**Клинико-динамическая характеристика депрессивных расстройств в постабстинентном периоде.**

Четвериков Дмитрий Владимирович

Злоупотребление психоактипными веществами в молодом возрасте стало одним из наиболее актуальных вопросов современной наркологии. Мировая статистика свидетельствует о повсеместном и неуклонном увеличении больных наркоманией (Куприянова И. Е-, Семке В.Я., Логинов И.П., 1994; БоханН.А. и др., 1996; Van de Wijngaart G.F., 1988). Распространение этого заболевания в настоящее время приобрело характер эпидемии (Пятницкая И. Н., 1994).Среди видов аддиктивного поведения в молодежной популяции часто встречаются клинически очерченные формы опийно-димедроловой наркомании, что приводит к быстрому формированию синдромов заболевания, утяжелению абстиненции и психоорганическим расстройствам (БайтураевЕ.А., Тульбасова Г.Е., 1992; Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Л., 1992; Клименко Т.С., 1995).В последние годы в отечественных и зарубежных источниках появились сообщения, о том, что после перенесенной абстиненции у потребителей опия наблюдаются психопатологические расстройства, прежде всего депрессивного характера, специфичные для этого контингента больных (Благов Л.Н., 19.90; Курск Н.С., 1990; Букановс.каяТ.И. 1995; РохлинаМ.Л., 1995; MadduxJ.F., Desmond D.P., Costello R., 1987).

Между тем важнейшие аспекты наблюдаемых состояний (хронология, типология, феноменология, течение, прогноз) у подростков освещены недостаточно. Учитывая непосредственную связь указанных наркопатологических феноменов с рецидивированием заболевания и формированием ремиссии, эти вопросы приобретают чрезвычайно актуальность.

В целях изучения клиники и течения депрессивных расстройств после перенесенной абстиненции было обследовано 92 подростка в возрасте 15-21 лет, страдающих опийно-димедроловой наркоманией и обратившихся за медицинской помощью. Помимо стандартного клинического обследования (анамнез. исследование соматоневрологического и психического статусов) проведена постабстинентная курация на протяжении от нескольких месяцев до 1 года.

Купирование острого абстинентного синдрома наступало к 14-16 суткам от момента последнего употребления наркотиков. К этому времени практически полностью исчезали алгические и вегетативные симптомы, стабилизировался сон, значительно снижалась интенсивность аффективных и поведенческих расстройств, в определенной степени дезактуа-лизировалось компульсивное влечение к наркотикам. Именно данный момент может служить демаркационной линией между собственно абстиненцией и по-стабстинентным периодом.

Проведенный анализ показал специфичность клинических проявлений и четко очерченную временную структуру наблюдаемых после абстиненции состояний, что дало возможность интерпретировать их наряду с опьянением, абстиненцией, ремиссией и рецидивом в качестве самостоятельного наркопато- логического синдрома, интегрирующего все феномены, наблюдаемые при наркоманиях. На основании клинико-катамнестического исследования нами выделены депрессивно- дисфорический, астенодепрессивный и гипертимно- дисфорический типы постабстинентных состояний в подростково- юношеском возрасте. В структуре психопатологических расстройств депрессивные состояния наиболее ярко проявлялись при первых двух типах.

Депрессивно- дисфорический тип - это наиболее многочисленный тип постабстинентных состояний (41 пациент). Практически все больные сообщали, что в подростковом возрасте чувствовали одиночество, оторванность от сверстников, у них были колебания настроения с преобладанием депрессивного компонента. Для того чтобы купировать или смягчить негативные эмоциональные переживания, они начинали употреблять наркотические препараты.

Для периода абстиненции характерна ассоциативная заторможенность, непродуктивность контакта с врачом, перемежающаяся дисфорическими эпизодами. Компульсивное влечение было грубое и вязкое, плохо поддающееся медикаментозной коррекции. Длительно сохраняющаяся симптоматика абстиненции сменялась коротким, от 2 до 8 дней, светлым промежутком, во время которого аффективное состояние несколько выравнивалось, больные становились апатичными, безынициативными, отрицали влечение к наркотикам. С 20-22 дня отнятия опиатов вновь наблюдалось обострение симптоматики с появлением компульсивного влечения. В идеаторной сфере преобладали овладевающие представления о наркотиках. Больные замыкались в переживаниях, формально отрицали влечение к препаратам опия. На фоне депрессивного аффекта с тревожной окраской периодически возникали дисфорические эпизоды, которые могут быть расценены как пароксизмы импульсивного влечения. В пароксизмальных состояниях в одних случаях превалировал дисфорический компонент с немотивированной злобой, криком и агрессивными тенденциями в отношении к окружающим, в других - депрессивный компонент по типу raptus melancholicus с чувством крайнего отчаяния; пациенты метались, стонали, пытаясь унять нестерпимую "тягу" к наркотику. На начальных этапах развития эксплозивной реакции больные пытались доказать окружающим, что им под любым предлогом необходимо покинуть помещение, где они находились, приводились самые разнообразные, часто нелепые доводы. При сформированном пароксизмальном состоянии эти причины отметались и замещались неутолимым "наркотическим голодом". Сознание было аффективно суженным, и состояние в апогее вспышки клишировано напоминало импульсивное влечение в абстиненции. Длительность пароксизмов составляла от 3 до 9 часов, после чего, если желание не реализовывалось, интенсивность возбудимой симптоматики шла на убыль. В течение 2-3 суток больные много спали, были вялы, апатичны; несколько депримированы. Максимальное число аналогичных эпизодов приходилось на период с 24-26 по .^8-62 день от момента отнятия наркотика. Сходство этих состояний с эквивалентами припадков при органическом поражении головного мозга свидетельствует о более тяжелом поражении ЦНС в этой группе пациентов.

Редукция депрессивной симптоматики и эксплозивных реакций наступала к 52-62 дню отнятия наркотика. К этому моменту настроение больных выравнивалось, они становились оживленными, уравновешенными, но сохранялась чувствительность к психотравмирующим агентам, прежде всего к вторичноподкрепляющим эффектам наркотиков (встреча друга-наркомана, просмотр телепередач и т.д.). Любая ситуация, способная вызвать психический дискомфорт, могла актуализировать депрессивно-дисфорическую симптоматику и компульсивное влечение, у больных этого типа нередко наблюдались аутохтонные сдвиги настроения по депрессивному типу.

Катамнестическое исследование показало, что этот тип прогностически неблагоприятен; течение болезни в группе развивалось по двум направлениям; или формировалось неопиоидное аддиктивное поведение, прежде всего выход в алкоголизацию с быстрым сформированием симптомов алкоголизма (4 больных), или возобновлялась опиоидная наркотизация (37 пациентов).

Астенодепрессивный тип (30 человек). У пациентов астенические черты личности прослеживаются на протяжении всего анамнеза. С 14-16 дня отнятия наркотика больные становились несколько живее, контактнее, в картине состояния сосуществовали явления легкой возбудимости и быстрой утомляемости, истощаемости внимания и обостренной впечатлительности. Субъективному чувству постоянной усталости, особенно выраженному после пробуждения, сопутствовали общее снижение тонуса, угнетенность, пессимистическая оценка своего состояния и обстоятельств жизни вообще.

Изменение психического состояния больных наступало с 20-24 дня лишения наркотика. Актуализация позитивных воспоминаний опийного опьянения, накладываясь на астенодепрессивный эмоциональный фон, формировала качественно новое аффективное состояние, в котором были печаль, сентиментальность. "тихая грусть". Сновидения также были связаны с наркотизацией, однако не прямо, а косвенно - снились "друзья", с которыми "кололись", "улочки и дворы", где обычно принимались наркотики.

Отчетливое усиление астенодепрессивной симптоматики по гиперстеническому типу мы наблюдали с 26-28 дня лечения. На фоне этих нарушений появлялась головная боль, имеющая классическую "неврастеническую" окраску. Больные становились неспособны к эмоциональному, интеллектуальному и физическому напряжению, усиливались аффективная лабильность, сенситивность. склонность неадекватно реагировать на всевозможные психотравми-рующие воздействия. Развитие влечения при этом варианте постабстинентных состояний характеризовалось наиболее отчетливой цикличностью. Чаще утром, в течение 6-12 часов, на фоне выраженной гипотимии возникало и быстро охватывало всю эмоциональную сферу компульсивное влечение к наркотику. Пациенты плакали, метались, совершали вольерные движения, просили наркотики, в ответ на отказ давали экстрапунитивные реакции, угрожали самоубийством, но истинной суицидальной активности не наблюдалось. В отличие от депрессивно- дисфорического типа аффективные реакции отличались неустойчивостью, истощаемостью, переключае-мостью, действия совершались в состоянии ясного сознания. Отсутствовали критичность и сознание болезни, отмечалось крайне негативное отношение к лечению. Таким образом, в этих случаях наблюдалось истинное компульсивное влечение, апогей которого достигался в среднем через 3,96 + 0,56 суток от момента появления первых признаков актуализации, Длительность периода максимальной интенсивности описанной симптоматики составила 1,34 + 0,38 суток, после чего наблюдалось обратное развитие пег-хопатологической симптоматики: вначале дезактуя лизировалось компульсивное влечение, затем лити чески снижалась интенсивность астенодепрессивны расстройств. При этом типе все наблюдаемые психе патологические расстройства держались в рамка астенодепрессивного синдрома и флюктуировалн с гипостенического состояния через раздражительную слабость к гиперстении.

Астенодепрессивный тип - наиболее благопрг ятный при достаточном уровне социальной адапт.. ции, заинтересованности ближайшего окружения своевременной адекватной лечебной коррекция Стойкие ремиссии сформировались у 7 человек, о тальные возобновили наркотизацию.

Гипертимно- дисфорический тип (21 человек При этом типе в период абстиненции превалирова. психопатологические расстройства гипоманиакального характера. С 20-24 суток наблюдалась аффективная лабильность, и на (фоне достаточно монотоного гипоманиакального состояния появлялись трансформировались в дисфории эпизоды тревожи гипотимического настроения. В отличие от вышеопи санного депрессивно- дисфорического варианта пр] этом типе постабстинентных расстройств мы не наблюдали раптоидных состояний и суицидально: активности. Эксплозивные реакции сопровождались обострением патологического влечения, однако здесь оно было не импульсивным и возникало не но па) ксизмальному типу, а, скорее, по компульсивному специфической маниакальной окраской, на фон которого все больные этого типа возобновили потребление наркотиков.При анализе вышеизложенных данных обращет внимание характерная особенность - первые пр1 знаки обострения депрессивной симптоматики независимо от типа постабстинентных состояний прих< дятся на период с 18 по 22 день отнятия наркотик. затем в течение 3-7 суток усиливается аффективная лабильность, появляются наркоманические сновидения, нарастает патологическое влечение. Апогея указанные феномены достигают к 28-32 дню и максимально выражены в течение 10-16 суток, а затем литически снижаются.Таким образом, течение и прогноз наркомании определяются преморбидными аффективными расстройствами, длительностью и интенсивностью наркотизации, что специфицирует клиническую картину постабстинентных состояний. В связи с отсутствием в литературе ряда определений мы предлагаем следующую трактовку основных понятий.

Постибстинентный период - интервал от окончания абстиненции (14-16 сутки лишения наркотиков) до сформирования ремиссии (56-60 сутки).

Постабстинентное состояние - комплекс специфических психопатологических, в первую очередь аффективных, а также соматических и неврологических симптомов, наблюдаемых во время постабстинентного периода.

Ремиссия - полное воздержание больного опийно- димедродовой наркоманией от употребления опия и димедрола с сохранением в латентном состоянии всех расстройств, свойственных заболеванию. Ремиссию следует считать сформированной при двухмесячном воздержании больного от потребления наркотиков.

Рецидив - возобновление наркотизации после исчезновения абстинентных явлений с появлением психической и/или физической зависимости. При этом заболевании целесообразно различать два типа рецидивов - ранний (постабстинентный) рецидив, возникающий в постабстинентном периоде, и поздний (ремиссионный) рецидив, возникающий в ремиссии.

Резюмируя вышеизложенные данные, можно судить о том, что взгляд на постабстинентные состояния как на самостоятельный синдром при наркомании имеет право на существование. С теоретической точки зрения, эти состояния выполняют интегрирующую роль при комплексном анализе наркологической симптоматики: определенные преморбид-ные особенности личности и характер течения абстиненции позволяют прогнозировать течение постабстинентного периода, клиника которого в свою очередь определяет пути становления ремиссии или рецидивирования заболевания. У большинства больных расстройства депрессивного круга являются маркерами обострения заболевания, их специфика позволяет прогнозировать пути рецидивирования опийно- димедроловой наркомании и своевременно проводить соответствующую медикаментозную и психотерапевтическую коррекцию