13. Шайдукова Л.К. Классическая наркология (для студентов, интернов, ординаторов и врачей): учебно-методическое пособие. Казань: Инст. истории им. Марджани АА РТ, 2008. 260 с.

СТРУКТУРА ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Л. К. Шайдукова, Е. В. Коблова

С целью выяснения особенностей личностных изменений у больных опийной наркоманией обследовано 87 пациентов, страдающих героиноманией. Все больные обследованы в стационаре. Помимо клинико-психопатологического исследования использовалось анкетирование и экспериментально-психологическое исследование. Оказалось, что 50% больных обнаруживали психопатические черты характера до начала злоупотребления наркотиками, у 50% психопатоподобные черты характера сформировались в процессе злоупотребления опиатами. Рассматриваются группы больных с

аффективными, поведенческими и аффективно-поведенческими расстройствами. Выделено 6 наиболее часто встречающихся психопатологических форм поведения. Приводятся результаты изучения эмоциональной сферы, волевой сферы, мыслительной сферы, восприятия, памяти, самосознания. Сделан вывод о необходимости учитывать изменения характера психопатизации при проведении психотерапии и осуществлении реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: опийная наркомания, личностные расстройства, психотерапия, реабилитация.

THE STRUCTURE OF PSYCHOPATHIC-LIKE DISORDERS IN PATIENTS WITH OPIATE ADDICTION

L. K. Shaidoukova, E. V. Koblova

The authors have investigated 87 heroine addicts with the purpose to study personality changes in these patients. All of them were investigated in the hospital. Besides clinical psychopathological investigation, they filled out an inquiry form and had an experimental psychological investigation. It was found that 50% of patients had showed psychopathic character features before onset of their drug abuse and 50% developed psychopathic-like characteristics in the course of opiate abuse. The authors describe the groups with affective, behavioral, and affective-and-behavioral

disorders and distinguish six most common psychopathological behavior forms. They present the results of investigation of patients' emotional, volitional and cognitive characteristics as well as their perception, memory and self-image. They conclude that changes in the "character of psychopathisation" should be taken into account in psychotherapy and rehabilitation measures.

Key words: opiate addiction, personality disorders, psychotherapy, rehabilitation.

Шайдукова Лейла Казбековна – доктор мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Росздрава. e-mail: shaidukova@list.ru

Коблова Екатерина Викторовна – врач-психиатр Республиканская клиническая психиатрическая больница им. ак. Бехтерева МЗ РТ