

Т. Ю. КОЙГЕЛЬДИЕВА

## АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЛИНАРКОМАНИЯМИ

Как известно, аффективные нарушения – одно из наиболее частых психопатологических проявлений при наркоманиях. С. Г. Жислин, М. П. Кутанин, И. В. Стрельчук, а в дальнейшем И. Н. Пятницкая, Retterstol и соавт., Staehelin отмечали у больных опийной наркоманией резкие спады настроения. В. В. Бориневич среди психических изменений, выявленных им при опийной абстиненции, в 53 % случаев обнаружил астенодепрессивный синдром. Дисфории, повышенную раздражительность, чувство недовлетворенности наблюдали у больных опийными наркоманиями А. Шихмурадов, Д. Н. Дехтярев и В. В. Долтмурузиева. В. Raunsaville и соавт. у 17 % больных полинаркоманиями констатировали симптомы «большого депрессивного расстройства», причем, как правило, эти симптомы после начала злоупотребления наркотиками. Н. Kleber нашел у 23,8 % опиоманов выраженную депрессию, оказавшуюся у этих больных наиболее частым психическим расстройством. Подчеркивается связь между депрессией и опиатной зависимостью, зависимость клинических проявлений депрессии у опиоманов от характера и выраженности наркотизации. Th. Kosten и соавт., также наблюдавшие депрессию у больных опийной наркоманией, считают, что она является достоверным показателем резистентности к терапии, в частности к клонидину, и рекомендуют даже при умеренном проявлении депрессии проводить лечение только в стационаре\*.

Клинико-психопатологические особенности аффективных расстройств у больных полинаркоманиями и осложненными наркоманиями практически не изучены.

Цель нашей работы – выяснение условий формирования и клинических проявлений аффективных расстройств у больных полинаркоманиями и осложненными мононаркоманиями.

Нами обследовано 70 больных полинаркоманиями и осложненными опийными наркоманиями.

Все больные – мужчины в возрасте от 17 до 40 лет с длительностью наркотизации от 1 года

до 20 лет. Большинство на протяжении всего заболевания или на определенном этапе принимали главным образом опиаты в комбинации со снотворными небарбитуратами или с барбитуратами, а также с транквилизаторами, димедролом, циклодолом, алкоголем, эфедроном.

Как показали наши исследования, наследственность и преморбид больных не были отягощены аффективной патологией.

Почти у половины из них выявлялась наследственная отягощенность алкоголизмом, психопатиями, психическими заболеваниями. Наиболее часто встречался алкоголизм отцов и других родственников (у 21,3 %), у 14,3 % отмечались шизофрения и психопатии в семьях и лишь у 1,8% – аффективные психозы и суициды среди родственников.

Почти у 2/3 больных в преморбиде констатировались патологические личностные девиации, чаще в виде акцентуаций характера, реже психопатий. Личностные девиации носили характер преимущественно повышенной возбудимости, истериформности, патологической конформности. Отчетливых аффективных нарушений в преморбиде у большинства больных выявить не удалось. Лишь у 3,6 % из них в анамнезе наблюдались признаки аффективной неустойчивости или реактивной лабильности. 1,2 % больных обладали циклоидными чертами характера. Кроме того, 18 % пациентов отмечали у себя повышенную чувствительность, ранимость, затяжные реакции на психотравмирующие ситуации.

Большинство больных очень рано начали употреблять алкогольные напитки – 2/3 из них в возрасте до 16 лет, что может свидетельствовать о рано сформированемся стремлении к изменению своего состояния.

Начало употребления наркотиков приходилось на возраст от 12 до 25 лет: в возрасте от 12 до 18 лет начали употреблять наркотические средства 34,5 % пациентов, от 19 до 20 лет – 35,4 %, старше 20 лет – 30,1 %.

Мотивами первого приема наркотиков было преимущественно любопытство или подражание

\*Рохлина М.Л. и др. Вопросы наркологии. М., 2004.

действиям сверстников из антисоциальных компаний (у 2/3), реже – другие факторы. С расстройствами настроения первая наркотизация обычно не была связана.

Продолжительность периода между началом приема наркотических препаратов и формированием синдрома психической зависимости составляла в среднем 1–2 мес. Первые признаки абстинентного синдрома возникали у больных через 3 нед – 4 мес после начала систематического приема наркотиков, в том числе у 1/3 через 1 мес.

Продолжительность абстинентных явлений при прекращении употребления наркотиков у 80 % больных составляла без лечения 2–3 нед, а на фоне лечения – до 10–12 дней.

В клинической картине абстиненции были выражены как соматовегетативные, так и психопатологические расстройства, в том числе аффективные.

У 73,8 % больных отмечалось выраженное в той или иной степени морально-этическое снижение, 54,5 % больных совершали в прошлом правонарушения, причем половина из них повторные. У 36,7 % больных были перерывы в трудовой деятельности, у 51,8 % – нарушения семейных отношений. Таким образом, у значительного числа изученных больных определялись неблагоприятные медико-социальные последствия заболевания.

Аффективные нарушения выявлялись у подавляющего большинства больных и в наибольшей степени были выражены в структуре абстинентного синдрома. Уже в первые часы после последнего приема наркотиков у них менялось настроение, появлялись немотивированная тревога, беспокойство, повышенная раздражительность. Лишь затем возникали характерные соматические, вегетативные и неврологические расстройства. На высоте абстиненции еще больше понижалось настроение, усиливалась раздражительность, появлялась склонность к дисфорическим реакциям. Многие больные жаловались на постоянную тревогу, двигательное беспокойство, неусидчивость. Они то вставали, то ложились, метались по палате, без конца обращались к персоналу со всевозможными просьбами. У некоторых пациентов наблюдалась апатия, безразличие, также сопровождавшиеся раздражительностью и угрюмостью. В ряде случаев больные жаловались на тоску, но при подробном расспросе выяснилось, что речь идет не о витальной тоске, а о подавлен-

ности, окрашенной в тоскливо-злобные тона. Именно этот фон настроения, который мы обозначили как депрессивно-дисфорический и который характеризовался пониженным настроением, раздражительностью, злобностью, иногда агрессивными действиями, был характерен для большинства больных. Почти у всех пациентов в абстиненции были расстройства сна, достигающие иногда степени выраженной бессонницы. У многих больных одновременно с формированием абстинентного синдрома появлялась не свойственная им ранее ипохондричность. Они прислушивались ко всем своим соматическим ощущениям, боялись, что в результате наркотизации у них может возникнуть неизлечимое заболевание. Однако частота рецидивов у них была не меньше, чем у других больных.

Ипохондрические переживания этих пациентов диссонировали с их поведением и отношением к наркотизации в целом. Обращала на себя внимание значительная частота суицидальных тенденций (45,4 %). Суицидальные попытки отмечены в 12 % случаев. Им предшествовали изменения настроения. В большинстве случаев суицидальные тенденции были особенно выражены в состоянии абстиненции, реже в наркотическом опьянении, в интервалах между приемом наркотиков или в ремиссиях. Наблюдались также демонстративные самопорезы или другие самоповреждения.

Как показали исследования, в процессе наркотизации у больных формируется эмоциональная лабильность, сенситивность, склонность неадекватно реагировать на всевозможные, большей частью незначительные психотравмирующие моменты. Больные становятся чрезвычайно чувствительны к малейшему душевному дискомфорту. Тут же у них возникает неудержимое желание изменить свое состояние, актуализируется влечение к наркотическим средствам. Такое психогенное реагирование констатировано более чем у половины пациентов.

Нами отмечено, что у 1/4 больных ремиссии вообще отсутствовали. В 6,2 % случаев наблюдалась спонтанные ремиссии. СITUационно обусловленные ремиссии (связанные с отсутствием наркотиков, пребыванием в местах лишения свободы, соматических стационарах и пр.) можно было констатировать у 23,8 % больных, терапевтические ремиссии – у 44,3 %.

Анализ влияния преморбидных личностных особенностей и возраста начала наркотизации на становление ремиссий показал, что у лиц с нормальным преморбидом ремиссии наблюдались достоверно чаще, чем у лиц с девиациями характера. У психопатических личностей безремиссионное течение отмечалось в 39,2 % случаев, у акцентуированных личностей – в 28,6 %, у лиц с нормальным преморбидом – всего в 13,9 %. Спонтанные ремиссии были только у лиц с нормальным преморбидом и у акцентуированных личностей. У психопатических личностей их не выявлено. СITUационно обусловленные ремиссии регистрировались примерно с одинаковой частотой как при наличии, так и в отсутствие личностных девиаций.

По нашему мнению, частота терапевтических ремиссий также связана с преморбидной патологией: у лиц без патологического преморбида ремиссии наблюдались в 52,1 % случаев, у акцентуированных личностей – в 42,9 %, у психопатических личностей – в 35,7 %.

Достоверных различий зависимости распределения частоты и форм ремиссий в соответствии с возрастом начала наркотизации не выявлено. Можно было только отметить, что ситуационно обусловленные ремиссии встречались значительно чаще при начале наркотизации в возрасте до 16 лет, так же в этой группе больше больных с выраженным изменениями личности и асоциальным поведением.

Более чем у половины изученных нами больных в ремиссии через 1–4 мес актуализировалось влечение к наркотикам, причем чаще и быстрее при наличии девиаций и более раннем начале наркотизации.

Обострение патологического влечения было основной причиной возобновления больными употребления наркотиков. Особенно, когда оно было очень сильно выражено, и больные могли в очень короткий срок добыть наркотики и возобновить их прием. При менее выраженном влечении ряду больных удавалось удержаться от приема наркотиков. Часть пациентов в отсутствие наркотиков прибегали к употреблению алкоголя или обращались за помощью к наркологам.

Среди причин, способствующих обострению влечения к наркотикам, на первом месте была отмеченная выше так называемая «нажитая» аффективная лабильность, легко приводящая к

пониженному настроению (31 % больных). При нормальном преморбиде пониженное настроение, как причина обострения влечения, отмечалось в 30,0 % случаев, у акцентуированных личностей – в 36,2 %, у психопатических личностей – всего в 22,3 %. В связи с этим можно предположить, что у акцентуированных личностей в большей степени выступают на первый план повышенная чувствительность, ранимость, аффективная неустойчивость, формирующиеся в процессе наркотизации, тогда как у психопатических личностей эти черты перекрываются более выраженными личностными изменениями.

Второй причиной обострения было неблагоприятное микросоциальное окружение, в частности общение с наркоманами: у 29,6 % психопатических личностей, у 21,7 % лиц без патологического преморбида и 15,5 % акцентуированных личностей.

Среди прочих причин можно отметить бесконницу (17,2 %), которую называли примерно с одинаковой частотой как девиантные личности, так и лица без патологического преморбида.

Анализ больных показал, что частота различных факторов, способствующих обострению влечения к наркотикам, не зависела от возраста начала наркотизации.

Терапевтический подход к лечению больных полинаркоманиями и осложненными наркomanиями определялся клиническими особенностями заболевания, видом наркотических и токсикомических средств, давностью наркотизации, наличием сопутствующих соматических заболеваний, характером и выраженностью личностных девиаций, социальным статусом и возрастными особенностями больных.

На первом этапе лечения купировался абстинентный синдром. При этом широко использовались психотропные препараты, что было обусловлено наличием в структуре абстиненции у больных выраженных психопатологических, в первую очередь аффективных расстройств.

Учитывая наличие у больных повышенной раздражительности, тревоги, беспокойства, антидепрессанты, мы комбинировали с нейролептиками и транквилизаторами. Из антидепрессантов чаще всего применяли амитриптилин, пиразидол, феварин, азафен, мелипрамин. Почти всем больным назначали хлорпротиксен, в том числе транквилизаторы, препараты безодиазепинового ряда

(седуксен, элениум, тазепам, феназепам). Эти средства способствовали улучшению сна, оказывали положительное действие на соматовегетативную симптоматику. Соматовегетативные нарушения и астеническая симптоматика смягчались также под воздействием ноотропных препаратов (пирацетам до 2,4 г/сут, аминалон до 1,5 г/сут). При наличии тревоги, беспокойства, возбуждения, ипохондрической симптоматики применяли в зависимости от их выраженности сонапакс и галоперидол, зипрекс. При выраженной эмоциональной напряженности, склонности к эксплозивным реакциям, агрессивности назначали неулептил, пипортил-пролонг, тизерцин с галоперидолом внутримышечно, которые хорошо корrigировали поведение больных\*.

Поскольку основной причиной рецидивов было обострение влечения к наркотикам, основные меры профилактики рецидивов были направлены на его подавление. При обострении влечения всегда резко меняется поведение больных. Они становятся грубыми, циничными, развязными, конфликтными, дезорганизуют лечебную работу в отделении, отрицательно влияют на остальных пациентов. В таких случаях необходимы изоляция «отрицательного лидера», создание условий, исключающих группирование больных. Обострению влечения к наркотикам, как уже указывалось, нередко предшествуют аффективные расстройства. Поэтому наряду с корректорами поведения в этих случаях рекомендуется назначать антидепрессанты, преимущественно сбалансированного действия.

Поступила 20.06.06г.