

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением опиоидами, каннабиноидами, седативными и снотворными препаратами

ДМИТРИЕВА Т.Б.

академик РАМН, д.м.н., профессор, директор ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва;

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, рук. отдела ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва;

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, рук. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Москва;

ПИЩИКОВА Л.Е.

к.м.н., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва;

КУЛАГИНА Н.Е.

к.м.н., с.н.с. отделения ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва.

В настоящем сообщении речь идет о психотических расстройствах, которые возникают при злоупотреблении опиоидами, каннабиноидами, седативными и снотворными препаратами. Эти вещества составляют первую половину списка психоактивных веществ, приведенного в МКБ-10. Психотические расстройства, вызываемые веществами, которые входят во вторую половину списка, будут рассмотрены в одном из следующих номеров журнала "Наркология".

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением опиоидами

Существующие мнения относительно возникновения психотических состояний при опиоидной наркомании противоречивы. Так, была описана картина опиоидного психоза, который проявлялся галлюцинозом с истинными вербальными галлюцинациями комментирующего или императивного характера. Наблюдалась делириозная, галлюцинозная и параноидная разновидности опиоидных психозов с характерными для них сенестопатиями и явлениями деперсонализации. В то же время еще Э. Крепелин [1] считал, что развившийся у морфиниста судорожный припадок, или психоз, свидетельствует о предшествовавшем злоупотреблении алкоголем. И.Н. Пятницкая [2], располагая большим клиническим материалом, не наблюдала ни психотических состояний, ни эпилептиформных припадков у больных опиоидной наркоманией. Исключение составляли высказывания больных по типу сензитивного бреда отношения и нестойкие персекуторные идеи, развивающиеся на высоте абстинентного синдрома. Так, больным казалось, что медперсонал специально, для усиления их мучений, не выполняет предписанных назначений, больно и "жестоко" делает инъекции, что в отделении больницы находятся переодетые сотрудники милиции. Такие состояния сопровождалась аффектом тревожного ожидания и были нестойкими и кратковременными.

Традиционно считается, что при передозировке опиатов психотической симптоматики также не наблюдается. Развивающееся при этом сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательного центра. При передозировке кустарно приготовленного ацетилованного опия могут возникать кратковременные эпизоды делириозного или онейроидного характера.

Единичные случаи психозов, описанные у наркоманов при абстиненции, напоминали истерическое сумеречное состояние.

Большинство наркоманов начинает злоупотреблять наркотиками в молодом возрасте, когда личность еще не сформирована. Это останавливает ее дальнейшее разви-

тие и социальный рост. Так, сужается круг интересов, все мысли концентрируются вокруг наркотиков, наблюдаются общее эмоциональное обеднение и огрубение, лживость, морально-этические дефекты и снижение энергетического потенциала. Эти признаки сближают больных наркоманией с пациентами, страдающими шизофренией (гебоидный вариант).

У наркоманов даже с большой длительностью заболевания не обнаруживаются признаков выраженных интеллектуально-мнестических расстройств. Для них более характерны слабость психических функций, затруднения при концентрации внимания, неспособность к продолжительным занятиям. Однако в случаях употребления кустарно приготовленного ацетилованного опия у наркоманов формируется достаточно отчетливый психоорганический синдром. В его развитии на первых этапах (1,5—2 года) происходит психопатизация по истерическому и эксплозивному типу, а затем — значительное интеллектуальное снижение.

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением каннабиноидами (препаратами конопли)

При гашишизме могут отмечаться различные психотические состояния: 1) транзиторные (в структуре острой интоксикации); 2) протрагированные (возникающие в опьянении, но выходящие за его пределы) и 3) развивающиеся в структуре абстинентных состояний.

При передозировке гашиша либо при повторных его приемах в течение короткого промежутка времени развивается картина психотического опьянения, характеризующаяся сумеречным, делириозным, делириозно-нейроидным помрачением сознания, острым параноидом, аменцией. По мнению И.Н. Пятницкой, границу между указанными синдромами бывает провести трудно. В целом гашишные психозы отличаются повышенным уровнем тревожности, параноидными реакциями, иллюзорными расстройствами, деперсонализацией, спутанностью, двигательным беспокойством, возбуждением, сновидными расстройствами, слуховыми галлюцинациями. Такой больной многоречив, его речь бессвязна, иногда он вне-

запно замолкает. Поведение часто импульсивное или нелепое, вплоть до гебефреноподобного. Опыневший то порывается бежать, то застывает в одной позе. Может проявляться агрессия. Аффект скачущий — от ужаса или растерянности до безудержного веселья. Контакт с больным отсутствует или частичный. Продолжительность психоза от 1–3 ч до 2 сут. Выход из психоза — через длительный сон, затем наступает глубокая астения продолжительностью до 2–3 нед. У больных сохраняются лишь обрывки воспоминаний об отрицательных аффектах и устрашающих галлюцинациях.

Сумеречные состояния могут возникать у лиц, злоупотребляющих гашишем и перенесших черепно-мозговую травму. При этом внезапно появляется резкая бледность кожных покровов, лицо “застывает”. Опыневший куда-то устремляется, что-то ищет, может проявить жестокую агрессию без повода. Впоследствии воспоминаний об этом не сохраняется.

Редким психическим расстройством в структуре гашишного опьянения является острый параноид. После приема наркотика появляются тревога, подозрительность, расстройства восприятия в форме галлюцинаций, как слуховых, так и зрительных. Доминирующим аффектом становится страх. На фоне кататимно измененного мышления формируются параноидная готовность и паранойальные идеи, чаще всего персекуторного содержания. В случайных прохожих больной видит своих знакомых, ему кажется, что вокруг него затевается что-то недоброе, возможно развитие бреда инсценировки. Иногда доминирует оглушенность, на фоне которой возможны экзотические переживания, онейроидные эпизоды с выходом через глубокий сон. Психотическое состояние продолжается от нескольких часов до нескольких дней.

По некоторым данным, передозировка гашиша может вызвать эпилептиформный припадок.

На 3–4-е сутки воздержания от употребления наркотика в редких случаях возможно развитие абстинентного психоза, который также может протекать в форме сумеречного, делириозного помрачения сознания и галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Длительность абстинентного гашишного психоза обычно соответствует продолжительности алкогольного абстинентного синдрома и редко затягивается больше чем на неделю. Клиническая картина чаще всего сходна по структуре с алкогольным делирием. Однако в этих случаях отсутствуют гипергидроз, крупноразмашистый и общий тремор, атактические знаки. Больной обычно бледен, у него отмечаются сухость слизистых, хриплый голос. Эмоциональные переживания только отрицательные. Обращает на себя внимание отсутствие скачущего аффекта, смешливости, юмора. Постоянными признаками гашишного делирия являются привычные ощущения, связанные с курением гашиша, а также сенестопатии и дисморфобии. Часто наблюдаются психосенсорные расстройства, напоминающие расстройства чувственного восприятия при наркотическом опьянении, когда “стены раздвигаются”, большие “парят в воздухе”. Характерны в основном слуховые и в меньшей степени зрительные галлюцинации. Отмечаются страх, тревога, бредовые идеи преследования, отравления. Психоз может длиться от нескольких дней до нескольких недель. Выход из гашишного абстинентного психоза постепенный, без критического сна. Впоследствии

абстинентные проявления не обнаруживаются, отмечаются их остаточные знаки — астения, отдельные ипохондрические ощущения, obsессивное влечение к наркотику.

Затяжные (протрагированные) психозы имеют шизофреноподобную окраску. Как отмечает Г.И. Каплан [3], у европейских курильщиков гашиша такие состояния встречаются редко. Чаще они возникают у гашишеманов на Востоке при употреблении в течение длительного времени (не менее 2–3 лет) максимально больших доз гашиша. Развитие психоза может и не быть непосредственно связано с приемом наркотика, психические расстройства могут манифестировать при отсутствии каннабиноидов в крови.

Дебютируют подобные психозы чаще всего параноидной симптоматикой. Они проявляются бредовыми идеями отношения, разорванностью мышления, кататоноподобными состояниями, некоторым эмоциональным потускнением. В структуре психоза отмечается частая смена синдромов — на первый план выступает то галлюцинаторно-бредовая симптоматика, то психосенсорные нарушения, то шизофреноподобные симптомы в виде деперсонализационных расстройств, дурашливости, нелепого поведения, психических автоматизмов. Нередко шизофреноподобная симптоматика сочетается с псевдопаралитическим синдромом. Бредовые идеи плохо систематизированы, уже на первых этапах возможны элементы парафренизации. Больные заявляют о том, что их преследуют, им угрожают, за ними следят, что у них имеется связь с инопланетянами, они подчиняются “космической воле”, способны управлять целыми народами. Особенностью бреда является космическая или мистическая тематика.

При гебефренической окраске приступа у больных наблюдаются двигательное возбуждение, беспричинная смешливость, дурашливость, гримасничанье, склонность к патологическому мудрствованию и другие признаки “диссоциативных” расстройств мышления. Однако они не достигают степени разорванности мышления, как это бывает при гебефренической форме психоза.

У больных с маниакальной симптоматикой на фоне резко повышенной активности, ускоренного мышления отмечается изменение аффекта от эйфорического до гневливого. При подобной структуре психоза аффективные и шизофреноподобные расстройства нередко сочетаются со спутанностью и выраженной агрессивностью. При этом они имеют большое сходство с циркулярным психозом [4].

Продолжительность протрагированных психозов не превышает в среднем трех месяцев. Однако, по некоторым данным [3], такие психозы могут длиться до нескольких месяцев и даже лет, особенно если они возникли в молодом возрасте. Психозы обнаруживают свою экзогенную природу в начальном периоде заболевания, когда в их клинической картине преобладают делириозные расстройства. Далее же психическая патология приобретает эндоформный характер. Основным критерием для правильного диагноза является регресс симптоматики после прекращения интоксикации гашишем.

Таким образом, многие исследователи отмечают, что психопатологические проявления при остром отравлении гашишем напоминают острые вспышки шизофрениче-

ского психоза, а возникающие на фоне хронической интоксикации — ее параноидную форму.

Конечные состояния хронического гашишизма довольно сходно описаны А.Л. Камаевым, А.К. Стрелюхиным, А.И. Дурандиной, И.Д. Кулагиным, Д.К. Казиевой, М.С. Мадиевой. Эти изменения проявляются в нравственной, волевой, интеллектуальной, аффективной сферах и настолько выражены, что их очень трудно дифференцировать от нарушений при эндогенном процессе [2]. Особенностью клинической картины гашишной наркомании является психоорганическое снижение, сходное с алкогольной энцефалопатией. У больных гашишизмом и алкоголизмом в конечном итоге развивается органическая деменция. При этом она может проявляться в эретической (псевдопаралитический синдром), торпидной (шизоформный синдром) и психотической формах (галлюцинаторные, галлюцинаторно-параноидные синдромы). В зарубежной литературе для обозначения динамики некоторых вариантов изменений личности при гашишизме используется термин *амотивационный синдром* (пассивность, снижение побуждений, целенаправленной активности и высших мыслительных функций, апатия, неряшливость, увеличение массы тела). Биологическим субстратом этого процесса является токсико-дистрофическая энцефалопатия с сосудистыми нарушениями.

Психотические состояния, вызываемые злоупотреблением седативными и снотворными препаратами

При злоупотреблении *барбитуратами* наблюдается два вида психозов: интоксикационные (в структуре острой интоксикации) и абстинентные.

Интоксикационные психозы возникают при передозировке барбитуратами на фоне извращения фармакологических эффектов. Седативное действие сменяется активизирующим, возникают иллюзорные и галлюцинаторные расстройства, отрывочные бредовые идеи, синдромы нарушенного сознания (оглушение, сумеречное расстройство, делирий). При сумеречном помрачении сознания наблюдается выраженный аффект страха, тоски, злобы в сочетании с иллюзорной и галлюцинаторной симптоматикой, элементами образного бреда.

Чаще всего при злоупотреблении барбитуратами психотические расстройства возникают в структуре абстинентного синдрома. По мнению В.С. Битенского, они развиваются лишь на второй стадии барбитуровой наркомании.

Абстинентный барбитуровый психоз развивается на 3—5-й день воздержания от наркотика и осложняется epileptическими припадками. Психоз развивается обычно вечером на фоне бессонницы, депрессии, дисфории и манифестирует выраженным аффектом страха, тревогой, нарушением аллопсихической ориентировки. Психопатологическая структура психоза имеет сходство с алкогольным делирием, при этом последний отличается более глубоким помрачением сознания, сопровождающимся обширными амнезиями по выходе из психоза, меньшим двигательным возбуждением (в пределах постели), интенсивной цветовой окрашенностью галлюцинаторных образов (подобно тому, как это бывает при галлюцинациях на органически измененной почве), отсутствием изменчивости аффекта. Зрительные галлюцинации яркие, образные,

панорамные. Больные могут видеть фантастических животных, космические объекты. Продолжительность подобно психоза — 2—3 дня.

В течение абстинентного синдрома у больных барбитуровой наркоманией могут возникать галлюцинаторно-параноидные (шизоформные) и корсаковоподобные психозы.

Галлюцинаторно-параноидные психозы протекают с галлюцинациями, бредом, субступором, паническими реакциями на фоне полной ориентировки в окружающем. Описаны острые барбитуровые параноиды и галлюцинозы, имеющие затяжной характер, со слуховыми галлюцинациями, длящимися до 1,5-2 мес. и последующими конфабуляциями.

Характерными психическими нарушениями в рамках хронического злоупотребления барбитуратами являются стойкие гипоманиакальные расстройства с двигательным возбуждением, многоречивостью, перемежающиеся периодами сниженного настроения с раздражительностью, тревогой, беспокойством, угрюмостью. На фоне этих изменений могут возникнуть психотические эпизоды по типу делирия и галлюциноза, а также epileptiformные припадки.

Последствиями хронического злоупотребления барбитуратами являются такие психические нарушения, как сниженный уровень побуждений, потеря эмоционального контроля, интеллектуальное снижение, эгоцентризм, эйфория, нарушение межличностных связей, агрессивное отношение к окружающим, что напоминает изменения личности, развивающиеся у больных epilepsией.

В результате хронического злоупотребления барбитуратами формируется барбитуровая деменция — выраженная токсическая энцефалопатия со специфическими особенностями в виде брадипсихии, дисфории, депрессии, расстройств памяти (их динамика соответствует закону Рибо) и диффузным поражением ЦНС, проявляющимся дизартрией и атаксией.

Злоупотребление *транквилизаторами* также может привести к возникновению психотических расстройств. При передозировке препаратов на фоне оглушения наступают полная обездвиженность, глубокий сон, переходящий в кому. Развитию комы могут предшествовать оглушение, дезориентировка, беспорядочное двигательное возбуждение, немотивированная агрессия, эйфория или дисфория.

В последующем в структуре опьянения наблюдаются иллюзии, галлюцинации, психомоторное возбуждение, изменение сознания по типу сумеречного; иногда в клинической картине преобладают элементы делирия, эпизоды, напоминающие аменцию или маниакальное состояние.

Абстинентные психозы развиваются к концу первых суток после последнего употребления транквилизаторов. Чаще всего они протекают с помрачением сознания, сопровождаются неусидчивостью, тревогой, страхом, достигая степени ажитации. В ряде случаев возникают судорожные припадки. Возможно развитие в состоянии абстиненции галлюцинаторно-параноидных психозов. Иногда выделяют 4 типа психозов при отмене бензодиазепинов: делириозный синдром с субступором и ажитацией; шизофреноподобный параноидно-галлюцинатор-

ный синдром; тревожно-депрессивный синдром; психоз с явлениями деперсонализации.

В то же время есть данные, что абстинентный синдром при злоупотреблении транквилизаторами обычно протекает легче, чем у больных барбитуратоманией, без мучительных соматических и психических расстройств. Патологическое влечение к препаратам не носит компульсивного характера, не наблюдается грубых нарушений поведения, связанных с попытками получить препараты для купирования абстинентных проявлений.

Так же, как и при употреблении барбитуратов, в результате злоупотребления транквилизаторами могут возникать грубые изменения личности, сходные с эпилепти-

ческими. Обнаруживаются сходный интеллектуальный дефект (брадипсихия), а также дисфорические состояния. Аффективная патология проявляется в возбудимости, конфликтности и агрессивности больного.

Список литературы

1. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов / Пер. с нем. — М., 1912. — Т. 1.
2. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 526 с.
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 672 с.; Т. 2. — 528 с.
4. Битенский В.С., Херсонский Б.Т., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. — Киев: Здоровье, 1989. — 215 с.

PSYCHOTIC STATES PRODUCED BY ABUSE OF OPIOIDES, CANNABIODES, SEDATIVE AND SOMNOLENT DRUGS

DMITRIEVA T.B.	Academician, RAMS. Professor, Head of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
IGONIN A.L.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
KLIMENKO T.V.	MD. PhD. Professor, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
PISCHICOVA L.E.	MD. PhD. senior researcher of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry
KULAGINA N.E.	MD. PhD. senior researcher, of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry

The communication deals with the psychotic disorders under over consumption of opioides, cannabioides also sedative and somnolent drugs (substances). These substances are composing first half of The List of the psychoactive substances indicated in ICD-10. The psychotic disorders provoked by the substances from second half of The List will be presented and discussed in one from next delivered numbers of "The Narcology" special medical magazine.