

Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания

РОХЛИНА М.Л.

д.м.н., профессор, Национальный научный центр наркологии Росздрава (ННЦН), Москва

Изучено 350 больных героиновой наркоманией (270 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 17 до 49 лет с длительностью наркотизации от 6 мес. до 6 лет. Установлено, что злоупотребление героином на всех этапах сопровождается психической патологией, в структуре которой значительное место занимают своеобразные аффективные нарушения. В наибольшей степени они выражены в период синдрома отмены и в постабстинентный период. Преобладающей симптоматикой являются тревога и дисфория. Имеется четкая связь между выраженностью аффективных расстройств и интенсивностью патологического влечения к наркотикам. Учитывая, что аффективные нарушения являются облигатными при героиновой наркомании, обязательным компонентом терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого абстинентного синдрома. Выбор конкретного антидепрессанта определяется структурой аффективных расстройств и состоянием пациента.

Введение

Проблема наркоманий стоит в ряду наиболее важных как для наркологии, так и для здравоохранения в целом. Это обусловлено прежде всего тяжелыми медицинскими и социальными последствиями и высокой криминогенностью этого контингента больных.

Одной из наиболее тяжелых и наиболее распространенных в настоящее время в нашей стране форм зависимости является опиоидная (героиновая) наркомания. По данным Кошкиной Е.А. и Киржановой В.В. [12] в 2004 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 303 649 лиц с зависимостью от опиоидов (210,9 на 100 тыс. населения), а с впервые установленным диагнозом — 17 514 (1224 на 100 тыс. населения). Это значительно выше показателей, отражающих частоту других форм злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ).

Злоупотребление героином на всех этапах сопровождается психической патологией, в структуре которой значительное место занимают своеобразные аффективные нарушения. При этом они могут быть составной частью, синдромом и основой для других психических нарушений (волевых, мотивационных, нарушений влечения) [1—8, 14, 18—20, 22, 25—33].

Материал и методы исследования

Нами изучались все больные героиновой наркоманией, проходившие стационарное лечение в отделении клинических исследований наркоманий ННЦ наркологии в 1999—2004 гг. Всего было изучено 350 пациентов: 270 мужчин и 80 женщин в возрасте от 17 до 49 лет. Большая часть больных была в молодом возрасте — до 29 лет. Длительность употребления наркотиков колебалась от 6 мес. до 6 лет (трое больных были с длительностью наркотизации 17—18 лет). Героин в большинстве случаев больные начинали употреблять путем вдыхания, затем, по мере роста толерантности, переходили на внутривенное введение. Потребляемые дозы значительно различались — от 0,2 до 1 г в сутки, реже — более высокие. Но часто дозы трудно было определить точно, так как больные называли те дозы, которые им указывали продавцы наркотика, а женщины — те дозы, на которые указывали их сексуальные партнеры, с которыми они наркотизировались.

Результаты исследования

Как показали проведенные исследования, почти в половине случаев у изученных больных выявлялась наследственная отягощенность алкоголизмом, психопатиями, психическими заболеваниями. Наиболее часто встречался алкоголизм отцов и других родственников — в 21,3% случаев. Лишь в 1,9% у родственников больных выявлялись аффективные психозы или суициды, т.е. практически наследственность больных почти не была отягощена аффективной патологией.

Почти в 75% случаев в преморбиде больных можно было отметить наличие патологических личностных девиаций, в основном акцентуаций характера, реже — психопатий. Преобладали черты повышенной возбудимости, истероформности, патологической конформности. В отдельных случаях в анамнезе выявлялись черты аффективной неустойчивости или реактивной лабильности. У женщин в половине случаев в преморбиде выявлялись колебания настроения, с одинаковой частотой как аутохтонные, так и реактивно спровоцированные. Часть больных (18%), как мужчин, так и женщин, отмечали у себя повышенную чувствительность, ранимость, затяжные реакции на психотравмирующие ситуации.

Мотивами первого употребления наркотиков у мужчин были преимущественно любопытство и подражание действиям друзей из наркоманических компаний. У женщин наиболее частым мотивом было вовлечение в наркотизацию сексуальным партнером. Первая наркотизация у больных, как правило, не была связана с расстройствами настроения.

Нарушения в аффективной сфере были выявлены у большинства исследованных больных (78%) практически на всех этапах заболевания. Они формировались, как правило, в процессе наркотизации. Постепенно, по мере употребления героина настроение у больных становилось неустойчивым, лабильным. Когда они не находились под действием наркотиков, то легко давали дисфорические реакции, раздражались по каждому пустяку.

Общей закономерностью аффективной патологии у больных опиоидной наркоманией было постепенное, по мере динамического развития болезни, углубление симптоматики депрессивного характера в период синдрома отмены и главным образом в постабстинентный период.

**Острый абстинентный синдром
(первые 5–7 дней после
последнего употребления наркотика)**

В период регулярного приема наркотиков, при прекращении их действия для больных были характерны дисфорические реакции на фоне лабильности и неустойчивости настроения. Уже спустя несколько часов после последнего употребления героина у пациентов менялось настроение, появлялась неосознанная тревога, беспокойство, раздражительность, лишь затем присоединялись характерные соматовегетативные признаки опийного абстинентного синдрома (АС).

В остром периоде АС аффективные расстройства были тесно спаяны с соматовегетативными проявлениями синдрома лишения. Физические страдания, вызванные наличием алгических и других соматовегетативных проявлений, как бы объясняли пониженное настроение, и поэтому аффективные расстройства отступали на второй план. Кроме того, при активном лечении наблюдались астенические проявления: вялость, слабость, утомляемость, которые преобладали над собственно депрессивной симптоматикой, хотя и сопровождалась сниженным настроением, дисфорией и выраженным влечением к наркотику. На этом этапе назначение регуляторов нейро-медиаторных систем, обезболивающих средств и нейролептиков, купирующих влечение к наркотикам, позволяло смягчить аффективную симптоматику без назначения антидепрессантов.

Постабстинентное состояние

После купирования острых проявлений АС у больных наблюдается так называемое постабстинентное состояние. В этот период аффективные расстройства были выражены в наибольшей степени. К концу первой недели лишения наркотиков у части больных можно было наблюдать собственно депрессивные расстройства, иногда даже с предсердечной тоской, но обычно без двигательной заторможенности. В то же время более чем у половины пациентов преобладала тревога и было выражено двигательное беспокойство. Нередко субъективное ощущение тоски и депрессивные жалобы в беседе с врачом оказывались в некотором диссонансе с поведением больных в отделении, где они внешне были достаточно активны и общительны.

По особенностям клинко-психопатологической структуры в этот период целесообразно было выделять три основных варианта аффективных нарушений: астено-депрессивное, тревожно-депрессивное и тревожно-дисфорическое состояние, где в одинаковой степени были выражены тревога и дисфория. Наиболее часто встречался последний вариант. Но и в других случаях, практически всегда, депрессивные жалобы больных сопровождалась в той или иной степени выраженной раздражительностью, общим недовольством окружающей обстановкой и склонностью к дисфорическим реакциям. Поэтому настроение больных скорее всего можно было охарактеризовать как угрюмое, мрачное, что позволило в свое время обозначить его как «дисфорично-угрюмая подавленность» [22].

Аффективные расстройства были тесно связаны с патологическим влечением к наркотику. Это согласуется с данными других авторов, занимавшихся изучением психопатологических нарушений при наркоманиях [1, 4, 17, 23].

Периодически у больных дисфорические аффективные расстройства выступали на первый план, способствуя

нарушениям поведения, которое становилось психопатоподобным, сопровождаясь нередко злобностью, даже агрессивностью. Это чаще всего свидетельствовало об актуализации влечения к наркотику.

Подобные дисфорические психопатоподобные состояния нередко возникали пароксизмально, и это всегда указывало на наличие компульсивного влечения к наркотикам. Однако у ряда больных напряженность, раздражительность, дисфоричность были как бы прикрыты маской своеобразно приподнятого настроения.

В постабстинентный период у пациентов нередко наблюдались своеобразные суточные колебания в состоянии. В первой половине дня больные предъявляли чисто депрессивные жалобы или вообще никаких жалоб не предъявляли, а к вечеру у них нарастали тревога, беспокойство, выраженная дисфория, часто наблюдались нарушения, которые мы расценивали как сенестопатии: появлялись ощущения «выкручивания» в ногах, пояснице, которые пациенты, как правило, отличали от болевого синдрома, наблюдающегося на высоте синдрома лишения. Больные становились в это время крайне беспокойными, вплоть до ажитации, не могли найти себе места. Это состояние обычно камуфлировало обострение патологического влечения к наркотику, что далеко не всегда осознавалось больными. Купировались такие состояния седативными препаратами и нейролептиками, которые назначались разово или курсом, в зависимости от их выраженности и продолжительности, и обязательно в сочетании с антидепрессивной терапией. По суточным колебаниям аффекта, его лабильности можно было судить о характере влечения к наркотикам и его силе.

В целом наблюдался определенный параллелизм между тяжестью депрессии и дисфории и выраженностью влечения к наркотикам. Усиление депрессивной симптоматики с характерной дисфорической окраской почти всегда свидетельствовало об актуализации патологического влечения к наркотикам и требовало проведения соответствующих терапевтических мероприятий. Уровень патологического влечения к наркотикам соответствовал тяжести психопатологической симптоматики.

В ряде случаев у больных отмечалась своеобразная ипохондричность, которая не была свойственна им ранее. Они высказывали жалобы и тревожные опасения по поводу того, что в результате наркотизации могут заболеть неизлечимыми болезнями, просили показать их тем или иным специалистам. В то же время критика к злоупотреблению наркотиками отсутствовала. Частота рецидивов у этих больных, как оказалось, была такая же, как и у остальных пациентов. Их ипохондрические высказывания шли как бы вразрез с их поведением и отношением к наркотизации в целом.

Некоторые особенности аффективных расстройств наблюдались у женщин, страдающих героиновой наркоманией [15].

В преморбиде у женщин достаточно часто выявлялись колебания настроения, как реактивные, так и аутохтонные, чего обычно не выявлялось в преморбиде у мужчин. Они, однако, носили слабовыраженный характер и не были поводом для обращения за психиатрической помощью.

В два раза чаще, чем у мужчин, у женщин до начала употребления наркотиков выявлялись суицидальные тенденции.

Аффективные расстройства, которые наблюдались у женщин после купирования острого АС, чаще проявля-

лись в выраженной аффективной лабильности, преобладании сенесто-ипохондрических субдепрессивных расстройств, склонности к соматизации жалоб, часто маскирующих влечение к наркотикам.

У женщин реже встречались дисфория, раздражительность и конфликтность, чаще наблюдалось истероформное поведение.

Часто такие пациентки были ярко и броско одеты, использовали необычные цвета косметики. Своим поведением они эпатировали, стремились привлечь к себе внимание, не скрывая, что «играют на публику». Они требовали к себе повышенного внимания, бывали капризными, непоследовательными в своих просьбах и жалобах.

Ремиссии

Определенные особенности аффективных расстройств наблюдались в динамике заболевания, в период становления ремиссии.

В процессе наркотизации у больных формируются характерные «наркоманические» изменения личности [10]. В их структуре также выявлялись своеобразные аффективные нарушения.

Особенности депрессий в период ремиссии при наркоманиях, обусловленных употреблением кустарных опатов, в свое время были описаны Киткиной Т.А. [9]. И при героиновой наркомании в ремиссии у больных периодически снижалось настроение, что сопровождалось выраженным беспокойством, тревогой, дисфорией. Это всегда указывало на обострение влечения к наркотикам. Иногда такие состояния возникали пароксизмально. При этом дисфория была особенно резко выражена. Это состояние обычно сопровождалось нарушениями поведения и свидетельствовало о компульсивном характере влечения. Постепенно дисфорический симптомокомплекс мог сменяться тоскливым, а в дальнейшем — апатико-абулическим. Причем, чем больше времени проходит после купирования абстинентных явлений, тем меньше становится взрывчатость и в большей степени проявляются тоска, апатия, безволие, неспособность к труду [10, 21].

У больных с длительным стажем употребления наркотиков нередко формируются эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, ранимость, которые наиболее отчетливо проявляются в период ремиссии. Больные становятся чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего душевного дискомфорта. У них развивается склонность неадекватно реагировать на всевозможные, большей частью незначительные, психотравмирующие моменты. В ответ сразу же снижается настроение, что, в свою очередь, вызывает обострение патологического влечения к наркотикам и нередко приводит к рецидиву. Подобные состояния мы описывали при наркоманиях, обусловленных употреблением кустарных опатов. Мы их обозначали тогда как «нажитая аффективная лабильность» [20]. Сходные проявления «нажитой аффективной лабильности», хотя и менее выраженные, наблюдались в ремиссиях и при героиновой наркомании.

Таким образом, и в ремиссиях выявлялась четкая взаимосвязь аффективных нарушений с патологическим влечением: при появлении у больных сниженного настроения, тревоги, усиления дисфории следует предполагать усиление патологического влечения к наркотикам.

Заключение

Характеризуя особенности аффективных расстройств при героиновой наркомании в целом, следует подчеркнуть, что их клинические проявления отличаются от тако-

вых, наблюдаемых при эндогенных депрессиях или неврозах. Четкого депрессивного синдрома со всеми составляющими, как правило, не наблюдается, как и свойственных эндогенным депрессиям соматических и вегетативных компонентов депрессий. С другой стороны, выражена соматовегетативная симптоматика, характерная для опийного АС.

Для аффективных нарушений при героиновой наркомании характерна малая дифференцированность. Особенностью является также лабильность симптоматики: в течение суток могут отмечаться вялость, пассивность, затем переходящая в раздражительность, беспокойство, вплоть до агрессивности.

Основными, преобладающими, симптомами, характерными для героиновой наркомании, являются тревога и дисфория. Чувство напряженности, тревожного ожидания, беспричинного беспокойства могут сочетаться с другими проявлениями аффективных нарушений: тоскливыми, дисфорическими, ипохондрическими.

На всех этапах отмечается диссоциация между субъективной и объективной оценкой присутствующих аффективных нарушений.

Наблюдаются инвертированные суточные колебания в состоянии, которое, как правило, ухудшается к вечеру, когда усиливаются тревога, беспокойство и обостряется патологическое влечение к наркотикам.

Часто аффективные расстройства при героиновой наркомании имеют субклинический характер, что позволяет говорить о гипотимии. На психологическом уровне это выражается неспособностью пациентов в полной мере испытывать чувство комфорта и удовольствия. Прием наркотика в таких случаях обеспечивает достижение своеобразной компенсации присущего больному дефекта эмоциональной сферы.

Несмотря на отмеченное выше своеобразие аффективных нарушений при героиновой наркомании, следует подчеркнуть, что они являются obligatными и требуют, безусловно, коррекции. Учитывая это, обязательным компонентом любой схемы терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого АС. Мы не можем согласиться с мнением Сиволапа Ю.П., Савченкова В.А. и др. [24], которые считают, что применение антидепрессантов в наркологической практике является ограниченным. Коррекция аффективных нарушений, имеющихся у больных героиновой наркоманией, длительность и успешность их лечения во многом определяют стойкость ремиссии.

Учитывая отмеченные выше особенности аффективных нарушений при героиновой наркомании, предпочтение следует отдавать антидепрессантам с седативным или сбалансированным действием, которые можно комбинировать с мягкими нейролептиками. Выбор конкретного антидепрессанта определяется структурой аффективных расстройств и ожидаемыми побочными эффектами.

Выводы

Таким образом, наши исследования показали, что нарушения в аффективной сфере у больных опийной (героиновой) наркоманией выражены в той или иной степени практически на всех этапах заболевания.

Общей закономерностью аффективной патологии у больных героиновой наркоманией является углубление депрессивной симптоматики в период синдрома отмены и особенно в постабстинентный период.

Имеется четкая связь между выраженностью аффективных расстройств и интенсивностью патологического влечения к наркотикам. Усиление проявлений депрессии с характерной дисфорической окраской и нарушениями поведения в большинстве случаев являются проявлениями актуализации влечения к наркотикам.

Учитывая, что своеобразные аффективные нарушения являются облигатными при героиновой наркомании, обязательным компонентом любой схемы терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого АС, длительность и успешность их лечения во многом определяют стойкость ремиссии.

Выбор конкретного антидепрессанта определяется структурой аффективных расстройств и ожидаемыми побочными эффектами.

Список литературы.

1. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н.— М., 1994.
2. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 2004. — 34 с.
3. Воронин К.Э. Первичное патологическое влечение при алкоголизме и наркоманиях: Автореферат дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1987. — 23 стр.
4. Гольдрин С.Э. Особенности аффективных расстройств у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2003. — 25 с..
5. Гофман А.Г., Бориневич В.В., Черняховский Д.А. и др. Наркомании, токсикомании и их лечение: Методические рекомендации. — М., 1979. — 48 с.
6. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Зависимость от психоактивных веществ// Наркология. — 2002. — № 9. — С. 2—9.
7. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам. — М., 2000.
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
9. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1993. — 24 с.
10. Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. Автореферат дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1999. — 28 с.
11. Клименко Т.В., Субхантердина А.С. Синдром кинез патологического влечения к опиоидам// Наркология. — 2002. — № 11. — С. 31—34.
12. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Распространенность наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах. — М., 2005. — 84 с.
13. Кривенков А.Н., Игонин А.Л., Кулагина Н.Е., Тузикова Ю.Б., Карабулкин В.Н. Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией// Наркология. — 2002. — № 3. — С. 24—27.
14. Литвинцев С.В., Кочеткова Т.Е., Арбузов А.Л., Резник А.М., Кутушев О.Т., Барков Д.А. Роль паксила в коррекции эмоциональных расстройств в постабстинентном периоде у больных героиновой наркоманией// Вопросы наркологии. — 2003. — № 4. — С. 18—23.
15. Мохначев С.О. Героиновая наркомания у женщин: Автореферат дисс. на соискание учен. степени к.м.н.— М., 2001. — 25 с.
16. Надеждин А.В., Воронков А.А., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. Антидепрессант феварин в комплексной терапии героиновой наркомании// Вопросы наркологии. — 2002. — № 3. — С. 26—33.
17. Найденова Н.Г. Аффективные нарушения при политоксикоманиях// Неотложная наркология. Тезисы докладов обл. научно-практической конференции. — Харьков, 1987. — С. 252—255.
18. Погосов А.В., Барбина Е.М. Аффективные расстройства и осознание болезни при опийных наркоманиях// Наркология. — 2002. — № 9. — С. 16—20.
19. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов// Вопросы наркологии. — 1990. — № 1. — С. 34—38.
20. Рохлина М.Л., Благов Л.Н., Новак В.В. Аффективные расстройства при современных формах наркоманий// Синапс. — 1993. — № 3. — С. 56—62.
21. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
22. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. Аффективные нарушения при героиновой наркомании// Вопросы наркологии. — 2002. — № 1. — С. 20—26.
23. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства в структуре влечения при героиновой наркомании// Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материалы конференции. — М., 2003. — С. 217—218.
24. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., Вандыш М.В. К оценке роли различных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости// Психиатрия и психофармакология. — 2004. — Т. 6, № 3. — С. 110—112.
25. Caballero Valles P.J., Dorado Pombo S., Brasint Olivares B. et al. The Epidemiological Surveillance of Acute Poisoning in 1977// Rev. Clin. Esp. — 1999. — № 199. — P. 424—430.
26. Dackis C.A., Gold M.S. Opiate addiction and Depression: Cause or Effect// Drug Alcohol Depend. — 1983. — Vol. 11, № 1. — P. 105—109.
27. Kleber H.D. The Use of Psychotropic Drugs in the Treatment of Compulsive Opiate Abusers. The Rationale for Use// Adv. Alcohol Subst. Abuse. — 1986. — Vol. 5, № 1—2. — P. 103—109.
28. Kosten The.R., Rounsaville B.J., Kleber H.D. A 2,5 Year follow up of Depression, Life Crises, and Treatment Affects on Abstinence among Opioid Addicts// Arch. Gen. Psychiatry. — 1986. — Vol. 43, № 8. — P. 733—738.
29. Kosten T. A., Kosten T.R., Rounsaville B.J. Personality disorders in opiate addicts show prognosis specificity// J. Subst. Abuse Treat. — 1989. — Vol. 6, № 3. — P. 163—168.
30. Meddow I.F., Desmond D.P., Castello R. Depression in opioid users varies with substance use status// Amer. J. Drug and Alcohol Abuse. — 1987. — Vol. 13, № 4. — P. 375—385.
31. Pasnau R.O., Bystritsky A. On the comorbidity of anxiety and depression// Handbook of Depression and Anxiety. A Biological Approach. — 1994.
32. Rounsaville B.J., Weisman M.M., Kleber H.D. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts// Arch. Gen. Psychiatry. — 1982. — Vol. 39. — P. 161—168.
33. Rounsaville B.J., Weber H.D. Untreated opiate addicts// Arch. Gen. Psychiatry. — 1985. — Vol. 42. — P. 1072—1077.

AFFECTIVE DISORDERS IN HEROIN ADDICTION DURING DIFFERENT STAGES OF ILLNESS

ROKHLINA M.L.

Dr.med.sci., professor, National Research Center of Addiction, Moscow