

Психопатология опийной зависимости

В соответствии с закономерностями происхождения, развития и трансформации психических расстройств в рамках психопатология опийной зависимости они могут быть разделены на три основные категории:

- **проаддиктивные расстройства;**
- **собственно аддиктивные расстройства;**
- **метааддиктивные расстройства.**

Продиктивные расстройства представляют собой совокупность преморбидных личностных особенностей, предрасполагающих к злоупотреблению ПАВ. К числу этих особенностей относятся конституционально обусловленные низкие пороги восприятия неблагоприятных внешних воздействий, склонность к ипохондрическим реакциям, эгоцентризм, истерические черты, аффективная неустойчивость, импульсивность, недостаточный контроль влечений и поведения, социопатические тенденции и другие проявления девиации личности.

- В формировании проаддиктивных психопатологических феноменов существенную роль играет не только конституция, но и факторы семейно-социального влияния — неправильное воспитание, воздействие со стороны делинквентного окружения в пубертатном периоде и др.
- На особую врожденную конституцию лиц, злоупотребляющих ПАВ, указывают многие авторы [Бориневич В.В., 1963; Найденова Н.Г., 2002; Рохлина М.Л., 2002; Гофман А.Г., 2003; Пятницкая И.Н., Шаталов А.И., 2004;] В классическом руководстве по психиатрии выделяет такие признаки особой преморбидной психофизической конституции больных наркоманией, как повышенная ранимость, лабильность вегетативных функций с легкостью возникновения головокружения, обмороков, кишечных расстройств, нарушений сна.

- Практическим специалистам хорошо известно, что, несмотря на известную степень неспецифичности предрасположения к аддиктивным заболеваниям, у отдельных категорий пациентов наркологической клиники существует тропизм к определенным ПАВ. Анализ особенностей личности и преморбидных характеристик лиц, отдающих предпочтение опиоидам, кокаину или галлюциногенам, позволяет обнаружить заметные отличия у этих категорий наркологических больных. Высказываемая нами точка зрения в целом не противоречит многочисленным наблюдениям переходов больных от одних веществ к другим [Савченков В.А. др., 2000; Чирко В.В., Демина М.В., 2002], а также наблюдениям сочетанного употребления двух и более ПАВ (полинаркомании).

- **Собственно аддиктивные расстройства** представляют собой совокупность патологических мотиваций, связанных с субъективной потребностью в опиоидах либо альтернативных ПАВ, причем в целом ряде случаев эта потребность приобретает витальный характер. Витализация субъективной потребности в наркотиках уравнивает ее с висцерогенными потребностями (например, потребностью в питании и размножении) и с так называемыми фундаментальными психологическими потребностями индивида, по А. Маслоу (1971) — потребностью в самовыражении, признании, защите и др.
- На клиническом уровне витальная потребность в наркотиках проявляется феноменом патологического влечения к ПАВ, рассматриваемого многими авторами в качестве стержневого психического расстройства при наркоманиях и лежащего в основе аддиктивного поведения больных.

Аддиктивное поведение на различных стадиях наркомании подвергается количественному и качественному преобразованию, что обусловлено взаимодействием ряда факторов, в том числе фазными состояниями болезни. Например, влечение к опиоидам в период формирующейся ремиссии может трансформироваться во влечение к алкоголю или другим неопиоидным ПАВ.

К категории собственно аддиктивных феноменов примыкает группа **метааддиктивных расстройств**. Эта группа включает психопатологические проявления фазных состояний, обусловленных наркотической зависимостью (например, психопатологические компоненты синдрома отмены опиоидов и абстинентные психозы), и нажитые типы психопатологического реагирования, сформированные в результате хронической интоксикации опиоидами.

Деление психических нарушений на проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные представляется правомерным не только для опиоидной наркомании, но и для злоупотребления неопиоидными ПАВ, например алкоголем. При этом очевидно, что психопатологическое своеобразие нажитых (метааддиктивных) психических расстройств обусловлено особенностями фармакологических эффектов различных ПАВ, что обуславливает отличия этих расстройств при отдельных типах аддиктивных заболеваний.

- В соответствии с принадлежностью к различным психопатологическим регистрам психопатологические проявления опиоидной зависимости подразделяются на непсихотические (пограничные), наблюдающиеся у всех без исключения больных, и психотические, значительно менее распространенные.
- **Непсихотические** психические нарушения характеризуются ранним развитием, формируясь уже в инициальной стадии употребления опиоидов и во всех случаях предваряя появление очевидных физических признаков наркотической зависимости.
- Непсихотические психопатологические состояния преобладают у больных опиоидной наркоманией в период острой отмены опиоидов. В постабстинентном периоде и на отдаленных этапах отвыкания от наркотиков расстройства непсихотических регистров определяют весь спектр психических нарушений.
- В отличие от непсихотических расстройств **психозы** при опиоидной наркомании развиваются только в развернутых стадиях болезни и практически не наблюдаются вне синдрома отмены опиоидов.

Пограничные психопатологические состояния при опийной наркомании представлены четырьмя основными категориями:

- расстройствами невротического спектра;
- мотивационными нарушениями и стойкими изменениями личности;
- аффективными расстройствами;
- расстройствами пищевого поведения.

Расстройства невротического спектра

- Психопатологической симптоматике невротического спектра у лиц, злоупотребляющих ПАВ, уделяется сравнительно немного внимания в психиатрической и наркологической особенно отечественной, литературе. Даже в трудах наиболее авторитетных исследователей проблемы наркоманий почти исключительно представлены описания нарушений влечения» аффективных расстройств, специфических изменений личности и расстройств адаптации и практически не рассматриваются невротические симптомы. В тех случаях, когда в клинических иллюстрациях упоминаются отдельные симптомы и синдромы, принадлежность которых к невротическому кругу не вызывает сомнений, их адекватная психопатологическая оценка, как правило, отсутствует. Между тем *расстройства невротического спектра занимают весьма заметное место в ряду психопатологических проявлений опиийной наркомании, тесно связаны с быстро развивающимися в ходе наркотизации специфическими изменениями личности и нередко оказывают решающее влияние на течение и прогноз болезни.*

Невротические нарушения при опийной наркомании подразделяются на следующие основные формы:

- тревожные и фобические расстройства;
- ипохондрические расстройства;
- расстройства сна;
- вегетативные расстройства;
- астенические состояния.

Вегетативные расстройства и астенические состояния у больных опишной наркоманией тесно связаны с фазными состояниями и обычно не наблюдаются вне абстинентных и ранних постабстинентных периодов (если к этим расстройствам нет конституционального предрасположения). Две эти клинические категории имеют неспецифический характер, не включаются в структуру затяжных невротических образований (в отличие от тревожно-фобических и ипохондрических расстройств), не оказывают влияния на формирование специфических изменений личности у больных, не имеют прогностического значения.

- Подобно другим пограничным психопатологическим состояниям, расстройства невротического спектра у злоупотребляющих опиоидами лиц характеризуются ранним развитием и во всех случаях предшествуют появлению признаков физической зависимости от наркотика.
- Более чем у 80 % больных уже в первые месяцы употребления опиоидов отмечается периодически возникающая **немотивированная тревога**. В развернутых стадиях наркомании **тревога становится осевым симптомом расстройств невротического спектра** и формирует своего рода «психопатологический фон», на котором развиваются или усиливаются другие симптомы непсихотических психических нарушений. Таким образом, усиление тревоги выступает в роли основного и неспецифического психопатологического маркера общего ухудшения психического состояния у злоупотребляющих опиоидами лиц (очевидно, что сходная закономерность отмечается не только при опиийной наркомании, но и при других психических заболеваниях, проявляющихся невротической или неврозоподобной симптоматикой).

- **Формирование психофизической зависимости от опиоидов при их систематическом употреблении во всех случаях сопровождается вначале эпизодическим, а затем регулярным возникновением монотематических фобических переживаний, связанных с ожиданием дискомфорта после прекращения действия наркотика. Увеличение глубины и длительности этих переживаний соответствует нарастанию толерантности к опиоидам.**
- **Появление первых признаков сформированной физической зависимости от наркотика и синдрома отмены сопровождается перманентной охваченностью больных тревожными мыслями о необходимости своевременного употребления наркотика.**

- Осевым симптомом данного невротического феномена является **стойкий страх**, связанный с ожиданием развития абстинентного состояния. Этот психопатологический феномен, считается одним из ключевых симптомов расстройств невротического спектра при опиийной наркомании, **обозначаемый термином «фобия отмены»**.
- Фобия отмены наряду со стремлением к удовольствию и состоянию «беспроблемности» приобретает у больных витальный характер и служит главным мотивом к продолжению употребления наркотика. Иными словами, невротические феномены формируют психопатологическую основу влечения к наркотику и являются одной из главных причин постепенного увеличения употребляемых доз опиоидов, несмотря на нередко присутствующее у больных критическое отношение к наркотической зависимости и стремление к ее преодолению.

- В развернутых стадиях наркомании **фобия отмены** является одним из главных факторов, способствующих усугублению опиоидной зависимости и препятствующих развитию ремиссии. Фобия отмены и другие невротически феномены, устраняемые приемом очередной дозы наркотика **создают основу для негативного подкрепляющего действия опиоидов, в то время как стремление к получению удовольствия способствует формированию их позитивного подкрепляющего эффекта.**
- Отмеченная двойственность субъективной потребности в систематическом потреблении опиоидов позволяет проводить разграничение между первичными и вторичными формам влечения к наркотику у лиц с опиоидной зависимостью.

- Клиническими разновидностями фобии отмены являются «страх абстинентного состояния» и «фобия детоксикации», в том числе у лиц, получающих поддерживающую терапию метадонном. Невротическое ожидание развития абстинентного состояния в период госпитального лечения больных нередко принимает вид **«страха третьего дня»**. Даже при достаточном эффекте проводимых лечебных процедур и хорошем самочувствии на инициальной стадии терапии у многих пациентов сохраняется стойкое тревожное ожидание ухудшения состояния на 3-4-й день отмены наркотика.
- В большинстве случаев **«страх третьего дня»** обусловлен не столько собственным опытом переживания абстинентных состояний отдельными пациентами, сколько коллективными и во многом мифологизированными представлениями о закономерностях течения синдрома отмены, характерных для популяции лиц, страдающих опиоидной зависимостью.

- С повышенным уровнем тревоги тесно связано развитие ипохондрических расстройств у лиц, злоупотребляющих опиоидами. Тревожно-ипохондрические нарушения во многом определяют психическое состояние больных в период острой отмены опиоидов и ранний постабстинентный период. Эти нарушения обнаруживают «психологически понятные связи» с другими непсихотическими психопатологическими феноменами и пронизывают всю аффективную сферу больных.
- Ипохондрическая симптоматика у лиц с опиоидной зависимостью характеризуется выраженным полиморфизмом, при этом основным симптомом ипохондрии является описанный К. ЯСПЕРСОМ феномен психической рефлексии.

- Больным опишной наркоманией свойственны такие проявления психической рефлексии, как стойкая прикованность внимания к телесным ощущениям и собственному эмоциональному состоянию, перманентная неудовлетворенность ими и настойчивое стремление к их улучшению наиболее привычным и притягательным способом — путем употребления опиоидов или альтернативных ПАВ.
- Стремление к улучшению собственного психофизического состояния в период госпитального лечения проявляется систематическими и настойчивыми просьбами о назначении врачом дополнительных лекарственных средств.
- Стойкая неудовлетворенность больных собственным самочувствием в период отвыкания от наркотика нередко приводит к тому, что настойчивые просьбы о назначении дополнительных лекарственных средств принимают противоречивый и взаимоисключающий характер. Так, многие пациенты просят назначить им лекарства, устраняющие тревогу и «депрессию» и одновременно с этим — препараты, повышающие уровень бодрствования.

- Больные наркоманией стремятся к продолжительному сну либо, в крайнем случае, выраженной седации (достигаемой, например, с помощью завышенных доз бензодиазепинов) и в то же время тяготеют сонливостью и заторможенностью, вызванными действием психотропных препаратов.
- Пациенты способны обращаться с просьбами о назначении дополнительных лекарств по несколько десятков раз в день, но при этом зачастую оказываются не в силах объяснить, в чем заключается переживаемый ими и требующий медикаментозной коррекции дискомфорт. Подобные состояния обозначают термином «аддиктивные дистонии», наиболее характерны для больных с выраженными проявлениями ипохондрического развития личности и доминируют в психическом состоянии больных в фазе угасания абстинентной симптоматики и ранней фазе постабстинентного периода.

- Трудно дифференцируемый и полиморфный характер расстройств позволяет говорить об их принадлежности к протопатическим слоям нажитых в ходе болезни психопатологических сдвигов. Стойкий характер этих состояний, отражающий высокий уровень тревоги и выраженные расстройства влечений, обычно свидетельствует о высоком риске преждевременного выхода больных из лечебных программ раннего развития рецидива наркомании.
- Примечательная особенность тревожно-ипохондрических нарушений заключается в отсутствии их отчетливой корреляции с объективной тяжестью синдрома отмены опиоидов.

Характерным проявлением тревожно-ипохондрических нарушений у лиц с опиоидной зависимостью является «феномен аддиктивного опережения». Он заключается в том, что, несмотря на недавнее употребление, наркотика, отсутствие или малую выраженность абстинентных симптомов, пациенты при поступлении в клинику преувеличивают тяжесть собственного состояния, стремятся найти у себя проявления синдрома отмены и пытаются убедить в их наличии врачей с целью упреждающего проведения лечебных мероприятий.

- **Феномен аддиктивного опережения** отмечается не только в период госпитального лечения больных. Этот специфичный для опиоидной зависимости психопатологический механизм, в известной мере отражающий фобию отмены, лежит в основе ускоренного повышения субъективно потребной ежедневной дозы наркотика. В страхе перед тягостным абстинентным дискомфортом лица с опиоидной зависимостью принимают наркотик раньше и в большей дозе, чем этого требует их объективное состояние. Таким образом, наряду с патофизиологическим феноменом — фармакологической толерантностью, имеющей тенденцию к постоянному возрастанию вследствие систематического употребления опиоидов, у многих больных еще более стремительно возрастает «психическая толерантность» к наркотику как психопатологический феномен.
- Этим объясняется безуспешность большинства попыток больных опиоидной наркоманией преодолеть опиоидную зависимость путем замещения привычного «уличного» наркотика (героина или дериватов снотворного мака) более слабыми официальными опиоидами (например, кодеинсодержащими лекарственными препаратами, бупренорфином или трамаadolом) с последующей постепенной их отменой.

- Тревожно-ипохондрические нарушения в период ОАС и в раннем постабстинентном состоянии выявляются у подавляющего большинства больных, хотя в преморбидном периоде наркомании ипохондрические реакции отмечаются менее чем в 20 % случаев.
- Разительное несоответствие между сравнительно небольшой распространенностью преморбидных ипохондрических реакций и очень высокой частотой тревожно-ипохондрических нарушений в активной фазе болезни позволяет прийти к заключению, что опиоидная зависимость **способствует формированию ипохондрического развития** личности, даже без индивидуального предрасположения к данному типу психических расстройств. Тревожно-ипохондрическая симптоматика, таким образом, может считаться имманентной опиоидной зависимости и рассматриваться в качестве одного из предпочтительных типов нажитого психопатологического реагирования у больных опишной наркоманией.

Клинический пример.

- Пациент В., 23 года, без определенных занятий. Проходил стационарное лечение в 2002 г.
- Диагноз: Опиоидная наркомания, синдром отмены опиоидов (F11.3). Хронический вирусный гепатит С, полиэтиологическое поражение печени.
- **Из анамнеза.** Дед по отцовской линии злоупотреблял алкоголем. Мать пациента обладает твердым, целеустремленным характером, отличается высокой работоспособностью. Руководит отделом в проектно-институте. Все свободное от работы время посвящает семье и дому. Отец пациента много лет злоупотребляет алкоголем, неоднократно лечился, в настоящее время находится в состоянии длительной ремиссии. Работает в строительстве. Подобно жене, отличается высокой работоспособностью, требовательностью к себе и окружающим. По мнению родных и собственному признанию, отличается более мягким характером, чем жена. В связи с постоянной производственной занятостью никогда не имел возможности заниматься воспитанием детей. Винит себя в том, что «упустил сына», переложил ответственность за его воспитание на жену, «просмотрел» пристрастие сына к наркотикам. Старший брат пациента — ответственный, «типичный отличник, никогда не доставлявший забот родителям. С отличием окончил школу и институт, делал успешную карьеру в торговой компании.

- Пациент рос здоровым, веселым, общительным. По словам родителей, всегда был добрым, легко мог подарить своим товарищам любые свои вещи или игрушки. До 7-го класса школы получал только отличные отметки, ровно успевал по всем предметам, не отдавая явного предпочтения каким-либо из них. В старших классах стал успевать хуже в связи с изменением интересов: часто проводя время в компании друзей, появился интерес к девочкам, начал посещать дискотеки. После школы самостоятельно поступил в институт. Оказавшись в студенческой среде, почувствовал себя взрослым и способным на самостоятельную жизнь. Много времени проводил в компаниях однокурсников, развлекался. Быстро запустил учебу. На 2-м курсе (в возрасте 18 лет) несколько раз употреблял марихуану. Спустя год, находясь в обществе друзей, принимающих наркотики, впервые употребил героин (путем вдыхания через нос). Употребление наркотика позже объяснял тем, что не хотел выглядеть трусом в глазах девушки, присутствовавшей при коллективном употреблении. Почувствовал тошноту, сонливость, заболела голова. Несмотря на это спустя неделю вновь употребил героин, на этот раз испытал удовольствие. С той поры стал употреблять героин примерно раз в неделю в течение 2 мес. с постепенным повышением дозы. Зависимым от наркотика себя не считал, полагал, что в любое время может отказаться от него. Однако при этом почти постоянно думал о героине, старался найти информацию о нем в Интернете. В этот период в состоянии В. появилась нервозность, не ускользнувшая от внимания родителей. В ответ на расспросы о здоровье пациент отговаривался перегруженностью в институте, хотя в ту пору совсем перестал уделять внимание учебе. Временами ощущал безотчетную тревогу; чаще всего такие эпизоды возникали через 2—3 дня после очередного употребления героина. С этого времени, встречая на улице работников милиции, пациент всякий раз испытывал страх, что его могут остановить и задержать по подозрению в употреблении наркотиков. Не мог избавиться от мучительных опасений быть задержанным, подвергнутым следствию и суду. Боялся, что его внешний вид может навести милиционеров на подозрения о наркотиках. Успокаивал себя тем, что в связи с интраназальным употреблением героина у него нет следов инъекций на руках.

- Употребляя героин, В. с удовольствием отмечал, что наркотик прогоняет неприятные мысли, создает ощущение комфорта и полного жизненного благополучия. Употребление героина участилось до 2—3 раз в неделю.
- Примерно через 4 мес. после первой пробы героина по совету приятелей ввел героин внутривенно. Испытал значительно большее, чем прежде при интраназальном употреблении, удовольствие. Внутривенные инъекции быстро приняли систематический характер.
- В один из дней, наутро после очередной инъекции героина, почувствовал неизъяснимую тревогу, подавленность. Не мог отделаться от ощущения, что на него надвигается какая-то беда. Поспешил, к знакомому сбытчику героина. После внутривенной инъекции наркотика успокоился, повеселел. На следующее утро проснулся с плохим настроением. Возникло опасение, что состояние может ухудшиться, поэтому решил предупредить это ухудшение с помощью героина. Тут же ему в голову пришла паническая мысль, что у него развилась зависимость от героина и теперь он обречен на пожизненный прием наркотика. Решил, что сегодня примет героин в последний раз. С этого периода (5,5 мес после первой пробы) употребление героина стало ежедневным с быстрым нарастанием дозы.

- Часто ловил себя на желании увеличить дозу героина, чтобы дольше чувствовать себя спокойным. По утрам постоянно чувствовал тревогу, подавленность, угнетенность. Вскоре к утреннему психическому дискомфорту присоединились физические признаки отмены героина: познабливание, слезотечение, чиханье, боли в ногах и спине. Пациент терзался противоречиями: с одной стороны, испытывал страх, что становится все более зависимым от героина, с другой — боялся развития еще большего, чем прежде, психического дискомфорта и «спасался от плохих мыслей» с помощью новой инъекции. Появились опасения, что он может заболеть СПИДом или гепатитом. Несмотря на постоянные мысли о фатальных последствиях злоупотребления героином, увеличил частоту его приема до 2 раз в сутки. В этот же период услышал о смертельной передозировке героина у бывшего одноклассника. Часто (особенно по утрам) испытывал ужас от мысли, что и сам может погибнуть подобным образом, однако, по собственному признанию, спасался от этих опасений опять-таки с помощью очередной дозы наркотика.
- Больной полностью сменил круг общения. Поддерживал контакты лишь с одним-двумя сбытчиками героина и несколькими знакомыми наркоманами. Совсем забросил учебу. Образовалась большая академическая задолженность; возникла угроза отчисления из института. Дома был нервозен, раздражителен. Появились скрытность, лживость. Прежде веселый, открытый пациент стал угрюм, немногословен. В ответ на расспросы родителей о том, что с ним происходит, легко взрывался, кричал, чтобы его оставили в покое.

- В конце 2000 г. пациент признался родителям, что давно принимает героин. По инициативе матери прошел курс лечения. Отмену наркотика переносил тяжело. Курс лечения продолжался 6 дней, после чего врач объявил о завершении лечения, при этом рекомендовал прием лекарств для коррекции сна (предположительно нейролептиков и транквилизаторов). Несмотря на прием лекарств, у больного сохранялись выраженные затруднения засыпания, сниженное настроение, стойкие тревожные опасения, что «будет еще хуже». Тайком от родителей позвонил приятелю, тот посоветовал принять 2 капсулы трамадола (100 мг) и вызвался привезти их сам. После употребления трамадола В. почувствовал облегчение, однако на следующий день (через 3 сут. после прекращения лечения) самочувствие вновь ухудшилось. Почувствовал, что дольше терпеть не сможет. Объяснив, что необходимо съездить по институтским делам, уехал из дому и принял героин. С этого дня употребление героина вновь приняло ежедневный характер, хотя перед каждой инъекцией пациент уверял себя, что эта доза наркотика — последняя. Через
- неделю был уличен матерью в употреблении наркотиков и помещен на стационарное лечение в частную клинику. Курс лечения продолжался 2 нед. После выписки из клиники (в феврале 2001 г.) чувствовал с хорошо, воздерживался от приема героина в течение 14 мес. В психическом состоянии В. произошли благоприятные изменения вновь стал веселым, открытым, дружелюбным. Погасил академическую задолженность в институте. Восстановил контакты с приятелями. Иногда выпивал в их компании. Однажды, на после употребления примерно 300 г виски, появились боли, озноб, жидкий стул. Состояние напоминало синдром отмены героина. Испугавшись повторения подобного состояния, В. прекратил употребление алкоголя.

- В мае 2002 г. поссорился с девушкой, оказывавшей, по мнению родителей пациента, благотворное влияние на него. Тяжело переживал конфликт, «назло ей» употребил героин интраназально, почувствовал выраженное облегчение. На следующий день проснулся в страхе: терзался раскаянием, боялся, что девушка и родители о всем узнают; настороженно прислушивался к собственным ощущениям, опасаясь развития «ломки». Несмотря на ее отсутствие с целью преодоления тревоги и общего психического дискомфорта еще раз принял героин, уверяя себя, что делает это в последний раз.
- Употребление наркотика сразу же стало систематическим, быстро появились признаки физической зависимости. Вновь возникла нервозность, раздражительность. Постоянно испытывал тревогу. По совету приятеля «для успокоения нервов» начал принимать феназепам. Сначала хватало 1—2 мг препарата в сутки, затем суточная доза достигла 4—5 мг. Опять-таки с целью преодолеть тревогу эмоциональное напряжение несколько раз выпивал, чувствовал выраженное облегчение, однако наутро после алкогольных эксцессов состояние бывало гораздо хуже, чем после изолированного употребления героина: отмечал головную боль, сильную дрожь в теле, выраженный и трудно определяемый психический дискомфорт. Вскоре мать заметила перемены в поведении сына и настояла на его помещении в клинику. Последнее употребление героина произошло накануне вечером. В этот же день, стремясь избавиться от тревоги быстро заснуть, пациент принял 3 мг феназепама.

- **Психическое состояние** при поступлении в клинику. Пациент выглядит подавленным, угнетенным, не очень охотно рассказывает о себе и своей болезни. Признается, что не хочет травмировать родителей, присутствующих при беседе, неприятными подробностями; употребления наркотиков, а также испытывает стыд перед врачами осуждающими, как он предполагает, его пристрастие к героину; Высказывает опасения, что вскоре у него разовьется «ломка». После уверения врачей, что лечение будет эффективным и страдать ему не придется, пациент ненадолго успокаивается, затем спрашивает, какие снотворные назначают в этой клинике. Сообщает, что готов терпеть даже боли, но боится бессонницы. Просит провести ему тщательное обследование. Высказывает опасение, что раньше мог заразиться вирусами гепатита или СПИДа. С тревогой справляется у персонала, насколько достоверным может быть отрицательный результат исследования.
- В отделении быстро сходится с другими больными наркоманией. Подробно расспрашивает их о применяемых в клинике методах лечения. В ответ на шутку одного из пациентов о том, что никакого лечения не проводится и ему придется «ломаться на сухую», меняется в лице, обращается за разъяснениями к другим больным, затем к дежурному врачу. Узнав, что это была шутка, ненадолго успокаивается. Просит врача назначить ему «побольше лекарств», обезболивающих и снотворных. Говорит, что боится плохого самочувствия и бессонницы и предпочел бы провести во сне целую неделю («чтобы спать и ничего не чувствовать»).

- Несмотря на активное применение психотропных лекарственных средств, в течение всего периода отмены и раннего постабстинентного периода у больного сохранялись высокий уровень тревоги и стойкие опасения ухудшения состояния. Максимальная выраженность невротических проявлений была отмечена на 3—4-е сутки воздержания от опиоидов и на 8-е сутки после отмены, когда пациенту было объявлено о практическом завершении курса детоксикации и о предполагаемом снижении дозировок лекарственных средств. В течение всего периода лечения, особенно в указанные дни, пациент по несколько раз в течение дня обращался к сотрудникам клиники с многочисленными жалобами, в частности на тревогу, «депрессию», мигрирующие боли в туловище и конечностях и др. После назначения препаратов, устраняющих тревогу, больной жаловался на увеличение слабости. Ни в один из дней больной не был удовлетворен своим состоянием, несмотря на отсутствие выраженных признаков синдрома отмены на фоне проводимой терапии. Самочувствие ненадолго улучшалось при введении плацебо-препаратов вне зависимости от характера жалоб. Резкое усиление тревоги с выраженными вегетативными нарушениями (гипергидрозом, тахикардией, колебаниями АД) было отмечено при обнаружении антител к гепатиту. Больной настойчиво расспрашивал лечащего врача о прогнозе вирусного гепатита, о возможности развития цирроза печени. Спрашивал, насколько серьезный вред печени нанесен употреблению феназепама и спиртных напитков.
- На 16-й день лечения психическое состояние пациента нормализовалось. Выписан из клиники с рекомендацией контролируемого приема налтрексона, мirtазапина, клозапина. Пациент высказывал установку на полное воздержание от ПАВ. Психическое состояние при выписке характеризовалось умеренной и отчасти корригируемой ипохондрической настроенностью.

Для пациентов указанной категории характерны следующие клинико-психопатологические особенности

- Низкие пороги чувствительности к боли и другим проявлениям дискомфорта (возможно, обусловленные врожденной конституцией).
- Очень быстрое нарастание толерантности к опиоидам и, следовательно, столь же быстрое увеличение регулярно употребляемых доз наркотика (охарактеризованный выше феномен аддиктивного опережения у этих больных приобретает характер феномена сверхопережения).
- Тяжелые и затяжные психические нарушения всего пограничного спектра с преобладанием тревожно-фобических и дистимических расстройств.
- Стойкая фиксация на телесных ощущениях и постоянный анализ собственного психофизического состояния со стабильно низкой его оценкой.
- Крайняя степень непереносимости дискомфорта и резко выраженная нетерпеливость.
- Ригидность суждений, склонность к сверхценным образованиям.
- Выраженные вторичные аддиктивные расстройства (с предпочтением алкоголя и лекарственных препаратов снотворно-седативной группы) и полинаркоманические тенденции.
- Практически безремиссионное течение болезни. Типичными для большей части этих больных являются достаточный уровень осознания значимости проблемы наркотической зависимости и критическое отношение к собственной измененности, а также более выраженное, чем у других пациентов, стремление к лечению при значительно худших его результатах.

Мотивационные нарушения и стойкие

изменения личности

- Отмечаются выраженные преморбидные личностные девиации, хотя в активной фазе болезни личностные сдвиги той или иной степени выявляются практически во всех случаях. Эпидемический характер заболевания, его высокая «контагиозность» [Пятницкая И.Н., 1994] способствует тому, что в процесс злоупотребления ПАВ вовлекаются лица как с высокой, так и с минимальной степенью предрасположенности к возникновению наркотической зависимости (или, что значительно менее вероятно, с полным отсутствием этой предрасположенности).
- В формировании привыкания к опиоидам без видимой предрасположенности, т. е. у «условно здоровой личности», могут участвовать три основных фактора:
 - - «внешний» фактор (влияние окружения, доступность наркотиков, свойственная молодежной популяции терпимость к их употреблению);
 - - «внутренний» фактор (отсутствие чувства опасности, в том числе связанной с риском формирования зависимости при употреблении ПАВ, любопытство, проявляющееся поиском ощущений, обычное стремление к развлечению, не являющееся в строгом смысле слова патологическим);
 - - «фармакологический» фактор (возникновение положительного подкрепления, формирование фармакологической толерантности при употреблении экзогенных опиоидов, стремление к воспроизведению субъективно притягательных состояний наркотического опьянения).

- Взаимодействие перечисленных факторов может способствовать формированию пристрастия к наркотику с быстрым развитием зрелых форм наркомании даже у лиц с минимальной предрасположенностью к аддиктивным расстройствам.
- Как правило, заметные личностные изменения у больных развиваются уже в первые месяцы употребления опиоидов и лишь в немногих относительно благоприятных случаях появляются к 3—4-му году болезни.
- Стойкие личностные сдвиги у больных опишной наркоманией как проявления нажитой в ходе злоупотребления ПАВ психической конституции представляется уместным обозначать такими терминами, как «аддиктивная деформация личности» или «патологическое развитие личности по аддиктивному типу».

Аддиктивная деформация личности у больных опишной наркоманией имеет следующие ключевые проявления

- постоянная и гипертрофированная потребность в позитивных эмоциональных переживаниях, определяющая формирование стойких нарушений влечений и аддик-тивное поведение больных;
- резкое снижение переносимости дискомфорта;
- низкие пороги восприятия психогенных раздражителей и повышенная психическая уязвимость;
- стойкое стремление к модуляции собственного состояния с помощью ПАВ;
- выраженный эгоцентризм, смещение нравственных ориентировки криминализация мировоззрения;
- мотивационный коллапс.

- Очевидной патологической основой быстро развивающихся личностных изменений у злоупотребляющих опиоидами лиц служат мотивационные нарушения, что в первую очередь, проявляется доминирующим положением наркотиков в иерархии их субъективных ценностей. Свойственная любому индивиду потребность в положительных эмоциональных состояниях и психофизическом комфорте у лиц, злоупотребляющих опиоидами, носит гипертрофированный характер и преобладает над другими потребностями.
- Если на ранних этапах наркотизации прием опиоидов позволяет больным эпизодически добиваться резкого улучшения психофизического состояния (путем достижения наркотического опьянения со свойственной ему эйфорией), то в период сформированной наркотической зависимости опиоиды приобретают значение эссенциальной субстанции, систематический прием которой позволяет достичь субъективно приемлемого уровня активности. Своевременное употребление определенной дозы наркотика является условием нормального (или субнормального) личностного функционирования.

- Таким образом, прием наркотика по своей значимости становится сопоставимым с так называемыми висцерогенными потребностями (к которым относятся потребности в выделении, размножении). Кроме того, доминирующее значение регулярного употребления наркотиков в иерархически организованной совокупности мотиваций практически уравнивает потребность в приеме опиоидов у больных нарманией с так называемыми первичными (фундаментальными) психологическими потребностями (каковыми, например, являются потребности в автономии, самозащите, чувственных ощущениях и др.) Сдвиг в иерархии потребностей лиц, злоупотребляющих опиоидами, приводит к возникновению феномена, обозначаемого как **аттрактивный таксис**.

- Данный феномен проявляется в том, что у больных, в первую очередь, возникают и реализуются те мотивации и осуществляются те поведенческие акты, которые вызывают позитивно окрашенные переживания. Предпочтительными становятся виды деятельности, обладающие известной субъективной притягательностью (аттрактивностью). Тропизм к субъективно предпочтительным видам деятельности и избегание негативных эмоциональных переживаний влечет за собой снижение толерантности к любым проявлениям дискомфорта, как психического, так и физического.

- Регулярный прием опиоидов уже на ранних этапах формирования наркотической зависимости начинает играть роль оптимального способа достижения комфортных состояний благодаря таким характеристикам, как быстрота и легкость воспроизведения, особая притягательность (аттрактивность психических ощущений, вызванных действием наркотика. Феномен, таким образом, уже на стадии непродолжительной регулярной наркотизации перерастает рамки собственной опиоидной зависимости и начинает выступать в качестве проявления расстройства более общего порядка — аддиктивной психологии.

- У больного опишной наркоманией гипотетическая церебральная «система вознаграждения» эксплуатируется не только фармакологическим путем (в ходе систематического употребления наркотиков), но и психогенным путем (в ходе измененного витального функционирования). Если пользоваться терминами психологии, поведение больных приобретает **адиентный** характер (увеличивающий воздействие вызвавшего его стимула) по отношению к любым объектам (ситуациям), повышающим степень комфорта.

Спасибо за внимание!

Биотрансформация этанола

Завершающим этапом биотрансформации ацетальдегида является его превращение под влиянием ацетальдегиддегидрогеназы (АлДГ) в ацетат, который при участии ацетил-КоА окисляется до углекислого газа и воды: $C_2H_4O \rightarrow \text{ацетат} \rightarrow CO_2 + H_2O + \text{энергия}$.

АЦЕТАЛЬДЕГИД

- 📌 увеличивает высвобождение из адренергических окончаний катехоламинов, которые повышают тонус резистивных сосудов (артерий мышечного типа, артериол), вызывают тахикардию, повышают потребность миокарда и других тканей в кислороде.
- 📌 конденсируется с катехоламинами, в частности с дофамином, с образованием тетрагидроизохинолинов (ТГИХ). Один из ТГИХ - сольсолинол, аналог гигантина, вызывающего галлюцинации, провоцирует. Конденсация ацетальдегида с серотонином приводит к образованию ингибитора МАО гармалина, также являющегося сильным галлюциногеном.

АЦЕТАЛЬДЕГИД

- ✉ Способствует накоплению НАД.Н, НАДФ.Н, которые могут изменить обмен катехоламинов
- ✉ Нарушает функции печени, тормозя элиминацию продуктов метаболизма этанола.
- ✉ Способствует образованию кетоновых тел, изменяет состояние коэнзимов Q и HQ;
- ✉ Повреждает мембраны, нарушает энергетические процессы клетки, вызывает расстройства липидного обмена

Метаболизм клетки

- Для нормального функционирования и поддержания ионного транспорта клеткам необходима энергия.
- Она находится в виде АТФ, основным субстратом для ее продукции является глюкоза.
- При достаточном уровне кислорода из глюкозы образуется пируват, который в митохондриях окисляется в цикле Кребса до углекислого газа и воды.
- Из одной молекулы глюкозы образуется 38 молекул АТФ

Амид никотиновой кислоты (НАД) –
передает восстановительный эквивалент в дыхательную
цепь и участвует в аккумуляции энергии в макроэргах

Дефицит НАД сопровождается:

- Блокадой глюконеогенеза
- Замедлением гликолиза и цикла Кребса
- Остановкой бета-окисления и отложением жира в печени
- Изменением поляризации мембран различных органов за счет сдвига соотношения НАДН/НАД

Амид никотиновой кислоты (НАД) –
передает восстановительный эквивалент в дыхательную
цепь и участвует в аккумуляции энергии в макроэргах

Дефицит НАД сопровождается:

- Блокадой глюконеогенеза
- Замедлением гликолиза и цикла Кребса
- Остановкой бета-окисления и отложением жира в печени
- Изменением поляризации мембран различных органов за счет сдвига соотношения НАДН/НАД

Триацилглицериды как источники энергии

- Жирные кислоты (ЖК) не могут трансформироваться в глюкозу
- ЖК утилизируются в печени с образованием ацетилкоэнзима-А (Ак-А)
- Избытки Ак-А конденсируются в ацетоуксусную кислоту, из которой образуются 3-гидроксипируват и ацетон, т.е. кетоновые тела, которые накапливаются в дефиците тиамина (тиаминдифосфат – кофермент в реакциях окислительного декарбоксилирования альфа-кетокислот)
- Глицерин превращается в глюкозу только у здоровых людей, но не у потребителей алкоголя (процесс катализируется дегидрогеназой для которой, необходим НАД)
- В результате синтезируются нейтральные жиры, которые депонируются в печени).

Гипогликемия увеличивает содержание адреналина, кортизола, глюкагона, гормона роста и снижает секрецию инсулина

Свободные радикалы

- Это молекула или ее часть, имеющая неспаренный электрон на молекулярной или внешней атомной орбите.
- Наличие неспаренного электрона обуславливает высокую химическую активность СР, который вступая в химические реакции приобретает недостающий электрон

Последствия злоупотребления алкоголем

- Поражение пищеварительной системы
- Поражение сердечно-сосудистой системы
- Поражение иммунной системы
- Поражение центральной и периферической нервной системы
- Поражение системы крови
- Поражение дыхательной системы
- Поражение выделительной системы
- Поражение половой системы.

Контингент больных, злоупотребляющий алкоголем и наркотиками

- Больные с психозами
- Больные с пограничными психическими расстройствами
- Больные с соматогенно обусловленными психическими расстройствами
- Больные с коморбидными психическими расстройствами
- Больные с острой соматической патологией
- Больные с хронической декомпенсированной соматической патологией

ДИСГИДРИИ

Преимущественные типы дисгидрий при ААС включают изотоническую дегидратацию, связанную с потерей натрия и воды, возникающей при гипергидрозе, возбуждении, треморе; и гипертоническую дегидратацию, связанную с потерей воды, имеющую место при присоединении рвоты и диареи к указанным клиническим признакам.

ДИСГИДРИИ

- **Сухость слизистых оболочек и кожного покрова** - особенно в местах постоянного функционирования потовых желез - паховых, подмышечных областях - может указывать на выраженную степень дегидратации;
- **Общая слабость, отеки (в т.ч. скрытые), изменение тургора кожи** - могут указывать на задержку натрия в организме, на гипоальбуминемию, на заболевания печени, почек, сердца, циркуляторную недостаточность, олигурию;
- **Одышка** (более 30 экскурсий/мин) указывает на артериальную гипоксемию, и, характерную для всех типов дегидратаций.

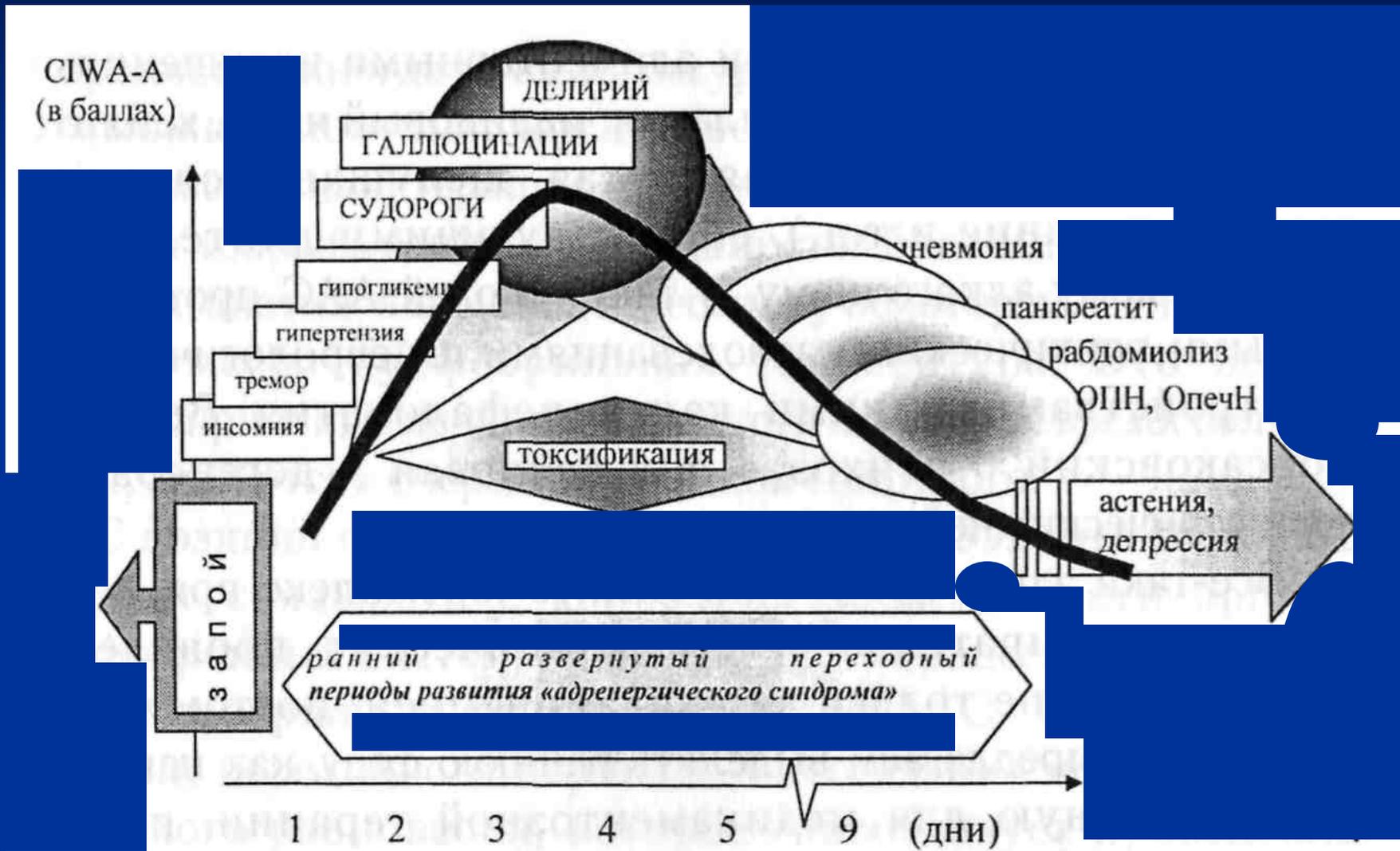
Медиаторы центральной нервной системы



Алкогольный абстинентный синдром: медиаторные сдвиги.



Адренергический синдром при ААС (Афанафасьев В.В. и соавт., 2002)



Острая интоксикация неосложненная вызванная употреблением алкоголя (тяжелой степени).

Симптомы: нарушение сознания, проявляющееся комой с различной неврологической симптоматикой, обусловленной действием этанола, его метаболитами и гипоксией; острое нарушение кислотно-основного состояния (КОС) - метаболический и респираторный ацидоз; дыхательная недостаточность вследствие обструкции дыхательных путей секретом трахеобронхиального дерева, слюной, желудочным содержимым, западением языка; сердечно-сосудистая недостаточность.

Обследование

Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (сахар, белок, белковые фракции, билирубин, печеночные ферменты, КОС артериальной и смешанной венозной крови, креатинин, мочевины, в сыворотке крови), центральное венозное давление (ЦВД), гематокрит, ионограмма, электрокардиограмма (ЭКГ). Консультации терапевта, невропатолога, хирурга. Необходимо дифференцировать от коматозных состояний другой этиологии.

Лечение. Догоспитальный этап.

■ Диагностические действия

■ 1.1. Оценка анамнестических данных.

■ 1.2. Оценка клинических данных (длительность клинических проявлений, наличие угнетения сознания, вегетативных функций, артериальная гипотензия или гипертензия, гипотермия, бледность и синюшность кожи и слизистых, повышение или снижение мышечного тонуса, запах алкоголя в выдыхаемом воздухе).

■ 2. Первичные мероприятия при угрозе жизни:

■ 2.1. Восстановить проходимость дыхательных путей: освободить ротовую полость от инородных предметов или желудочного содержимого, использовать воздуховод или произвести интубацию трахеи.

■ 2.2. Катетеризировать периферическую или центральную вену, начать инфузию реополиглюкина (полиглюкина) - 400мл, физиологического раствора или полиионных растворов (трисоль, ацесоль, хлосоль) - 400 - 500мл.

Опасности и осложнения

5.1. Необходимо провести дифференциальную диагностику коматозного состояния при отравлении алкоголем с:

отравлением суррогатами алкоголя (высшие спирты, метиловый спирт, этиленгликоль),

- гипогликемическим состоянием,
- черепно-мозговой травмой,
- острым нарушением мозгового кровообращения,
- менингитом,
- отравлением снотворными и седативными препаратами.

5.2. Развитие синдрома позиционного сдавления.

5.3. Развитие аспирационного синдрома.

5.4. Развитие постгипоксической энцефалопатии.

5.5. Развитие абстинентного синдрома.

5.6. Развитие судорожного синдрома.

Длительность лечения 1- 2 дня.