

Аффективные нарушения у больных опишной наркоманией в структуре опишного абстинентного синдрома и во время ремиссии

ГОЛЬДРИН С.Э.

врач-психиатр, нарколог, Отделение психических расстройств,
осложненных патологическими формами зависимости

Московского научно-исследовательского института психиатрии (МНИИП) Минздрава РФ

Всего обследовано 108 больных обоего пола с диагнозом опишная (героиновая) наркомания, в возрасте от 17 до 40 лет, разделенных в зависимости от длительности ремиссии на две группы. I группа — это 57 пациентов (42 мужчины и 15 женщин), находившихся на стационаре во время ОАС или в состоянии становления ремиссии. Длительность ремиссии не превышала 30 дней. II группа — это 51 пациент (29 мужчин и 22 женщины) с продолжительностью ремиссии свыше 6 месяцев, находившийся под наблюдением врача психиатра-нарколога по месту жительства, прошедший шестимесячный курс реабилитации.

Аффективные расстройства в структуре опишного (героинового) абстинентного синдрома (ОАС) возникают раньше появления соматовегетативных нарушений и сохраняются после их исчезновения. В зависимости от преобладания того или иного аффекта во время ОАС формируются следующие виды депрессий: тревожная (тревожно-фобическая), апатическая (апато-адинамическая), тоскливая (меланхолическая), дисфорическая. Ведущим проявлением аффективной патологии во время ОАС является тревога (у 70,2% больных). Преобладают депрессии средней тяжести, примерно у 25,0% больных развиваются тяжелые депрессивные состояния. Прогноз заболевания, преобладание тех или иных видов депрессивных расстройств определяются не только давностью существования наркотической зависимости, суточной дозировкой наркотика, индивидуальными особенностями, но и наличием акцентуаций характера в преморбиде. Возникновению дисфорической депрессии способствует акцентуация характера по возбудимому (эпилептоидному) типу. При развитии дисфорической депрессии вероятность наступления длительной и стойкой ремиссии минимальна.

После купирования острых проявлений ОАС с 12-го по 16-й день воздержания от приема наркотика на фоне ослабления соматовегетативных нарушений и преобладания астенических проявлений усиливается влечение к героину. Усиление влечения сопровождается тахикардией, гипергидрозом, появлением тревожной окраски настроения, чувством дискомфорта, пресомническими нарушениями. При ремиссиях, длящихся от 1 до 6 мес., влечение к наркотику периодически возникает у всех больных.

Формирование стойкой ремиссии начинается к концу 6-го месяца лечения, когда отмечаются редукция основных аффективных, агрипнических расстройств, исчезновение патологического влечения к опиатам. Параллельно с ослаблением аффективной патологии и астенической симптоматики с 3-го по 6-й месяц ремиссии обнаруживается расширение круга интересов и заметное повышение работоспособности. При ремиссиях, длящихся более 6 мес. легкие депрессивные расстройства возникают только у 3,9% больных. Вероятность наступления долгосрочной стойкой ремиссии резко повышается при проведении медико-социальной реабилитации в условиях специализированного психотерапевтического центра с длительностью пребывания в нем не менее 6 месяцев.

Актуальность настоящей работы определяется широким распространением наркоманий как в нашей стране, так и во всем мире, молодым возрастом начала злоупотребления наркотическими веществами, тяжестью медико-социальных последствий [9, 10, 13, 19].

По данным отечественных и зарубежных исследователей, злоупотребление опиумом и синтетическими заменителями морфина занимает ведущее место среди других форм наркоманий. В отличие от конца 1980-х — начала 1990-х годов, когда преимущественно наблюдалось употребление кустарно изготовленных опиатов, в настоящее время основным наркотиком из группы опиатов является синтетический препарат — героин (диацетилморфин) [19, 22, 23].

Аффективные расстройства, наряду с соматовегетативными нарушениями и алгическим синдромом, занимают ведущее место в клинике опишной наркомании [2, 3, 4, 8, 11, 12, 14, 15—18, 20, 21]. Они тесно коррелируют с интенсивностью патологического влечения к наркотику, определяют тяжесть ОАС и оказывают существенное влияние на течение ремиссии. Аффективные нарушения проявляются в поведенческих и психопатологических рас-

стройствах [1, 14, 15]. В то же время в отечественной и зарубежной литературе недостаточно уделяется внимания структуре, динамике аффективной патологии, ее взаимосвязи с соматовегетативной симптоматикой, с длительностью и тяжестью наркотизации. Мало исследованы закономерности редукции аффективных расстройств, их выраженность в зависимости от продолжительности ремиссии и качества медико-социальной реабилитации.

Недостаточно полная диагностика и отсутствие адекватной терапии, направленной на устранение аффективных расстройств во время ОАС и в период становления ремиссии, утяжеляют состояние больного и часто приводят к рецидивам.

В настоящем исследовании предпринята попытка осветить роль аффективных расстройств в структуре опишной (героиновой) наркомании во время ОАС и в период ремиссии. Целью исследования являлось типологическое описание структуры и закономерностей динамики аффективных расстройств в процессе формирования ОАС, во время острых проявлений ОАС и во время ремиссии для объективизации прогноза заболевания, качества ремиссии и повышения эффективности терапии.

Характеристика обследованных больных и методов исследования

Работа проводилась с 2000 по 2003 год в МНИИП МЗ и в наркологических клиниках г. Москвы («Мединар», «Галактика», «Святозар»), а также в реабилитационных центрах «Воскресенье» и «Пробуждение» г. Тольятти Самарской области.

В первую группу вошли 57 пациентов (42 мужчины и 15 женщин) во время ОАС или в состоянии становления ремиссии. Длительность ремиссии у больных этой группы составляла не более 30 дней.

Во вторую группу включены 51 пациент (29 мужчин и 22 женщины) с длительностью ремиссии свыше 6 мес.

В исследование включались пациенты в возрасте от 17 до 40 лет (преобладающий возраст от 21 до 25 лет) с установленным диагнозом опийной (героиновой) наркомании II стадии, злоупотреблявшие только героином или наркотиками опийной группы (опий-сырец, метадон). Из исследования исключались пациенты с тяжелыми органическими поражениями мозга, хроническими заболеваниями внутренних органов в стадии декомпенсации, эндогенными психическими заболеваниями. Установлено, что у каждого третьего пациента один из родителей страдал алкогольной зависимостью II стадии (по МКБ-10), но в то же время среди родителей не было выявлено больных наркоманией.

В I группе у 79 % больных имелись признаки дисгармоничного склада характера в преморбиде. Наиболее часто встречались акцентуации характера по возбудимому типу. Среди больных II группы признаки дисгармоничного склада характера в преморбиде встречались у 58,8% больных, чаще по возбудимому и гипертимному типам.

Сводные данные по характеристике акцентуаций характера в преморбиде (классификация акцентуаций характера у подростков по А.Е. Личко (1977) приведены в табл. 1 и 2.

Первым психоактивным веществом, которым больные начинали злоупотреблять, в подавляющем случае была

Таблица 1

Характеристика преморбидных акцентуаций характера у больных опийной наркоманией, обследованных в состоянии ОАС

Тип акцентуаций характера	Абс. число	% от общего числа обследованных
Без признаков дисгармоничного склада характера	12	21,0
С акцентуациями характера	45	79,0
Возбудимый (эпилептоидный)	17	29,7
Гипертимный	5	8,8
Шизоидный	5	8,8
Сенситивный	5	8,8
Психастенический	5	8,8
Неустойчивый	3	5,3
Астено-невротический	2	3,5
Конформный	2	3,5
Истероидный	1	1,8

Таблица 2

Характеристика преморбидных акцентуаций характера у больных опийной наркоманией, обследованных в состоянии ремиссии

Тип акцентуаций характера	Абс. число	% от общего числа обследованных
Без признаков дисгармоничного склада характера	21	41,2
С акцентуациями характера	30	58,8
Возбудимый (эпилептоидный)	12	23,5
Гипертимный	6	11,7
Сенситивный	3	5,9
Психастенический	3	5,9
Неустойчивый	3	5,9
Шизоидный	2	3,9
Конформный	1	2,0

марихуана — 59,6% в I группе и 78,4% — во II группе. В дальнейшем все больные переходили на употребление героина. Общий средний «стаж» употребления героина — 4,0 0,15 года.

Преобладающим мотивом начала злоупотребления героином в I группе являлось любопытство, интерес попробовать что-то новое — 32 человека (56,0%), а также стремление следовать стереотипу поведения окружающих, компании — 13 человек (22,8%). Желание устранить эмоциональное напряжение, тревогу в качестве ведущего мотива опийной наркотизации отмечалось у 11 пациентов (19,3%), и лишь 1 человек пытался доказать с помощью наркотиков свою независимость от родителей (1,8%).

Во II группе преобладающим мотивом начала злоупотребления героином являлось любопытство, интерес попробовать что-то новое — 31 человек (60,8 %), значительную долю составляло также стремление следовать стереотипу поведения окружающих, компании — 15 человек (29,4 %). 3 больных (5,8%) пытались доказать с помощью наркотиков свою независимость от родителей. Желание устранить эмоциональное напряжение, тревогу наблюдалось у двух пациентов (4,0%). У 40 больных (78,5%).

На каждого обследуемого заполнялась специально разработанная «Карта обследования больного наркоманией», включающая общие сведения о пациенте, данные о наследственности, развитии, интересах, социообразовательном статусе, начале и динамике заболевания, а также результаты обследования, полученные с помощью клинических, клинико-психопатологических и экспериментально-психологических методик.

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет статистических программ «Statistika 5.0».

Результаты и их обсуждение

Результаты обследования больных в состоянии ОАС (I группа)

Во время развернутых проявлений ОАС аффективные расстройства наблюдались у всех больных. У 100% пациентов во время ОАС отмечались аутохтонные, постоянные или периодически возникающие мысли об употреблении героина. Каждый больной за время пребывания

Структура и частота встречаемости аффективных и поведенческих расстройств у больных опийной наркоманией во время ОАС

Симптом	Абс. число	% от общего числа обследованных
Гипотимия	57	100
Адинамия	49	86,0
Тревога	41	71,9
Ангедония	31	54,4
Дисфория	30	52,6
Демонстративное поведение	30	52,6
Апатия	23	40,4
Фобии	23	40,4
Тоска	21	36,8
Суицидальные мысли, попытки	6	10,5
Аутоагрессивное поведение	2	3,5

в клинике хотя бы однажды предпринимал попытку достать наркотик путем угрозы выписки из стационара, углов родственных, звонков друзьям.

Выраженность патологического влечения к наркотику соответствовала выраженности эмоциональных нарушений, депрессии, дисфории. Аффективные расстройства на этапе ОАС были тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, поведенческими и личностными расстройствами. На основе объективных данных и субъективной информации от больных (жалобы пациентов на плохое самочувствие, настроение и т.п.) был выделен комплекс симптомов аффективных и поведенческих расстройств на высоте ОАС (табл. 3).

Все 57 больных (100%) жаловались на снижение настроения, хотя особых колебаний настроения в течение дня не было. Речь всех больных была вялой, монотонной, мимика — однообразной, темп мышления — замедленным. 49 человек (86%) жаловались на снижение активности, общую и мышечную слабость, отсутствие желания какой-либо деятельности. Все интересы были сосредоточены только на наркотиках и способах их приобретения.

23 пациента (40,4%) отмечали утрату чувств, отсутствие желаний и эмоций, безразличие к себе, близким, окружающим.

31 (54,4%) пациент жаловался на потерю чувства радости и наслаждения от занятий, которые раньше приносили удовольствие (общение с родными и друзьями, просмотр по телевизору спортивных соревнований, кинофильмов, обсуждение вариантов отдыха за границей и т.п.).

21 (36,8%) больной жаловался на безысходность, ничтожность жизни, присутствовали идеи неполноценности и самообвинения; 6 человек, которые, по данным анамнеза, предпринимали суицидальные попытки, высказывали суицидальные мысли.

Большинство пациентов — 41 чел. (71,9%) отмечало наличие тревоги, которая ощущалась физически (тяжесть за грудиной, ком в горле). 23 человека (40,4%) опасались за состояние своего здоровья. У них постоянно возникали мысли о том, что они нанесли непоправимый ущерб своему здоровью, больны неизлечимой болезнью, снова вернутся к злоупотреблению наркотиками.

30 (54%) пациентов отмечали, наряду с тревогой, повышенную раздражительность, злобность, агрессивность к окружающим. Поведение этих 30 пациентов в стационаре было вызывающим, демонстративным. Двое из них (3,5%) совершали самоповреждения (попытки перерезать вены). Обобщенная характеристика аффективных и поведенческих расстройств во время острого периода ОАС представлена в табл. 3.

Таким образом, как следует из табл. 3, на этапе острых проявлений ОАС наиболее частым проявлением аффективной патологии являлась тревога.

В соответствии с классификацией депрессий, предложенной О.П. Вертоградовой с соавт. [5, 6], которые отмечали, что в подавляющем большинстве случаев у больных депрессией имеет место неоднородность депрессивного аффекта, сочетание основных элементарных аффектов (тоски, тревоги, апатии) с доминированием на определенном этапе одного из них, в настоящей работе во время ОАС выделены следующие типы депрессий: тревожная (тревожно-фобическая), апатическая (апато-динамическая), тоскливая (меланхолическая), и дисфорическая.

Тревожная депрессия наблюдалась у 40 больных (70,2%). При этом в структуре аффективной патологии преобладающим симптомом были тревога и фобические

расстройства. В 100% случаев появление первых симптомов волнения, внутреннего дискомфорта, постепенно нарастающей тревоги, беспокойного ожидания абстинентного синдрома, бессонницы опережало на 4—6 ч. появление соматовегетативной симптоматики. Выраженная тревога появлялась через 6—18 ч. после последнего введения наркотика. Отмечалась ипохондрическая фиксация на собственных переживаниях и неприятных ощущениях, состоянии своего здоровья, слабая переключаемость в разговоре. Возникали идеи самообвинения, опасения нозофобического характера (неизлечимость наркомании), опасения за свою жизнь, страх смерти из-за злоупотребления наркотиками. По мере нарастания алгической и вегетативной симптоматики тревога усиливалась, становилась агитированной, отмечались ускоренная речь, тахикардия. В 50% случаев наблюдалось присоединение демонстративности. Все пациенты жаловались на затрудненное засыпание и частые пробуждения среди ночи (более 2 раз). Объективная оценка средней тяжести депрессии по шкале Гамильтона (21 пункт) в этой группе составила 20,6 ± 3,0 балла, у 14 человек — 25 и более баллов.

Апатическая (апато-динамическая) депрессия отмечалась у восьми пациентов (14,0%). Она характеризовалась выраженной слабостью, отсутствием желания какой-либо деятельности, вялостью, бессилием, равнодушием, сужением круга интересов. Большую часть времени больные проводили в постели, ничем не интересовались. Средняя тяжесть депрессии по шкале Гамильтона (21 пункт) составила 19,0 ± 2,0 балла.

Тоскливая (меланхолическая) депрессия наблюдалась у пяти больных (8,8%) и характеризовалась преобладанием тоски. Больные часто говорили об утрате смысла жизни, безысходности, активно высказывали идеи самообвинения и неполноценности. Прошлое, настоящее и будущее виделись пациентам в мрачном свете. Речь была вялой, монотонной, замедленной, высказывания односложными. Во время беседы больные сидели, не изменяя позу,

низко склонив голову, или лежали в постели. Часто жаловались на укорочение длительности сна, раннее пробуждение, выраженную сонливость в утренние часы, а также на снижение аппетита и сексуального влечения. Средняя тяжесть депрессии по шкале Гамильтона (21 пункт) в этой группе составила 21,6 ± 3,0 балла.

Дисфорическая депрессия отмечалась у 4 пациентов (7,0%) и характеризовалась неустойчивым настроением, раздражительностью, усилением тревоги в вечернее время, частыми немотивированными вспышками ярости, ажитированностью, чувством физического дискомфорта, сочетавшегося с болевыми ощущениями, гневливостью, словесной и физической агрессивностью по отношению к окружающим и медицинскому персоналу. Наблюдались пресомнитические нарушения и частые пробуждения среди ночи (более 2 раз). Нами отмечено, что у этих 4 пациентов в преморбиде были проявления акцентуации характера по эпилептоидному (возбудимому) типу. Средняя тяжесть депрессии по шкале Гамильтона (21 пункт) у этих больных оценивалась в 18,0 ± 2,0 балла. Пациенты с дисфорической депрессией покидали наркологический стационар сразу же после купирования основных проявлений алгического синдрома (на 5—10-й день) и практически сразу же возобновляли наркотизацию.

Аффективные расстройства во время ОАС сочетались с соматовегетативными и неврологическими нарушениями, максимум выраженности которых приходился на период от 24 до 48 ч после последнего приема наркотиков. Алгический синдром характеризовался интенсивными выкручивающими болями в мышцах конечностей, спины, крупных суставах, пояснице, эпигастрии. Наиболее часто встречались выраженная слабость, тахикардия, головная боль и головокружение, потливость, озноб, сменяющийся жаром, зевота, чихание, заложенность носа или насморк, диарея, повышение артериального давления, снижение или полное отсутствие аппетита, бессонница. Из неврологических симптомов встречались нистагм, тремор век и кистей рук, атаксия.

Средняя тяжесть депрессии по шкале Гамильтона (21 пункт) для всей группы больных оценивалась в 19,8 ± 2,0 балла, что соответствует депрессии средней степени тяжести, но у 14 больных с тревожной (тревно-фобической) депрессией отмечалась тяжелая степень депрессивного расстройства. Структура депрессий во время острых проявлений ОАС представлена в табл. 4.

Острые соматовегетативные, неврологические и алгические проявления опийного абстинентного синдрома

Таблица 4

Структура и встречаемость депрессий у больных опийной наркоманией во время острых проявлений ОАС

Вариант депрессии	Абс. число	% от общего числа обследованных
Тревожная (тревно-фобическая)	40	70,2
Апатическая (апато-динамическая)	8	14,0
Тоскливая (меланхолическая)	5	8,8
Дисфорическая	4	7,0
Всего	57	100,0

(тахикардия, головная боль озноб, жар, боли в мышцах, костях, суставах, нистагм, тремор век, тремор кистей рук, атаксия) у больных I группы на 10—14-й день купировались применением клофелина, трамала, нейролептиков, антидепрессантов в условиях наркологического стационара. В постабстинентном состоянии у 24 больных этой группы, согласившихся на повторное обследование на 25-й день ремиссии, аффективные расстройства оставались достаточно выраженными и характеризовались сниженным настроением, ипохондрией, ожиданием неприятностей, тревогой. В этот период по-прежнему наиболее часто встречалась тревожная (тревно-фобическая) депрессия, отмечавшаяся у 20 пациентов (83,3%). Преобладали жалобы на пониженное настроение, выраженную тревогу, внутреннюю напряженность, безрадостное существование, слабость, быструю утомляемость. Больные опасались за свое будущее, боялись, что снова начнут употреблять наркотики. Отмечались выраженные суточные колебания настроения, с тенденцией ухудшения его в вечернее и ночное время, повышение моторной активности в связи с усилением тревоги, трудностями засыпания, частыми пробуждениями. Примечательно, что нарушения сна на всем протяжении раннего постабстинентного периода отмечались у всех больных. В этот период неоднократно возникало влечение к наркотику, которое проявлялось короткими сновидениями на наркотическую тему, воспоминаниями о приятном состоянии в начале наркотизации. Наиболее выраженным влечение к опиатам наблюдалось с 12-го по 16-й день воздержания от наркотиков на фоне одновременного ослабления соматовегетативных проявлений и усиления астенического компонента: недомогания, разбитости, повышенной утомляемости, истощаемости. Влечение характеризовалось аутохтонностью, транзиторностью (2—4 дня), хорошо поддавалось лечению антидепрессантами. Все 20 больных стремились к контакту друг с другом и врачом. Беседа с врачом, говорили прежде всего не о своем самочувствии, а о потребности общения с человеком, которому можно доверить свои переживания, на чью психологическую поддержку можно рассчитывать. Мотивировали достаточно убедительно свою решимость жить без наркотиков. Оценка своего будущего большинством больных была относительно оптимистичной, возможность возврата к злоупотреблению опиатами рассматривалась ими как трагедия.

Еще четыре пациента, у которых во время ОАС преобладала апатия, отмечали наличие чувства тоски, снижение настроения в течение всего дня, тревогу, усиливавшуюся во второй половине дня, навязчивые размышления и воспоминания о времени начала злоупотребления наркотиками, когда, в основном, преобладали положительные эмоции, стойкую бессонницу, астению, ангедонию. Влечение к опиатам было аутохтонным, тягостным, стойким. Больные выглядели подавленными, напряженными, заторможенными. Отмечались гипомимия, быстрая утомляемость, вялость, слабость, обеднение ассоциаций, некоторое снижение скорости мышления, снижение волевой активности. Больные избегали контактов с окружающими, предпочитали не выходить из дома, на беседу с врачом соглашались при условии психотерапевтической поддержки. Суицидальные мысли отрицали. Оценка будущего была пессимистичной.

Таким образом, на раннем постабстинентном этапе ремиссии после купирования основной соматоневрологической симптоматики ведущее место в клинической кар-

тине занимают аффективные расстройства, выраженность которых соответствует интенсивности патологического влечения к наркотику. Выделяются тревожная (тревожно-фобическая) депрессия — 83,3% и тоскливая (меланхолическая) депрессия — 16,7%.

Уровень выраженности депрессий по шкале Гамильтона в этот период не претерпевает значимых изменений по сравнению с периодом существования опийного абстинентного синдрома.

Результаты обследования больных опийной наркоманией с продолжительностью ремиссии свыше 6 месяцев (II группа)

Первоначально больные II группы (N=51) были разбиты на две подгруппы — А и Б. В подгруппу А вошли 22 пациента — (10 мужчин и 12 женщин) с длительностью ремиссии от 6 месяцев до 1 года, подгруппу Б составили 29 больных (19 мужчин и 10 женщин) с длительностью ремиссии более 1 года. Подгруппы не отличались по характеристикам больных в преморбиде, по продолжительности злоупотребления опиатами, клиническим характеристикам течения ОАС. Математическая обработка данных выявила отсутствие между подгруппами статистически значимых отличий клинического состояния во время ремиссии, последовательности редукции основной соматовегетативной и аффективной симптоматики. Таким образом, можно сделать вывод, что формирование стойкой ремиссии, редукция основных поведенческих, агрипнических и аффективных расстройств и, как следствие, исчезновение патологического влечения к опиатам наблюдаются к концу 6-го месяца воздержания от наркотиков.

Во II группе больных невыраженные болевые ощущения в мышцах, костях и суставах ноющего характера продолжительностью 1-2 дня периодически повторялись у 22 человек (43,1%) в течение первых двух месяцев ремиссии, а у 29 пациентов (56,9%) они полностью исчезли только к началу шестого месяца ремиссии. При необходимости боли купировались стандартными дозами анальгетиков (баралгин, пенталгин) и не оказывали существенного влияния на течение ремиссии. У половины больных периодически возникали кратковременные соматовегетативные расстройства: тахикардия, насморк, чихание, гипергидроз, озноб, мелкокоразмашистый тремор век, пальцев рук. Они не требовали специальной терапии и исчезали на втором-шестом месяце ремиссии. Как уже было сказано выше, влечение к наркотику было тесно связано с выраженностью аффективных расстройств. В период от 1 до 6 месяцев ремиссии влечение к опиатам обнаруживалось практически у всех больных, причем у 30 пациентов (58,8%) оно исчезло только к концу 6-го месяца. Влечение было ситуационным и транзиторным, сопровождалось тахикардией, гипергидрозом, внутренним дискомфортом, тревогой, пресомническими расстройствами.

Нарушения сна — одно из наиболее стойких и тяжело поддающихся терапии последствий наркотизации — характеризовались, в основном, пресомническими расстройствами. Периодически возникали интрасомнические расстройства, протекавшие с частыми (более 2 раз за ночь) пробуждениями, сновидениями наркотического характера, субъективным ощущением напряженности, тревожного ожидания.

Только у 11 пациентов (21,6%) сон нормализовался к концу первого месяца ремиссии. Еще у 10 человек (19,6%) сон нормализовался к концу второго месяца ремиссии.

У 30 больных (58,8%) сон практически нормализовался к исходу шестого месяца ремиссии.

После купирования ОАС большую роль, помимо аффективных расстройств, в снижении работоспособности и побуждений к активной деятельности играла астенизация больных. Слабость, вялость, быстрая утомляемость, наряду с некоторой замедленностью мыслительных процессов, наблюдались у всех больных. Только у двух больных (3,9%) астения исчезла достаточно быстро — к концу первого месяца ремиссии. 7 пациентов (13,7%) отметили, что слабость, быстрая утомляемость практически исчезли к концу третьего месяца отказа от употребления наркотика. У подавляющего большинства больных (42 человека — 82,4%) астенизация держалась достаточно долго и редуцировалась только к концу шестого месяца ремиссии. Уровень снижения работоспособности зависел от выраженности тревоги и астении. Первые два-три месяца ремиссии отмечалось снижение работоспособности и потребности в труде у всех больных. Тем не менее больные, находясь на лечении в условиях психотерапевтического реабилитационного центра, попадая туда на третьей неделе ремиссии, были вынуждены быстро адаптироваться в коллективе таких же пациентов, подчинять свои интересы коллективным. Они были поставлены в условия, когда приходилось обслуживать не только себя, но и готовить пищу для всего коллектива больных, работать во дворе, убирать помещение, ухаживать за животными, участвовать в лечебных (психотерапевтических), культурных, спортивных мероприятиях. По утверждениям самих пациентов, режим дня, ежедневный строго дозированный физический труд, чувство ответственности перед коллективом людей, объединенных одной бедой, стремление преодолеть зависимость от наркотиков, постоянная совместная работа с психотерапевтом (выработка критического отношения к болезни, изменение системы ценностей) позволяют к 4–6-му месяцу ремиссии наметить цели дальнейшей жизни. Добровольный труд, появление личной заинтересованности в его результатах повышали работоспособность, способствовали появлению позитивных жизненных интересов. В этом направлении действовала и вся реабилитационная программа. К концу 6-го месяца ремиссии у большинства больных появлялся интерес к спортивным соревнованиям, более половины пациентов заявили о желании завершить прерванное обучение, получить специальность. Практически все девушки-пациентки обнаружили интерес к изучению психологии, иностранных языков. Расширение круга интересов и повышение работоспособности происходили параллельно с ослаблением аффективной и астенической симптоматики.

Во время исследования только двое больных с длительностью ремиссии в 7 и 8 месяцев оценили свое состояние как легкую депрессию. В основном, они жаловались на внутренний дискомфорт, трудности адаптации к условиям жизни без наркотиков и «наркоманского» окружения, беспокоились о своем будущем. У пациентки с длительностью ремиссии в 7 месяцев чувство неуверенности и тревоги относительно своего будущего сопровождалось плачем, потребностью высказаться. Получив моральную поддержку больная быстро успокоилась. Соответственно по шкале депрессии Гамильтона они набрали 12 и 14 баллов. Тяжесть депрессии у больных во II группе по шкале Гамильтона в среднем составила 1,4 ± 0,05 балла, что значительно отличается от среднего показателя для больных

I группы. Пациенты охотно шли на неформальную беседу с врачом, подробно рассказывали о себе, о времени злоупотребления наркотиками, своем выздоровлении, работе, учебе, планах на будущее.

Мимика соответствовала содержанию высказываний и ситуации. Темп речи и мышления были обычными. Спонтанные жалобы на снижение настроения, какое-либо беспокойство, тревогу, тоску высказали только двое больных (легкая степень депрессивного расстройства). Вместе с тем при тщательном расспросе или во время повторной беседы 23 больных (45,1%), не отрицали появление чувства внутреннего дискомфорта, легкой тревоги, иногда возникающих на непродолжительное время, чаще во второй половине дня, в связи с усталостью, беспокойством за свое будущее или ссорой с близкими друзьями, и т.п. Пятеро больных (9,8%) сообщили о изредко возникающем в вечернее время кратковременном, необъяснимом чувстве страха одиночества. 32 пациента (67,2%) отмечали кратковременное снижение настроения, чаще в вечернее время, а также легкую раздражительность, внутреннюю напряженность, связанную, по их мнению, с трудностями в приспособлении к новым коллективам по месту работы или учебы, неопределенностью дальнейших жизненных планов. На чувство тоски связанное с отсутствием новых друзей, интересной работы и разнообразного досуга, указали 15 человек (29,4%). Шестеро пациентов (11,8%) говорили об отсутствии целей, своем нежелании работать, учиться, заниматься какой-либо деятельностью. Трое из них рассказали о потере удовольствия от сексуальной жизни, прослушивания музыки, что ранее приносило массу положительных эмоций. Все вышеперечисленное может свидетельствовать о наличии на этом этапе ремиссии признаков депрессии, не достигающих уровня выраженного аффективного расстройства, носящих транзиторный характер и, чаще всего, сочетающихся с проявлениями астении. На этом этапе ремиссии полностью отсутствовали дисфорические реакции.

Как следует из приведенных данных, аффективные расстройства в основном редуцируются к концу 6-го месяца после воздержания от употребления наркотиков. Выраженность эмоциональных расстройств во время ремиссии, длящейся более 6 месяцев, достигает уровня легкой депрессии в незначительном количестве случаев (3,9%). Во время ремиссии, длящейся свыше 6 месяцев, эмоциональные нарушения возникают обычно как реакция на различные обстоятельства, в результате высоких физических, психологических и интеллектуальных нагрузок, неустроенности быта, личной жизни, профессиональной карьеры, трудностей адаптации к новому коллективу. Одновременно с редукцией аффективных нарушений исчезает влечение к опиатам и нормализуется ночной сон. Параллельно с ослаблением аффективной и астенической симптоматики наблюдается расширение круга интересов и повышение работоспособности больных.

Особое значение в достижении долгосрочной стойкой ремиссии имело то обстоятельство, что все пациенты II группы после купирования опиоидного абстинентного синдрома прошли курс медико-социальной реабилитации, длившийся не менее 6 месяцев. В дальнейшем им была оказана социальная поддержка при восстановлении на учебу в СПТУ, ВУЗы, в устройстве на работу по месту жительства. У 21 пациента (41,2%) этой группы отсутствовали признаки акцентуации характера в преморбиде, что почти в 2 раза чаще, чем в I группе (21%). По-видимому

[7], наличие или отсутствие акцентуаций характера в преморбиде является одним из высоко значимых факторов, определяющих качество (длительность и устойчивость) ремиссии, а также частоту возникновения выраженных аффективных расстройств и соматоневрологических нарушений, спонтанно обостряющихся во время ремиссии, приводящих к рецидиву заболевания.

Выводы

1. Аффективные расстройства, занимая важнейшее место в структуре опиоидного (героинового) абстинентного синдрома (ОАС), возникают до появления соматовегетативных нарушений и сохраняются после их исчезновения. На высоте ОАС ведущим проявлением аффективной патологии является тревога, которая достигает иногда уровня тревожной ажитации.

В зависимости от преобладания того или иного аффекта во время ОАС формируются следующие виды депрессий: тревожная (тревожно-фобическая) — 70,2%, апатическая (апато-адинамическая) — 14,0%, тоскливая (меланхолическая) — 8,8%, дисфорическая — 7,0%. Преобладают депрессии средней тяжести, примерно у 25,0% больных развиваются тяжелые депрессивные состояния.

2. Тяжесть абстинентного синдрома в основном определяется суточной дозировкой наркотика и давностью существования наркотической зависимости, а преобладание тех или иных депрессивных расстройств определяется индивидуальными особенностями, в том числе преморбидным складом характера. При развитии дисфорической депрессии вероятность наступления длительной и стойкой ремиссии минимальна. Возникновению дисфорической депрессии способствует акцентуация характера по возбудимому (эпилептоидному) типу.

3. Интенсивность влечения к опиатам тесно коррелирует с выраженностью аффективных расстройств. После купирования острых проявлений ОАС с 12-го по 16-й день воздержания от приема наркотика на фоне ослабления соматовегетативных нарушений и преобладания астенических проявлений усиливается влечение к наркотику. При ремиссиях, длящихся от 1 до 6 месяцев, влечение к наркотику периодически возникает у всех больных. Усиление влечения, как правило, сопровождается тахикардией, гипергидрозом, появлением тревожной окраски настроения, чувством дискомфорта, пресомническими нарушениями. Нарушения сна отмечаются на всем протяжении раннего постабстинентного периода. К исходу 6-го месяца ремиссии сон нормализуется.

К концу 6-го месяца лечения начинается формирование стойкой ремиссии, отмечается редукция основных поведенческих, агрипнических, аффективных расстройств, исчезновение патологического влечения к опиатам. При ремиссиях, длящихся более 6 месяцев, легкие депрессивные расстройства возникают только у 4% больных. Параллельно с ослаблением аффективной патологии и астенической симптоматики с 3-го по 6-й месяц ремиссии обнаруживается расширение круга интересов и заметное повышение работоспособности.

5. При ремиссиях, длящихся свыше 6 мес., различные эмоциональные нарушения возникают обычно как реакция на психотравмирующие обстоятельства, а также в результате высоких физических, психологических, интеллектуальных нагрузок, неустроенности быта, личной жизни, трудностей приспособления к новому коллективу.

6. Вероятность наступления долгосрочной стойкой ремиссии резко повышается при проведении медико-социальной реабилитации в условиях специализированного психотерапевтического центра с длительностью пребывания в нем не менее 6 мес. Возникновению длительной ремиссии способствует отсутствие дисгармонического склада характера.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б., Пузиенко В.А., Соколова Е.П. Психопатологические расстройства у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии и их лечение в стационаре//Методические рекомендации. — М., 1989. — С. 1-15.
2. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1994. — 198 с.
3. Бориневич В.В. Наркомании (Клиника, патогенез и лечение морфинизма, опиоманий и других опийных наркоманий). — М., 1963. — 275 с.
4. Вельтишев Д.Ю., Гуревич Ю.Е., Еращенко Е.А., Серавина О.Ф. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогенетическое исследование)//Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2., №4. — С. 54-60.
5. Вертоградова О.П., Войцех В.Ф., Волошин В.М., Деметьева, Н.Ф., Краснов В.Н., Матвеев А.В., Саленко Б.Б., Силицын В.Н., Суворов А.К. К психопатологической структуре депрессий//Депрессия (психопатология, патогенез). Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, Т. 91. — М., 1980. — С. 16-23.
6. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака//Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1983. — Т.83, вып. 8. — С. 1189-1194.
7. Гофман А.Г., Лошаков И.С. К вопросу о ремиссиях у больных наркоманиями//Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркоманий. Организация наркологической помощи. — М., 1977 — С. 321-330.
8. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А., Рамхен И.Ф., Пинаев А.С., Кочмала М.Т., «Наркомании, токсикомании и их лечение». // Методические рекомендации. — М., МЗ СССР, 1979. — 48 с.
9. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России//Русский медицинский журнал. — 1998. — С. 109 - 114.
10. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний// Гл. II: Рук. по наркологии Под ред. Н.Н. Иванца. — М., 2002. — С. 8-32.
11. Погосов А.В., Мустафетова П.К. Опийные наркомании. — М.: Белые альфы. 1998. — 192 с.
12. Пятницкая И.Н. Наркомании. — М.: Медицина, 1994. — 541 с.
13. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий//Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1998. — №1. — С. 11-20.
14. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий. Руководство по наркологии /под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика. — 2002. — С. 269-366.
15. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании//Вопросы наркологии. — 2002. — №1. — С. 20-26.
16. Стрельчук К.В. Клиника и лечение наркоманий. — М.: Медгиз, 1956. — 346 с.
17. Чирко В.В. Аффективные нарушения в психопатологии наркоманий и выбор психофармакотерапии// Тез. докл. 8 Всес. съезда невропат., психиатров и наркологов. — Т. 1. — М., 1988. — С. 454-456.
18. Штегелин Э. (Staehelein J.E.). Неалкогольные наркомании// Клиническая психиатрия/Пер. с нем. — М., 1967. — С.221-248.
19. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость. Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика. — 2002 — С. 20-23, 106-112.
20. Deglon J. J. Depression and heroinomania// Psychol. Med. (Paris). — 1984. — Vol. 16, №5. — P. 793-796.
21. Emery G.D., Steer R.A., Beck A.T. Depression, hopelessness, and suicidal intent among heroin addicts//J. Addict. — 1981. — Vol.16, 3. — P. 425-429.
22. Энтин Г.М., Копоров С.Г. Наркомания. Распространение и реальные пути борьбы на современном этапе// Наркология. — 2003. — №8. — С. 39-48.
23. Энтин Г.М., Овчинская А.С., Чернобровкина Т.В., Варламов В.Н. Героиновая наркомания в России в конце XX в./ Проблемы современной наркологии и психиатрии в России и за рубежом. Теория практика. Обмен опытом/ Под ред Т.В. Чернобровкиной. — 1999. — С. 68-75.

AFFECTIVE DISORDERS DURING WITHDRAWAL SYNDROME AND REMISSION PERIOD AT THE OPIOMANIA

GOLDRIN S. Postgraduate researcher of Institute of sci-research of psychiatry