

Постановка вопроса об особой психопатологии опиоидной зависимости

СИВОЛАП Ю.П.

д.м.н., кафедра психиатрии и медицинской психологии
Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, Москва

Обсуждается вопрос о специфическом характере психопатологических проявлений опиоидной зависимости. Проводится дифференциальный сравнительный анализ психических нарушений у больных опиоидной наркоманией, лиц, злоупотребляющих кокаином, и больных алкоголизмом. Подчеркиваются существенные различия в профилях изменений личности у перечисленных категорий пациентов. Выделены два типа предпочтительного психопатологического реагирования у больных опиоидной наркоманией: психогенные и экзогенно-церебральные реакции.

Опиоидная зависимость относится к категории наиболее распространенных и прогностически неблагоприятных заболеваний аддиктивного круга. Болезнь проявляется широким спектром психических нарушений, среди которых преобладают расстройства непсихотических психопатологических регистров. Клинико-психопатологический и структурно-динамический анализ этих психических нарушений требует постановки вопроса об их специфичности.

По мнению ряда исследователей, нейробиологические механизмы зависимости от любых психоактивных веществ (ПАВ), безотносительно к их химической принадлежности и типу действия на ЦНС, имеют универсальный характер, что позволяет говорить об универсальном характере и самих проявлений зависимости [1, 2]. Данная точка зрения, справедливая во многих отношениях, все же требует некоторых комментариев.

Известно, что в основе положительного подкрепляющего действия (*positive reinforcing effect*) наркотиков, являющегося необходимым условием формирования психической зависимости от них, лежит способность этих веществ изменять активность нейронов церебральной «системы вознаграждения» (*reward system*). Поскольку воздействие на эти нейроны сопровождается активацией эндогенных опиоидных пептидов, можно считать, что любые ПАВ имеют опиоидергический компонент подкрепляющего действия.

«Система вознаграждения» включает в себя совокупность опиоидергических нейронов ряда мозговых структур, в том числе префронтальной коры больших полушарий, гиппокампа, *locus coeruleus*, *nucleus accumbens*, вентральных отделов *tegmentum* и зрительного бугра. Особую роль в развитии влечения к ПАВ и аддиктивного поведения играет миндалина мозга [3, 4].

Активация опиоидергических процессов приводит к усилению высвобождения дофамина нейронами, расположенными в указанных мозговых структурах [4]. Биологический смысл естественного функционирования опиоидергических проводящих путей «системы вознаграждения» заключается в поддержании пищевого и сексуально-го инстинктов и, следовательно, выживания вида.

Вместе с тем, нельзя не принять во внимание, что действие ПАВ не сводится к их подкрепляющим эффектам. ПАВ оказывают многообразное воздействие на ЦНС и внемозговые физиологические функции, и механизмы этого воздействия существенно разнятся у веществ, принадлежащих к различным группам.

Было бы логичным предположить, что различия в фармакологическом действии разных ПАВ (опиоидов,

этанол, бензодиазепинов, кокаина, каннабиноидов и др.) обуславливают и существенные различия в клинических проявлениях расстройств, формирующихся при систематическом злоупотреблении этими веществами и тем более при возникновении зависимости от них.

Кроме того, нельзя не принимать во внимание предположение, что типичные («ядерные») контингенты лиц, зависимых от различных психоактивных субстанций, должны характеризоваться и отличиями в преморбидных психических особенностях, определяющими их аддиктивные предпочтения. Особенности психотропного действия опиоидов, имманентные их фармакологическим свойствам, а именно седативный, анксиолитический и снотворный эффекты, при хроническом злоупотреблении и зависимости от них не могут, по нашему мнению, не приводить к появлению невротических симптомов, достигающих максимального клинического выражения в период острой отмены наркотика.

Как известно, острая абстинентная симптоматика представляет, за некоторыми исключениями, противоположность симптомам интоксикации ПАВ. Например, отмена стимуляторов ЦНС (амфетаминов и кокаина) при систематическом злоупотреблении проявляется психофизическим угнетением. Хроническое употребление веществ с выраженными седативными, анксиолитическими и снотворными свойствами (а опиоиды, без сомнения, относятся к этой категории ПАВ) сопровождаются развитием абстинентных состояний, проявляющихся тревогой, бессонницей, фобическими переживаниями. Это приводит к формированию психопатологических симптомов невротического круга. Невротические расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ, имеют тем большее клиническое выражение и тем более затяжной характер, чем более сильными являются перечисленные выше свойства.

Фармакогенно обусловленные расстройства невротического спектра у лиц, злоупотребляющих опиоидами, в процессе развития получают психогенное закрепление с формированием антиципационных феноменов «невротического ожидания». В отношении способности приводить к формированию невротических нарушений опиоиды обнаруживают сходство с другими субстанциями, обладающими свойствами супрессоров ЦНС, в первую очередь с производными бензодиазепина и алкоголем. Однако психические расстройства, возникающие в ходе злоупотребления опиоидами, транквилизаторами и алкоголем, имеют заметные различия, что, видимо, обусловлено фармакодинамическими и фармакокинетическими различиями в действии этих веществ на ЦНС, а также (что, может быть, еще более важно) в степени их наркотичности.

Анализ психических нарушений у больных опийной наркоманией не дает основания для выделения специфичных лишь для опиоидной зависимости, а тем более патогномоничных для нее психопатологических феноменов. Психические расстройства непсихотических регистров, а также острые психозы, возникающие вследствие злоупотребления опиоидами, могут развиваться как в структуре других аддитивных заболеваний, так и — тем более — в клинике неаддитивных психических болезней.

Дисфорические состояния, безусловно, представляют собой наиболее распространенный и наименее специфичный тип аффективных нарушений при злоупотреблении не только опиоидами, но и любыми другими ПАВ, и поэтому не могут использоваться в качестве критерия дифференциальной диагностики. Равным образом это относится к астеническим и вегетативным расстройствам.

Существуют универсальные проявления аддитивной личности, отмечаемые при всех формах наркомании и токсикомании, а также при алкоголизме: стремление к удовольствию и связанная с этим систематическая актуализация влечения к ПАВ, эгоцентризм, ослабление волевых процессов, лживость и т.д. Вместе с тем, особое сочетание психопатологических синдромов, формирующихся в ходе злоупотребления опиоидами, их динамика и соотношение одно с другим позволяют говорить о специфических для опиоидной зависимости типах психопатологии и о специфическом психическом облике больных опийной наркоманией.

Особый характер психопатологии опиоидной зависимости в первую очередь проявляется типичным профилем личностных изменений у больных. Специфичность личностных изменений у больных опийной наркоманией становится наглядной при сравнении этих пациентов с лицами, страдающими кокаиновой зависимостью. Различия между двумя этими категориями пациентов наркологической клиники проявляются следующими дифференциальными характеристиками.

У лиц, систематически злоупотребляющих опиоидами, рано развиваются и быстро достигают максимального развития расстройства невротического спектра, оказывающие значительное влияние на характер формирующихся личностных сдвигов. «Фобия отмены» и другие невротические феномены играют большую роль в возникновении влечения к ПАВ и к увеличению потребляемых доз наркотика. Ничего похожего не отмечается при кокаиновой зависимости, хотя общие личностные изменения у лиц, злоупотребляющих кокаином, обычно выражены грубее и резче. Как уже указывалось выше, это разительное несходство объясняется различиями в психотропных эффектах психостимуляторов и супрессоров ЦНС и в клинических проявлениях синдромов отмены при злоупотреблении веществами обоих типов.

Тягостные болевые ощущения и другие физические компоненты общего дискомфорта, обусловленного отменой опиоидов, а также тревога, фобии и другие невротические симптомы способствуют формированию критического отношения к болезни, мотивации к излечению и значительно чаще побуждают больных опийной наркоманией к поиску врачебной помощи, чем потребителей кокаина.

Для больных опийной наркоманией нехарактерны грубые психоорганические изменения, констатируемые у лиц с кокаиновой зависимостью даже при небольшой длительности злоупотребления наркотиком.

Последний дифференциальный критерий представляется нам особенно важным. Отсутствие выраженных дефицитарных нарушений психоорганического типа у большинства потребителей опиоидов позволяет наблюдать быстро прогрессирующие проявления аддитивной деформации личности в относительно «чистом», не искаженном влиянием церебротоксического фактора виде. Психопатологические феномены при опийной наркомании, по сравнению с психическими расстройствами в клинике других заболеваний аддитивного круга, характеризуются максимальной степенью клинической завершенности и максимальной возможностью выделения причинно-следственных отношений с позиций «понимающей психологии» К. Jaspers (1913 г.).

Отмеченные феномены мы склонны объяснять тем, что экзогенные опиоиды оказывают прямое, а не опосредованное, как другие ПАВ, влияние на физиологические процессы, происходящие в структурах «системы вознаграждения» при участии биогенных опиоидных пептидов. Получение еще более «чистой» (в смысле свободы от психоорганического и других сопутствующих факторов) модели аддитивных расстройств возможно, видимо, лишь с помощью прямой электрической стимуляции соответствующих мозговых зон.

Особый характер психопатологии опиоидной зависимости проявляется и при сравнительной характеристике больных опийной наркоманией и больных алкоголизмом.

Несмотря на принадлежность опиоидов и алкоголя к общей категории супрессоров ЦНС, клинические проявления, психопатология и динамика синдромообразования при опийной наркомании и алкоголизме имеют выраженные различия.

Как уже неоднократно указывалось нами в других публикациях, злоупотребление опиоидами значительно реже, чем злоупотребление алкоголем, сопровождается развитием психоорганических нарушений. Вместе с тем, у больных опийной наркоманией значительно более стремительными темпами развиваются тяжелые изменения личности по аддитивному типу, приобретающие в ряде случаев злокачественный характер уже в первые годы болезни, чего практически не наблюдается при алкоголизме.

Можно предположить, что в основе этих различий лежат три основных фактора:

- неидентичный характер нейрофизиологических изменений, связанных с развитием толерантности к опиоидам и алкоголю (физического компонента зависимости);
- выраженные отличия в степени наркогенности опиоидов и алкоголя (психического компонента зависимости);
- значительные отличия в токсичности опиоидов и алкоголя.

Если первые две составляющие носят (с некоторыми оговорками) более доброкачественный характер при алкоголизме, то третья составляющая — церебротоксическое действие ПАВ, — напротив, значительно более доброкачественна при злоупотреблении опиоидами.

У больных опийной наркоманией, в отличие от больных алкоголизмом, не существует механизма прекращения массивного злоупотребления наркотиком вследствие токсических нарушений, подобного тому, который лежит в основе прекращения запоя при алкоголизме.

Степень желанности опиоидов значительно выше, чем алкоголя, и в очень небольшой мере подвержено колебаниям. Если многие больные алкоголизмом в постабсти-

нентной фазе болезни чувствуют неподдельное отвращение к спиртному, то отвращение к опиоидам у больных наркоманией в сходной ситуации в лучшем случае носит декларативный характер, а в подавляющем большинстве случаев просто отсутствует. Крайне интенсивное влечение к опиоидам определяется очень наркогенным потенциалом, значительно превосходящим соответствующий показатель у этанола.

Наконец, следует упомянуть о выраженных и необратимых изменениях физического и психического облика с формированием характерного *habitus* во многих случаях далеко зашедшего алкоголизма и подчеркнуть, что приобретенные изменения психофизической конституции могут сохраняться и при длительном воздержании от алкоголя, прочно стигматизируя больных. В то же время в период даже непродолжительной ремиссии опийной наркомании внешние стигмы аддиктивной болезни быстро и почти полностью исчезают и в случаях многолетнего систематического злоупотребления наркотиком.

Очевидно, что аналогичные дифференциальные ряды сравнительной психопатологической оценки могут быть представлены при сопоставлении психических расстройств у больных опийной наркоманией и у лиц, злоупотребляющих каннабиноидами, бензодиазепинами, галлюциногенами и другими ПАВ, однако их приведение в контексте данного обсуждения было бы излишним.

Анализ клинических особенностей и динамики психопатологических проявлений опиоидной зависимости позволяет ставить вопрос о существовании нажитого в ходе злоупотребления опиоидами предпочтительного психопатологического реагирования у больных опийной наркоманией, представленного двумя основными типами:

- психогенными реакциями;
- экзогенно-церебральными реакциями.

Основным проявлением психогенного реагирования, наиболее значимым для течения наркомании и определяющим ее неблагоприятный прогноз, является универсальная аддиктивная реакция на фрустрирующее внешнее воздействие, а именно актуализация влечения к опиоидам или альтернативным ПАВ. Это влечение, приводящее к продолжению или возобновлению потребления наркотиков, вопреки логике здорового индивида (однако в полном соответствии с логикой аддиктивной личности), возникает при любых неблагоприятных воздействиях, в том числе связанных с последствиями употребления наркотиков. Примером наиболее парадоксального психогенного реагирования у больных опийной наркоманией является актуализация влечения к наркотику в ответ на смерть товарища, обусловленную фатальной передозировкой героина, на известия о собственном инфицировании ВИЧ, выявлении вирусного гепатита и т.д. Иными словами, события, которые должны были бы способствовать прекращению употребления ПАВ или хотя бы уменьшению этого потребления, часто лишь усиливают проявления аддиктивной болезни или провоцируют ее рецидив. В осно-

ве этой универсальной психопатологической реакции лежат непереносимость дискомфорта, повышенная психическая уязвимость, привычка к обретению чувственных удовольствий путем эксплуатации «системы вознаграждения» и остальные патологические характеристики, определяющие особый профиль аберрации личности при опийной наркомании.

Экзогенно-церебральные реакции у больных опийной наркоманией обусловлены недостаточно изученными, но при этом вполне очевидными нейрофизиологическими изменениями, обусловленными хронической интоксикацией опиоидами. Если толерантность к опиоидам является переменной величиной (и при некоторых видах лечения устраняется в течение нескольких часов), то измененный характер экзогенно-церебрального реагирования сохраняется значительно дольше (в ряде случаев — навсегда). Примерами измененного церебрального реагирования при опийной наркомании являются острые абстинентные психозы, особые лекарственные реакции, а также качественные и количественные проявления измененной реакции на алкоголь.

С достаточной степенью уверенности можно предполагать, что в основе двух охарактеризованных типов особого психопатологического реагирования лежат принципиально разные механизмы (хотя и в том, и в другом случае они могут рассматриваться в качестве функциональных образований). Измененные экзогенно-церебральные (например, лекарственные) реакции можно, по-видимому, объяснить в свете современных представлений о нейрональной пластичности или с помощью других нейрофизиологических категорий. В то же время особый тип реакций на психогенные раздражители отражает аддиктивную деформацию личности и поэтому должен рассматриваться как исключительно психогенный феномен.

В связи с легкостью возникновения аддиктивных мотиваций у больных наиболее значимым для течения и прогноза наркомании является первый из выделенных типов психопатологического реагирования.

Особый характер психопатологических проявлений опиоидной зависимости необходимо учитывать при сопоставлении дифференцированных лечебных программ.

Список литературы

1. Анохина И.П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости: Руководство по наркологии. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 1. — С. 33–41.
2. Анохина И.П., Веретинская А.Г., Шамакина И.Ю. Генетика алкоголизма и наркомании: перспективы разработки маркеров наследственной предрасположенности к этим заболеваниям/ Материалы XIII съезда психиатров России (10–13 октября 2000 г.). — 227 с.
3. Bushell T., Endoh T., Simen A.A., et al. Molecular components of tolerance to opiates in single hippocampal neurons// Mol. Pharmacol. — 2002. — Vol. 61 (1). — P. 55–64.
4. Koob G.F. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies of the extended amygdala// Eur. Psychopharmacol. — 2003. — Vol. 13 (6). — P. 442–452.

A RAISE OF A QUESTION OF THE PARTICULAR PSYCHOPATHOLOGY OF OPIOID DEPENDENCE

SIVOLAP YU.P.

The especial kind of the psychopathological manifestations of opioid dependence is discussed. The differentiated comparative analysis of mental disorders in opioid addicts and cocaine addicts and alcoholics was carried out. The essential difference in the personality alteration profiles in three categories of patients was emphasized. The two types of preferable psychopathological reactions in opioid addicts — the psychogenic reaction and the exogenous cerebral ones — were marked out.