

# Синдромокинез патологического влечения к опиоидам

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, рук. отделения судебно-психиатрических экспертиз при наркоманиях и алкоголизме ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского, Москва

СУБХАНБЕРДИНА А.С.

к.м.н., ведущий эксперт Центра судебной экспертизы Министерства юстиции Республики Казахстан

*Обосновано представление о том, что патологическое влечение к опиоидам отвечает всем основным критериям истинных влечений и является самостоятельным психопатологическим образованием. Впервые отмечено, что выделяемые ранее обсессивный, компульсивный и импульсивный варианты патологического влечения являются последовательными этапами развития единого психопатологического образования — синдрома патологического влечения к опиоидам и отражают основные стадии развития опиоидной наркомании. На основании изучения психопатологии синдрома патологического влечения к наркотикам показано, что оно проявляется расстройствами различного уровня поражения (идеаторного, аффективного, соматоневрологического, нейровегетативного и поведенческого). Отмечена роль различных соотношений этих компонентов при формировании основных психопатологических вариантов влечения и типов его динамики. Установлено наличие корреляций между психопатологическим вариантом патологического влечения и типом его динамики. Найденные закономерности предлагается использовать в дифференциальной диагностике стадий опиоидной наркомании.*

## Введение

Последние годы вместо предложенного Н.В.Тiebout термина *психическая и физическая зависимость* от того или иного психоактивного вещества (ПАВ) все чаще стал употребляться термин *патологическое влечение*, который и стал расцениваться как ведущее проявление хронического алкоголизма и наркоманий. Было предложено несколько вариантов систематизации синдрома патологического влечения к ПАВ: первичное и вторичное [9], экзогенное и эндогенное [3], ситуационно обусловленное и спонтанное [4], локальное и генерализованное [1]. Одни считали его первичным признаком наркоманий [6] и самостоятельным психопатологическим образованием [7], другие рассматривали его только в рамках абстинентного синдрома и синдрома психической зависимости [2] либо считали его производным от другой психической патологии: личностной, аффективной [12]. В.А.Пузиенко и соавт. (1978) расценивают патологическое влечение к наркотическим средствам как неспецифическое проявление расстройств сферы влечений, обусловленных разнообразными экзогенно-органическими и эндогенными факторами. Подобные взгляды лишают наркомании нозологической самостоятельности и препятствуют поиску первичных патогенетических механизмов ее развития.

## Материал и методы исследования

Обследовано 214 больных опиоидной наркоманией — мужчин в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст на момент обследования 35,1 ± 1,2 года), находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского (150 чел.), а также в Центре судебной экспертизы Министерства юстиции Республики Казахстан [30] и в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Алматы [34] в связи с их привлечением к уголовной ответственности за совершение различных правонарушений.

Для соблюдения принципа однородности использовались следующие критерии отбора. Первым и основным условием было наличие клинически достоверных признаков наркомании [11]. Для исключения влияния других факторов “почвы” в тематический контингент не были включены лица с хроническими соматическими заболеваниями, с явлениями церебрального атеросклероза, зло-

употребляющие веществами токсического действия, а также лица, страдающие хроническим алкоголизмом.

Использовался клинико-психопатологический метод исследования, основанный на данных анамнеза (все лица обследовались в условиях вынужденного воздержания от приема наркотических средств сроком от 3 мес. до 1,5 лет) и объективного наблюдения за больными. В отношении 126 чел. получены катамнестические сведения длительностью от 1 года до 17 лет. Средняя длительность катамнеза 5,6 ± 1,2 года.

В процессе обработки клинического материала уточнялись структурные и динамические характеристики синдрома патологического влечения к опиоидам, зависимость между формой влечения и клиникой наркомании.

Полученные данные обрабатывались методами параметрической и непараметрической статистики с применением корреляционного анализа для медико-биологических исследований.

## Результаты исследования

Проведенное исследование показало, что в основе пристрастия к ПАВ (опиоидам) лежит болезненное влечение в виде доминирующей потребности, которая формируется на основе и в соответствии с личностью, охватывает все сферы психической деятельности, включая идеаторный, аффективный, сенсорный и поведенческий уровни, оказывает существенное влияние на прогностические и критические способности. Наиболее удобной для изучения и использования в клинической практике оказалась систематизация патологического влечения по типологическому признаку [7, 9, 11]. В соответствии с данной систематизацией у всех обследованных больных с определенной долей условности были выделены три типологических варианта патологического влечения, которые оказались последовательными этапами развития единого психопатологического образования (синдрома патологического влечения к наркотическим средствам) и соответствовали основным стадиям развития наркомании.

*1. Этап обсессивного влечения.* Данный вариант патологического влечения наблюдался на начальных этапах формирования наркомании и был одним из первых ее проявлений. Он выражался навязчивыми мыслями о нар-

котическом эффекте употребляемого наркотика и интенсивным желанием его употребления. Все мысли, потребности, разговоры, сюжеты фантазий и сновидений были связаны с наркотическим средством, представления о котором занимали доминирующее место в сфере психической деятельности больных. Яркие и образные представления о действии наркотика сопровождались тягостными вегетативными нарушениями. Характерны были невротические расстройства, связанные с опасением возможного “срыва”, попытка борьбы с ними, применение различных мер защиты (ритуальные действия). Выраженность и содержательная сторона процесса борьбы мотивов определялись не столько слабостью волевых процессов, лежащих по мнению Д.С. Озерецковского (1959), в основе обсессивных нарушений, сколько представлениями о социально-ограничительных нормах, морально-нравственными установками, осведомленностью данного лица в социально-правовых и медицинских вопросах. Мысли о наркотике постепенно овладевали всем сознанием больного, начинали определять его эмоциональную жизнь, происходила перестройка интересов, менялись круг общения, привязанности, отношения с людьми, перестраивалась иерархия прежних ценностей, искажались нравственные представления, ослабевали установки на труд, менялись представления о своем месте в обществе. Все эти характеристики укладывались в традиционно описываемую клиническую картину так называемой психической зависимости и соответствовали первой стадии наркомании в традиционном ее понимании.

При регулярной наркотизации, когда потребность в наркотическом средстве сразу же удовлетворялась по мере необходимости, обсессивное влечение, как правило, не проявлялось. Оно возникало лишь при нарушении ритма наркотизации, легко купировалось при введении в организм наркотика и, таким образом, по механизму своего развития было первичным по отношению к состоянию наркотического опьянения.

*2. Этап компульсивного влечения.* По мере того, как в процессе заболевания менялись морально-нравственный облик больных, их этические взгляды и представления о социально-ограничительных нормах, патологическое влечение к наркотическим средствам теряло качество обсессивности и доминирующими в его структуре становились аффективные нарушения. В состоянии больных нарастали внутренняя напряженность, чувство неудовлетворенности собой и окружающим, раздражительность, беспокойство, подавленность. Больные полностью находились под влиянием влечения, не пытались с ним бороться. В их сознании происходило полное искажение реальной ситуации, связанной с употреблением наркотического вещества, психическая жизнь определялась односторонним интересом к наркотику. Они игнорировали очевидные факты, путали причинно-следственные связи, их суждения при этом отличались односторонностью, поверхностностью, противоречивостью. Такая парциальная интеллектуальная слабость (“парциальная деменция” по В.Б. Альтшулеру [1]) проявлялась только в вопросах, связанных с наркотизацией. Во всех других ситуациях обнаруживались сохраненный, часто достаточно высокий интеллект, трезвость суждений и взглядов.

Развитие первичного компульсивного влечения характеризовалось отчетливой циклическостью с выявлением последовательных этапов: этап предвестников, клинически развернутого синдрома и обратного развития. После

одно-двухнедельного периода предвестников (с характерными аффективными, вегетативными, специфическими сенсорными проявлениями), которому в 21,6% случаев предшествовали разнообразные экзогенные воздействия (психогении, физическое переутомление, инфекционные или простудные заболевания), у больных появлялось осознанное влечение к приему наркотического вещества, сопровождавшееся резким снижением настроения, подавленностью, тоскливостью, вегетативно-соматическими и многообразными сенсорными и неврологическими нарушениями.

По механизму развития компульсивное влечение было как первичным (возникало аутохтонно на фоне воздержания от приема наркотиков, так называемая сухая или отставленная абстиненция), так и вторичным (развивалось на фоне абстинентных нарушений).

В отличие от обсессивного варианта компульсивное влечение не только не купировалось приемом наркотических средств, а, как правило, существенно усугублялось и обуславливало необходимость постоянного увеличения доз наркотика [9]. Более того, именно употребление наркотического вещества являлось пусковым фактором в развитии компульсивного влечения. В этом смысле наркотическую интоксикацию можно рассматривать в ряду экзогенных факторов (психогении, инфекции, интоксикации), которые вносят дисбаланс в функционирование организма на любом уровне (психическом, соматоневрологическом, нейровегетативном), что и обуславливает актуализацию патологического влечения.

При отсутствии медикаментозного вмешательства в среднем через 2—3 нед (это зависело от употребляемого ПАВ и от морбидных влияний) отмечалось самопроизвольное купирование влечения. При этом на этапе обратного развития на фоне редукции напряженных аффективных нарушений появлялись элементы обсессивного влечения как в его традиционной форме (навязчивые образные монотематические представления и т.п.), так и в извращенной (контрастные переживания с осуждением и неприятием наркотизации).

Состояние больных на этапе обратного развития влечения отличалось крайней неустойчивостью, даже незначительные нарушения в психосоматоневрологическом состоянии приводили к нарастанию интенсивности влечения.

Исходя из традиционных представлений, компульсивное влечение соответствовало 2-й стадии наркомании и являлось основным компонентом ее ведущего клинического проявления — синдрома физической зависимости.

*3. Этап импульсивного влечения.* При данном варианте патологического влечения у больных полностью утрачивался контроль над своими поступками. Влечение возникало внезапно, ему не предшествовал период борьбы мотивов и внутренней переработки переживаний. Неодолимое влечение к приему наркотика распространялось на всю психическую деятельность больных, они были неспособны к продуктивному контакту, ассоциации были хаотичны и обрывочны, поведение напоминало автоматизированные действия. Аффект был неустойчивым, быстро истощался, окружающее воспринималось неотчетливо, тускло. Периодически возникали состояния двигательного возбуждения с внешне немотивированными поступками, хаотичными брутальными разрядами, иногда с последующим сном и отсутствием полных воспоминаний об этом периоде. Такая отрешенность от окружающего с потерей ясности сознания свидетельствовала о его изме-

ненности, а возникновение кратковременных стереотипных моторных и вегетативно-сосудистых стигмов на фоне злобно-раздражительного либо тоскливого аффекта не позволяло исключить эпизоды нарушения сознания по типу сумеречного.

Сравнительный анализ всех трех психопатологических вариантов патологического влечения к наркотическим средствам показал, что с нарастанием интенсивности влечения от обсессивного варианта к импульсивному отмечалось расширение диапазона входящих в структуру синдрома расстройств вследствие появления нарушений более глубокого уровня поражения. При обсессивном варианте патологического влечения ведущими были нарушения идеаторного и аффективного уровня при минимальной роли поведенческих, соматоневрологических и нейровегетативных нарушений. При формировании компульсивного варианта расстройства идеаторного уровня значительно редуцировались и ведущими в формировании влечения становились аффективные нарушения при обязательном их сочетании с нейровегетативными стигмами. При наибольшей степени интенсивности патологического влечения, как это наблюдалось при импульсивном его варианте, психопатологическая структура синдрома определялась поведенческими отклонениями и массивными соматоневрологическими и нейровегетативными нарушениями с элементами измененного сознания при сравнительно незначительной роли нарушений идеаторного и аффективного уровней.

Выявленная последовательность в процессе формирования синдрома патологического влечения к наркотикам отражает общепатологические закономерности углубления уровня поражения психической деятельности при поступательном движении наркоманической болезни.

В зависимости от психопатологической структуры синдрома патологического влечения было выделено три типа его динамики.

*Волнообразный тип* проявлялся в различной степени интенсивности влечения и наблюдался при обсессивном его варианте. Обсессивные расстройства после их возникновения отличались значительным постоянством при более или менее выраженных колебаниях его интенсивности. Изменение интенсивности влечения первоначально было обусловлено внешними факторами, непосредственно связанными с наркотиком. Однако по мере развития болезни отмечалось экстраполирование причинного фактора на индифферентные ситуации. При этом он имел настолько отдаленную контекстуальную связь с первоначальным его содержанием, что возникало впечатление аутохтонности обострения влечения.

При *циклическом типе* динамики патологическое влечение возникало периодически, после более или менее длительного периода полного воздержания от приема наркотических средств, и характеризовалось закономерной этапностью развития (этап предвестников, клинически развернутый синдром и обратная динамика). Данный тип динамики был характерен для компульсивного варианта влечения. Возникновение периодичности и усиление аффективного компонента влечения свидетельствовали о том, что по мере развития наркомании отмечались патогенетические сдвиги в сторону более широкого участия в патологическом процессе гипоталамической области головного мозга. Именно поэтому возникновение компульсивного влечения больше было обусловлено внутрибиологическими процессами (аффективные колебания,

изменения вегетативно-сосудистой регуляции и т.д.), и часто внешне выглядело аутохтонным и в меньшей степени по сравнению с обсессивным вариантом было подвержено внешним воздействиям. Экзогенные факторы, если и оказывали какое-либо заметное влияние на динамику компульсивного влечения, то только опосредованно за счет нарушения общебиологического равновесия.

*Пароксизмальный тип* динамики отличался приступообразностью развития патологического влечения с внезапным началом и завершением приступа, его кратковременностью. Пароксизмы возникали по типу клише, были очерчены во времени, что наряду с напряженностью аффекта, выраженными вегетативными стигмами и явлениями измененного сознания придавало им большое сходство с эпилептиформными пароксизмами. Данный тип динамики синдрома патологического влечения был характерен для импульсивного его варианта.

### Заключение

Патологическое влечение к наркотическим средствам (опиоидам) отвечает всем основным критериям истинных влечений: приступообразность течения, наличие аутохтонных аффективных колебаний в до- и постприступном периоде и чувства овладения переживаниями, связанными с влечением, отсутствие внутренней переработки побуждений и учета конкретной ситуации [5]. Оно является самостоятельным сложным психопатологическим образованием и проявляется нарушениями различного уровня поражения: идеаторного, аффективного, соматоневрологического, нейровегетативного и поведенческого. Патологическое влечение к наркотикам отличается определенной внутрисиндромальной динамикой (обсессивный, компульсивный и импульсивный этапы его развития) и имеет конкретные динамические особенности (волнообразный, циклический и пароксизмальный типы динамики).

Поступательное развитие опийной наркомании характеризуется внутрисиндромальной динамикой ее основного клинического расстройства — синдрома патологического влечения к наркотикам — с постепенным углублением уровня поражения психической деятельности при переходе от обсессивного его варианта к импульсивному. Тип динамики синдрома патологического влечения свидетельствует о глубине этого поражения, поскольку по мере поступательного развития патологического влечения от обсессивного его варианта к импульсивному изменяется и тип его динамики от волнообразного на этапе обсессивного влечения до пароксизмального при развитии импульсивного варианта влечения. Выявленные закономерности могут быть использованы в качестве диагностических критериев при определении стадии опийной наркомании.

### Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
2. Бабаян Э.А. О диагностике наркоманий, вызванных препаратами морфинного типа // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике (клинико-катамнестический аспект). — М., 1987. — С. 174—176.
3. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1984. — 19 с.
4. Гофман А.Г. Закономерности влечения к алкоголю в различных стадиях хронического алкоголизма // Вопросы экзоген-