

# Аффективные расстройства и осознание болезни при опийных наркоманиях

ПОГОСОВ А.В.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии  
Курского государственного медицинского университета

БАРБИНА Е.М.

ассистент кафедры психиатрии и наркологии Курского государственного медицинского университета

*С целью изучения влияния аффективных расстройств на формирование осознания болезни проведено клинико-психологическое исследование 120 больных опийной наркоманией. Установлено, что характер влияния (позитивный, негативный) является дифференцированным и зависит как от структуры депрессивных нарушений, так и от клинического варианта осознания болезни. Тоскливая депрессия оказывает положительное влияние на парциальную анозогнозию за счет формирования положительных изменений всех компонентов (аффективного и когнитивного) осознания болезни. Тревожная депрессия, в зависимости от степени своей выраженности, может способствовать как усилению, так и ослаблению осознания болезни при парциальной и тотальной анозогнозии. При этом положительные изменения в осознании болезни здесь менее выражены и касаются лишь его отдельных компонентов. При дисфорической депрессии клинически значимых положительных сдвигов в структуре осознания болезни не зарегистрировано. Убедительных данных о влиянии апатической депрессии на осознание болезни больными опийной наркоманией не выявлено.*

## Введение

Значение аффективных расстройств, являющихся одним из наиболее характерных психопатологических проявлений при наркологических заболеваниях, подчеркивалось многими авторами [1, 2, 3, 8, 9, 16, 17, 18]. Изучение аффективных расстройств при опийных наркоманиях (ОПН) проводилось в комплексе со стержневыми синдромами заболевания. В специальной литературе представлены различные аспекты аффективной патологии: ее влияние на особенности клинической картины [5, 7, 11, 14, 22], прогноз терапевтических ремиссий [6, 15], эффективность проводимого лечения [21].

Важным клиническим проявлением заболеваний, обусловленных приемом психоактивных средств, является нарушение осознания болезни (анозогнозия). Значимость этого феномена в наркологии обусловлена тем, что он препятствует формированию установки на лечение и на полный отказ от наркотиков, снижает эффективность терапевтических мероприятий, ухудшает качество и устойчивость ремиссий [4]. Вопрос о возможном влиянии аффективных расстройств, прежде всего депрессивных, на формирование осознания болезни у больных ОПН не получил достаточного освещения в научных публикациях. Целенаправленное изучение этого вопроса даст возможность осуществить дифференцированный подход к лечению и профилактике депрессивных нарушений при ОПН, что позволит оказывать опосредованное влияние на проявления анозогнозий при этом заболевании.

## Материал и методы

Целью настоящего исследования являлось установление роли аффективных нарушений в формировании осознания болезни при зависимости от опиоидов у 120 мужчин, больных ОПН, обследованных комплексными клинико-психологическими и психопатологическими методами. Осознание болезни мы рассматривали как сложное клинико-психологическое образование, состоящее из когнитивного (объективные и субъективные знания о наркомании), аффективного (совокупность аффективных процессов, связанных с болезненными проявлениями) и мотивационно-поведенческого (установка на лечение, на полный отказ

от употребления наркотиков, поведенческие особенности) компонентов [10, 12]. В зависимости от соотношения и выраженности перечисленных компонентов осознания болезни нами обозначены следующие разновидности: тотальная и парциальная анозогнозия, адекватная нозогнозия. Тотальная анозогнозия отмечалась у 21 (17,5 %) обследованного больного. Она включала неадекватные и несформированные когнитивный, аффективный и мотивационно-поведенческий компоненты и проявлялась в отрицании наркотической зависимости, неверной интерпретации ее проявлений. Парциальная анозогнозия была выявлена у 84 (70 %) обследованных. Когнитивный и аффективный компоненты в ее составе варьировали по степени адекватности и сформированности, что выражалось в признании заболевания, сопровождающемся неверным пониманием его отдельных проявлений или неадекватным отношением к ним. Адекватная нозогнозия была диагностирована у 15 (12,5 %) больных. Она характеризовалась адекватными и сформированными когнитивным, аффективным и мотивационно-поведенческим компонентами, признанием наличия наркотической зависимости. Диагностика депрессивных нарушений на разных этапах пребывания больных в стационаре (на выходе из опийной интоксикации, на высоте абстинентных расстройств, 7–10-й день после их купирования, перед выпиской) проводилась с использованием критериев, предлагаемых О.П. Вертоградовой с соавт. [13]. В соответствии с последними, у больных были выявлены четыре разновидности депрессии: тоскливая, тревожная, дисфорическая и апатическая. Для определения степени ее выраженности использовался метод структурированного интервью М. Гамильтона [19, 20], который имеет квантифицированную шкалу регистрации наиболее часто встречающихся симптомов депрессии. В зависимости от общей суммы баллов, набранных больным, по степени выраженности квалифицировали легкие (7–16 баллов), средней тяжести (17–27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов) депрессивные расстройства.

## Результаты исследования

Результаты проведенного исследования позволили говорить о том, что к числу факторов, оказывающих значительное влияние на осознание болезни при ОПН, отно-

Таблица

**Распределение по разновидностям депрессии в зависимости от вариантов осознания болезни  
в группах больных опийной наркоманией**

| Разновидность депрессии | Тотальная анозогнозия<br>(1-я гр., 21 чел.) |        | Парциальная анозогнозия<br>(2-я гр., 84 чел.) |          | Адекватная анозогнозия<br>(3-я гр., 15 чел.) |       |
|-------------------------|---------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|-------|
|                         | Абс. кол-во                                 | %      | Абс. кол-во                                   | %        | Абс. кол-во                                  | %     |
| Тоска                   | —                                           | —      | 12                                            | 14,29*** | 11                                           | 73,33 |
| Тревога                 | 4                                           | 19,04* | 60                                            | 71,43*** | 4                                            | 26,67 |
| Дисфория                | 14                                          | 66,67* | 9                                             | 10,71    | —                                            | —     |
| Апатия                  | 3                                           | 14,29  | 3                                             | 3,57     | —                                            | —     |

Примечание:  
 \* — достоверность различий усредненных показателей между 1-й и 2-й группами ( $P_1 < 0,05$ );  
 \*\*\* — достоверность различий между 2-й и 3-й группами ( $P_3 < 0,05$ );

сятся аффективные нарушения (тоскливая, тревожная, дисфорическая и апатическая депрессия), которые могут изменять уровень осознания болезни.

*Тоскливая депрессия* характеризовалась сниженным настроением, усугубляющимся преимущественно в утренние часы, идеаторной и моторной заторможенностью. При этом больные жаловались на "тяжесть в душе", "загрудинную боль", чувство тоски, безысходности, снижение интересов, побуждений, нарушение сна, аппетита, высказывали мысли о собственной малоценности, были склонны к пессимистическим оценкам прогноза заболевания и своего будущего. Тоскливая депрессия у больных с различными вариантами осознания болезни при ОПН была представлена неодинаково. При тотальной анозогнозии клинически очерченная тоскливая депрессия не встречалась (таблица).

При *парциальной анозогнозии* тоскливая депрессия отмечалась в 14,3 % случаев (12 человек). При поступлении в отделение на выходе из состояния опийной интоксикации она имела легкую степень выраженности (11,57 — 2,11 балла по шкале Гамильтона) и внешне связана с ситуационной тематикой (помещение на лечение в наркологическое отделение, ожидание абстинентного синдрома, необходимость воздерживаться от приема наркотиков, получение сведений о длительности стационарного лечения и строгом режиме отделения и т.д.). По мере появления и нарастания проявлений абстинентного синдрома депрессивные переживания усиливались, что сопровождалось появлением мыслей о своей малоценности, опущением собственной несостоятельности, чувством вины перед близкими. На этом фоне происходило увеличение уровня осознания болезни, которое выражалось в повышении адекватности и сформированности когнитивного, аффективного и мотивационно-поведенческого компонентов. На высоте абстинентного синдрома уровень депрессивных переживаний составил 25,36 — 2,87 балла по шкале Гамильтона (средняя степень тяжести). На 7—10-й день после купирования абстинентных нарушений депрессивная симптоматика редуцировалась на 31,9 % ( $P < 0,05$ ) до среднего значения 15,49 — 1,73 балла, что соответствовало легкой степени тяжести. Одновременно отмечалась негативная динамика осознания болезни. Она заключалась в декларативном характере порицания наркотиков, рационализации негативных последствий их употребления, неоднозначной оценке влияния опиатов на пси-

хику и здоровье, формализации установки на лечение и отказ от наркотизации. Перед выпиской выраженность депрессивных нарушений снижалась до 10,54 — 1,75 балла по шкале Гамильтона (легкая степень). Таким образом, тоскливая депрессия у больных с парциальной анозогнозией была пропорциональна повышению уровня осознания болезни, который не являлся устойчивым и претерпевал негативную динамику по мере уменьшения выраженности аффективных расстройств.

При *адекватной нозогнозии* тоскливая депрессия отмечалась у большинства пациентов (11 чел. — 73,3 %) (таблица). При поступлении больные мотивировали снижение настроения переживанием рецидива наркомании, опасениями неблагоприятного течения заболевания и возможных обострений влечения к наркотикам. Они были удручены болезнью, склонны к занижению самооценки, пессимистически оценивали собственные перспективы, полностью возлагали на себя ответственность за формирование и рецидив наркомании. Поведение больных в отделении характеризовалось замкнутостью, отгороженностью, ограничением общения, избирательностью контактов. Тоскливая депрессия при адекватной нозогнозии характеризовалась максимальной выраженностью по сравнению с больными других групп. При госпитализации в абстинентном состоянии ее среднее значение по шкале Гамильтона составило 26,93 — 1,97 балла (средняя степень тяжести). В дальнейшем, на 7—10-й день после купирования абстинентных расстройств, депрессия редуцировалась на 30,8 % (18,73 — 1,67 балла по шкале Гамильтона — средняя степень,  $P < 0,05$ ), к моменту выписки она снизилась до 14,13 — 2,24 балла (легкая степень). Тяжесть тоскливой депрессии при адекватной нозогнозии не оказывала негативного влияния на ее проявления.

При *тревожной депрессии* больные жаловались на тревогу, беспокойство, внутреннюю напряженность, предчувствие беды, которые сопровождалось периодическими сердцебиениями, неприятными ощущениями в области сердца, эпигастрии, общим соматическим дискомфортом ("ничего не болит, но ощущаю какое-то "неудобство", "неприятность" во всем теле"). Усиление тревоги происходило в вечерние часы, обострялось влечение к наркотику, нарушалось засыпание.

Тревожная депрессия у больных с тотальной анозогнозией была выявлена в четырех (19,4 %) случаях. При поступлении в стационар на выходе из состояния опийной

интоксикации тревожные переживания касались специфических ситуационных обстоятельств (невозможность употребления наркотиков, ограничение свободы действий режимом отделения, конфликты с правоохранительными органами, давление со стороны родственников). В то же время пациенты спокойно относились к своему заболеванию, в беседе с врачом они выражали удовлетворенность прежним образом жизни. Сообщение им сведений о степени наркотической зависимости, возможных осложнениях, результатах и прогнозе лечения не сопровождалось усилением беспокойства и тревоги. Степень тревожной депрессии на этом этапе была легкой (среднее значение составляло 10,3 ± 1,53 балла по шкале Гамильтона). На высоте абстинентного синдрома она усиливалась до уровня средней тяжести (22,86 ± 1,29 балла по шкале Гамильтона). Больные преувеличивали тяжесть абстинентных расстройств, высказывали сомнения по поводу неэффективности и даже опасности проводимого лечения и были склонны считать, что лучшим лекарством от этого состояния являются наркотики. На 7–10-й день после купирования абстиненции проявления тревожной депрессии уменьшались на 45,1 % ( $P < 0,05$ ). Их среднее значение по шкале Гамильтона составило 12,54 ± 2,59 балла (легкая степень). К моменту выписки из стационара интенсивность депрессии снижалась до 7,36 ± 1,39 балла, что соответствовало нормативным показателям. Усиление тревожной депрессии при тотальной анозогнозии, в отличие от тоскливой депрессии, не сопровождалось клинически определяемым повышением уровня осознания болезни у больных ОПН.

При парциальной анозогнозии тревожная депрессия, обнаруженная у 60 больных (71,4 %) при госпитализации, была окрашена беспокойством за свое здоровье, озабоченностью по поводу перспектив, взаимоотношений с родственниками и близкими людьми. О повышенном уровне осознания болезни здесь свидетельствовали появление опасений неблагоприятного течения и прогноза заболевания, ипохондрической интерпретации неприятных ощущений. Это способствовало заинтересованности больных в получении дополнительной информации о наркомании, методах ее лечения, их эффективности. На выходе из состояния опийной интоксикации тревожная депрессия была легкой (12,14 ± 1,49 балла), в абстинентном состоянии — средней тяжести (24,52 ± 4,04 балла по шкале Гамильтона). Соотношение тревожной депрессии с осознанием болезни зависело от степени ее выраженности. При средней степени ее тяжести (20,77 ± 1,28 балла) у 31 больного (51,7 %) отмечались положительные изменения в структуре когнитивного компонента осознания болезни. Это выражалось в повышении адекватности и сформированности субъективных представлений о своем заболевании, признании большего количества негативных последствий употребления наркотиков. Тяжелая же степень тревожной депрессии (28,5 ± 10,77 балла) у 29 больных (48,3 %) сопровождалась актуализацией патологического влечения к наркотикам и, как правило, приводила к усугублению имеющейся недостаточности аффективного и когнитивного компонентов осознания болезни. На 7–10-й день после выхода из абстинентного состояния тревожная депрессия ослабевала. Она редуцировалась на 45,8 % ( $P < 0,05$ ) до легкой степени (13,29 ± 1,25 балла). Ее "причины" носили преимущественно внешний характер ("долго не приходят родственники", "почему-то тревожно на душе, наверное, дома что-то случилось" и т.д.). К мо-

менту выписки у больных с парциальной анозогнозией балльная оценка тревожной депрессии хотя и снижалась, однако по-прежнему свидетельствовала о легкой степени (9,19 ± 1,59 балла). Уменьшение проявлений тревожной депрессии сопровождалось отрицательной динамикой уровня суждения о наркомании (больные начинали рационализировать факты употребления наркотиков и его негативные последствия) и изменением мотивационно-поведенческого компонента (ослабление контакта с врачом, формализация установок на лечение и отказ от наркотизации, реакции группирования с другими наркоманами в отделении) в структуре осознания болезни. Иными словами, тревожная депрессия у больных с парциальной анозогнозией играла более негативную роль в формировании осознания болезни, чем тоскливая, так как динамика и степень позитивных изменений осознания болезни были менее отчетливыми (касались только когнитивного компонента).

Тревожная депрессия у больных с адекватной нозогнозией (4 чел. — 26,7 %) была обусловлена возникновением рецидива заболевания. Она проявлялась беспокойством по поводу неблагоприятного прогноза заболевания, ипохондрической трактовкой тягостных субъективных ощущений, тревожными опасениями за свое здоровье. Несмотря на достаточные знания о наркомании, больные стремились получить дополнительные объективные сведения о ней, узнать о новых и более эффективных способах ее лечения. Тревожная депрессия на этапе абстиненции была средней степени тяжести (24,7 ± 0,96 балла по шкале Гамильтона). В этой группе больных она играла положительную мобилизующую роль и обеспечивала активность больных в процессе поиска оптимального решения проблем, связанных с заболеванием. На 7–10-й день после купирования абстинентного синдрома уровень тревожной депрессии составил 12,46 ± 1,29 балла (легкая степень, редукция симптоматики произошла на 50,4 %,  $P < 0,05$ ). Уменьшение проявлений тревожной депрессии не сопровождалось ослаблением осознания болезни. Перед выпиской среднее значение уровня депрессии по шкале Гамильтона составило 10,11 ± 0,5 балла (легкая степень).

Тревожная депрессия играла неоднозначную роль в осознании болезни, что определялось не только степенью ее выраженности, но и клиническим вариантом осознания болезни. На фоне умеренной тревожной депрессии отмечалось усиление осознания болезни за счет положительных изменений когнитивного компонента, при выраженной тревожной депрессии — уменьшение уровня осознания болезни в результате усугубления когнитивной или аффективной неадекватности.

Дисфорическая депрессия у больных ОПН характеризовалась сочетанием сниженного настроения с эксплозивными реакциями. Последние проявлялись в раздражительности, взрывчатости, гневливости, чувстве неудовлетворенности собой и окружающими, тенденции к агрессивному реагированию в связи с постоянным внутренним напряжением. В поведении больных отмечались мелочная придирчивость, сварливость, склонность к импульсивным поступкам, необоснованные претензии и упреки по отношению к медицинскому персоналу и родственникам.

Дисфорическая депрессия была более характерна для больных с тотальной анозогнозией (14 человек — 66,7 %). В состоянии опийной интоксикации они высказывали

суждения о нецелесообразности и бессмысленности госпитализации, настаивали на правильности своего мнения. Балльная оценка депрессии по шкале Гамильтона свидетельствовала о легкой ее степени (13,26 ± 0,77 балла). При появлении симптомов абстинентного синдрома больные обвиняли родственников в черствости, бездушии и лицемерии, при разговоре с врачом не соблюдали необходимой дистанции общения, легко раздражались. На высоте абстинентных расстройств отмечались вспышки необоснованной гневливости: обвинение врачей в назначении неэффективного лечения, среднего медперсонала — во введении вместо обезболивающих препаратов нейтральных растворов, в неумении делать внутривенные инъекции. Осознание болезни ограничивалось признанием болезненности состояния (по мнению больных, оно было обусловлено плохим состоянием здоровья в целом), установлением элементарных причинно-следственных отношений (например, употребление наркотиков приводит к возникновению абстинентного синдрома). На этом этапе дисфорическая депрессия имела среднюю степень тяжести (22,81 ± 1,36 балла). На 7—10-й день после купирования абстиненции у больных с тотальной анозогнозией вспышки гнева и недовольства чередовались с периодами астении (общая слабость, быстрая утомляемость). Значение уровня дисфорической депрессии по шкале Гамильтона на этом этапе составило 14,45 ± 1,09 балла (легкая степень, уменьшение депрессивной симптоматики произошло на 36,6 %,  $P < 0,05$ ). Нарушения в осознании болезни носили устойчивый характер, и любые попытки их коррекции вызывали усиление негативистических реакций со стороны больных. Перед выпиской уменьшались вспышечность, агрессивность, проявления недовольства. Уровень дисфорической депрессии по шкале Гамильтона составил 7,36 ± 1,39 балла (пограничное с нормативными показателями значение).

При парциальной анозогнозии дисфорическая депрессия отмечалась значительно реже (9 чел. — 10,7 %). При поступлении на лечение на выходе из состояния опийной интоксикации средней ее балл составил 11,37 ± 1,00 (легкая степень). На высоте абстинентного синдрома дисфорическая депрессия была средней тяжести (24,06 ± 1,05 балла). В отличие от больных с тотальной анозогнозией, здесь пациенты понимали необходимость лечения и не предъявляли необоснованных обвинений медицинскому персоналу. В постабстинентном периоде (на 7—10-й день после купирования абстинентных расстройств) интенсивность дисфорической депрессии уменьшалась (15,7 ± 1,20 балла — легкая степень; ее редукция, по сравнению с абстинентным периодом, составила 34,6 %,  $P < 0,05$ ). Перед выпиской уровень дисфорической депрессии составил 8,45 ± 1,42 балла (легкая степень), отмечалась тенденция к ослаблению осознания болезни: усиливалась недостаточность когнитивного и аффективного компонентов. Это проявлялось отрицанием наличия наркотической зависимости, необоснованной уверенностью в полном выздоровлении, рационализацией негативных последствий употребления наркотиков, сглаживанием негативного отношения к наркотикам и наркоманам.

Апатическая депрессия у больных ОПН характеризовалась снижением инициативы, сужением круга интересов, вялостью, безразличием по отношению к факту наличия наркотической зависимости, исходу болезни, результатам лечения, своему будущему. При настойчивом побуждении со стороны врача больные пассивно выполняли

назначенные процедуры и рекомендации. Однако стоило завести разговор на наркотическую тему, как они внешне преображались, двигательные реакции оживлялись, усиливалась общая активность (внешние проявления патологического влечения к опиатам). Апатическая депрессия в 14,3 % случаев (3 чел.) наблюдалась при тотальной анозогнозии, в 3,7 % (3 чел.) — при парциальной анозогнозии. Ее возникновение было связано с органической дисфункцией головного мозга (она подтверждена результатами электроэнцефалографического и экспериментально — психологического исследований), обусловленной, по-видимому, длительным стажем употребления наркотиков (7,83 ± 2,05 года). Средние значения тяжести апатической депрессии на высоте абстинентных расстройств составили 23,71 ± 0,82 балла (средняя степень), на 7—10-й день после их купирования — 15,0 ± 0,58 балла (легкая степень, редукция депрессивной симптоматики произошла на 36,7 %,  $P < 0,05$ ), перед выпиской — 11,63 ± 0,75 балла (легкая степень) по шкале Гамильтона. У этих больных в течение всего пребывания на лечении сохранялись неадекватные суждения и представления о наркомании, безразличное отношение к результатам лечения и собственному будущему.

### Заключение

Таким образом, результатами проведенного исследования установлено дифференцированное значение аффективных нарушений у больных ОПН (тоскливая, тревожная, дисфорическая, апатическая депрессии) в формировании осознания болезни. При тоскливой депрессии отмечалось повышение уровня осознания болезни вследствие формирования положительных изменений в проявлениях как когнитивного, так и аффективного компонентов. На фоне тревожной депрессии средней степени тяжести усиление осознания болезни происходило благодаря положительным изменениям в структуре когнитивного компонента. У больных с тяжелой тревожной депрессией наблюдалось ослабление осознания болезни, обусловленное отрицательными изменениями в структуре когнитивного и аффективного компонентов. При дисфорической депрессии клинически значимых положительных сдвигов в структуре осознания болезни не зарегистрировано. Убедительных данных о роли апатической депрессии в формировании осознания болезни не выявлено. Полученные результаты позволяют уточнить значение аффективных нарушений в формировании осознания болезни при опийных наркоманиях и дают возможность осуществлять более дифференцированный подход к коррекции анозогнозий с учетом аффективных нарушений. Они будут полезны при разработке лечебно-реабилитационных программ для больных ОПН.

### Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О.О. Соотношение между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // Материалы междунар. конф. психиатр. (16—18 февраля 1998 г., Москва). — М.: РЦ Фармединфо, 1998. — С. 294.
2. Бординевич В.В. Наркомания: (Клиника, патогенез и лечение морфинизма, кодеинизма, опиоманий и других опийных наркоманий). — М., 1963. — 270 с.
3. Благоев Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., ГНЦН. — 1994. — 32 с.