

Связь между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования синдрома отмены и его степенью тяжести при героиновой наркомании

КАРДАШЯН Р.А.

д.м.н., доцент кафедры психотерапии и наркологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета Дружбы народов, Москва

У 170 больных мужского пола в возрасте 18 ± 3 года (в среднем 19 лет), страдающих героиновой наркоманией, изучали связь между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены. Показано, что у лиц, отличающихся преимущественно эксплозивными чертами характера, случаи девиантного поведения выявлялись чаще, наблюдалось стремительное формирование и затяжное купирование клинических проявлений синдрома отмены, медленная нормализация показателей дофаминового и серотонинового обменов. У лиц со стеническими, а также мозаичными чертами характера, представленными сочетанием стенических и истерических черт, частота случаев девиантного поведения была ниже, формирование синдрома отмены происходило медленнее, отмечались относительно легкое течение синдрома отмены, быстрая редукция его клинических проявлений и нормализация экскреции с мочой катехоламинов и серотонина. Больные с преимущественно астеническими, психастеническими и шизоидными чертами характера занимали промежуточное положение между больными с преимущественно эксплозивными чертами характера и больными со стеническими, а также мозаичными чертами характера.

Введение

Нами ранее было показано [7], что наркомания может сформироваться у людей с самым различным складом личности, вместе с тем, некоторые типы личности могут чаще встречаться при том или ином виде зависимости от психоактивного вещества (ПАВ). Также в ряде исследований [4, 5, 12] была показана зависимость клинических проявлений и динамики наркологических заболеваний, скорости формирования зависимости и тяжести дефицитарных расстройств от преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада.

Девиантное поведение — это отклоняющееся поведение, нарушающее принятые в обществе правила. Однако это означает относительность оценки поведения как отклоняющегося, поскольку она зависит от норм и ценностей определенной социальной среды. Следует отметить, что термины *девиантное* и *делинквентное поведение* используются по отношению к детям и молодым людям, а *асоциальное* и *антисоциальное* — к взрослым.

Когда мы говорим о *норме*, мы имеем в виду характеристику большинства. Норма — это способность личности принимать существующие правила поведения, придерживаться их, не вступая в серьезные конфликты с окружением, и социально развиваться. Но это не исключает несогласия личности с принятыми законами. Важно, чтобы при несогласии человек не нарушал принятые законы и не вел себя демонстративно (оставление учебы, работы, уход из

семьи и т.д., если нет вынужденных обстоятельств), ибо и это есть отклонение от нормы, девиация.

Стремление к удовольствию проявляется у разных людей по-разному. Существуют люди, постоянно желающие получить развлечения и удовольствия, — гедонисты. Обычно это психопатические личности с низким интеллектуальным развитием. Но если социально и духовно развитые личности, имеющие идеалы и жизненные принципы, способны оценить вред приема ПАВ, то подростки не способны к таким оценкам. Конформизм, подражательность, внушаемость особо выражены у психически незрелых людей, детей и подростков.

Наркотические вещества принимаются, чтобы достичь эйфории и подражать молодежной «субкультуре». Слабость контроля за своим поведением и влечениями является одной из причин потребления одурманивающих средств.

В литературе недостаточно полно изучены и описаны соотношения между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования зависимости и тяжестью течения синдрома отмены. Такой анализ позволил бы выделить группы больных с более тяжелым течением синдрома отмены и разработать дифференцированную терапевтическую программу, от эффективности которой зависят длительность купирования синдрома отмены и становление ремиссии.

В связи с этим в задачу нашей работы входило изучение связи между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены.

Пациенты и методы исследования

Объектом исследования были 170 больных мужского пола в возрасте 18 ± 3 года (в среднем 19 лет), страдающие героиновой наркоманией.

Все больные проходили курс лечения на базе стационарного отделения ННЦ наркологии МЗСР РФ и МНД г.Железнодорожный (Московская область).

У родителей каждого больного были тщательно выяснены анамнез жизни и развития, преморбидные черты личности, наличие или отсутствие девиантного поведения, неблагоприятные микросоциальные условия (неполная семья, гипер- или гипоопека, стрессовые ситуации, частые семейные конфликты и т.д.).

При классификации преморбидных личностных особенностей использовались классификации психопатий П.Б. Ганнушкина (1933 г.), О.В. Кербилова (1971 г.), классификация акцентуаций характера (А.Е. Личко, 1977, 1991; К. Леонгард, 1989).

Для получения необходимых клинических показателей была разработана унифицированная карта динамического наблюдения за больными, состоящая из паспортной (Ф.И.О., пол, возраст, образование), клинической и биохимической частей. Клиническая часть включала в себя: наркологический диагноз, сопутствующие заболевания, наследственная отягощенность, особенности анамнеза, наличие девиантного поведения, возраст начала употребления ПАВ и наркотика, эпизодическое употребление и кратность приема наркотика, длительность формирования патологического влечения и синдрома отмены, длительность заболевания, средние дозы наркотика во время последнего экстаза, количество часов от последнего введения наркотика до начала лечения, длительность синдрома отмены; количество госпитализаций, наличие или отсутствие осознания болезни, психопатологические, алгические, вегетативные, неврологические расстройства.

Выраженность тяжести психопатологических, в том числе астенических, а также алгических, вегетативных и неврологических расстройств мы оценивали по 4-балльной системе: 0 — отсутствие признака; 1 — слабо выраженный, нестойкий признак (низкая интенсивность его проявлений); 2 — клинически умеренно выраженный, устойчивый признак (средняя интенсивность); 3 — резко выраженный, доминирующий признак (высокая интенсивность проявлений).

Биохимическая часть была представлена определением экскреции с мочой катехоламинов (КА) — дофамина (ДА) и его метаболита ДОФУК (диоксифенилуксусной кислоты), норадреналина (НА), адреналина (А) и серотонина (5НТ) в порционной моче методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией [9].

Динамику клинических расстройств синдрома отмены оценивали ежедневно в период пребывания больных в стационаре (от 4 недель и более), а биохимические параметры — до начала лечения (исходный фон), на 5-е (первый этап) и 14-е (второй этап) сутки терапии.

Диагностические критерии зависимости устанавливали в соответствии с МКБ-10.

В качестве статистических критериев использовались критерий Duncan'a [13] и t-критерий Стьюдента [2]. Все виды статистического анализа данных проводились с использованием пакета программных средств «SPSS» статистического анализа данных.

Результаты исследования

По типу преморбидных особенностей личности больные распределились следующим образом.

У 51 больного (30% от общего количества больных) определялись *возбудимые черты* характера. В зависимости от этиологического фактора мы разделили данную группу на две подгруппы.

В первую подгруппу вошел 31 больной, или 60,8% от данной подгруппы (18,2% от общего количества пациентов). Это были лица с конституционально-возбудимыми чертами личности. Они с детства характеризовались повышенной возбудимостью, агрессивностью, «дисфорическими вспышками», несдержанностью, нарушениями поведения в виде асоциальности, своеобразной демонстративностью. Эти аффективные разряды были кратковременными.

Вторую подгруппу составили 20 больных, или 39,2% от подгруппы (11,8% от общего количества пациентов). У них отмечались пренатальная или антенатальная патология и/или перенесенные в раннем детстве черепно-мозговые травмы: это были больные, перенесшие различные экзогенно-органические заболевания головного мозга. Изменения происходили в основном в эмоционально-волевой сфере. В детском возрасте они отличались повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, повышенной внушаемостью и изменчивостью настроения, слабостью волевых задержек, конкретностью мышления.

У 32 пациентов (18,8% случаев) выявлялось преобладание *стенических черт* характера. Пациенты данной группы отличались эмоциональной неустойчивостью, возбудимостью, непоследовательностью, суетливостью, внушаемостью, изменчивостью интересов, податливостью внешним влияниям, неспособностью к длительному волевому усилию, но, в то же время, активностью при достижении поставленной цели. При недостижении поставленной цели у больных данной категории возникали невротические реакции с преобладанием аффективной неустойчивости.

Преобладание *астенических* и *тревожно-мнительных черт* характера мы наблюдали у 29 больных (17% от общего количества больных). У данной группы часто в детстве наблюдались невротические реакции. В дошкольном и раннем школьном возрасте у них часто возникали страхи, тревога, мнительность, повышенная раздражительность с последующей истощаемостью психических процессов, сочетающиеся с вегетативно-соматической лабильностью. Они плохо переносили психические и физические нагрузки.

Шизоидный тип личности, по нашим наблюдениям, встречался в 14,7% случаев (от числа всех пациентов), или у 25 чел. Эти больные отличались замкнутостью, сниженной потребностью в контактах, невыразительностью эмоций, ранимостью, диссоцированностью поведения, склонностью к рассуждениям.

Истерические черты характера встречались в 13,6% случаев (23 больных). Данные лица уже с детства пытались привлечь к себе внимание, отличались демонстративностью, театральностью поведения, склонностью к преувеличению своих способностей, капризностью, лживостью, эгоцентризмом, эмоциональной неустойчивостью.

У восьми больных (4,7% относительно всех больных) имели место *мозаичные черты* характера. У этих больных имели место сочетания стенических черт характера с истерическими. Для них также были характерны театральность поведения, склонность к преувеличению своих способностей.

У двоих больных (1,2% от общего количества больных) имел место *психический инфантилизм*. Для них были характерны слабость высших форм волевых функций, незрелость и поверхностность суждений, выраженная внушаемость и подражательность, преобладание мотивов получения удовольствия, ущербность логического мышления, слабая направленность психической деятельности, неспособность делать адекватные и правдивые выводы из полученного опыта.

Всем больным был поставлен диагноз: *героиновая наркомания, синдром отмены, неосложненный, вторая стадия зависимости*.

Все больные в зависимости от степени тяжести клинических расстройств синдрома отмены и связанных с ними нарушений экскреции с мочой катехоламинов и серотонина были разделены на 3 группы: с легким течением синдрома отмены, умеренным и выраженным.

Первую группу составили 40 больных (23,5% от общего количества). У 32 пациентов (80% в данной группе) преобладали *стенические черты* характера, а у восьми больных, или в 20% эпизодов, имели место *мозаичные черты* характера.

Частота проявлений девиантного поведения (табл. 1) в данной группе выявлялась у пяти больных (2,94% от общего числа, или 12,5% от данной груп-

пы). Причем у троих пациентов (1,77% от общего числа, или 7,5% в данной группе) девиантное поведение наблюдалось в возрасте 14—16 лет, а у двоих (1,17% от общего числа, или 5% в данной группе) — в возрасте 17—18 лет. Следует отметить, что девиантное поведение в данной группе больных было представлено в основном пренебрежением учебной, прогулом занятий. Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями была отмечена у 15% больных.

У пациентов первой группы начало употребления ПАВ в большинстве эпизодов (73,5%) приходилось на возраст 17—18 лет (табл. 2). В подавляющем числе наблюдений — 58,8% — пациенты начинали принимать героин в относительно более позднем возрасте — от 19 лет до 21 года (табл. 3).

Длительность самостоятельного эпизодического употребления героина и кратность его приема составили: в течение 3,5—12 мес. от 4 до 8 проб (табл. 4).

Таблица 1
Возраст начала проявления девиантного поведения при героиновой наркомании

Возраст, лет	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	3	7,5	11	20,4	25	32,9
17—18	2	5	6	11,4	11	14,5
Всего:	5	12,5	17	31,8	36	47,4

Таблица 2
Возраст начала приема ПАВ при героиновой наркомании

Возраст, лет	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	7	20,6	19	35,2	62	75,6
17—18	25	73,5	33	61,1	20	24,4
19—21	2	5,9	2	3,7	—	—
Всего:	34	100	54	100	82	100

Таблица 3
Возраст начала употребления героина

Возраст, лет	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	—	—	13	24,1	51	62,2
17—18	12	35,3	39	72,2	31	37,8
19—21	20	58,8	2	3,7	—	—
Более 22	2	5,9	—	—	—	—
Всего:	34	100	54	100	82	100

Патологическое влечение формировалось плавно, в течение $3 \pm 0,4$ мес. Формирование синдрома отмены у 35% больных происходило в течение 1,5—3 мес., у 50% — через 3,5—6 мес., а в 15% случаев — в интервале 6—12 мес. (табл. 5). Толерантность героина у пациентов с легкой степенью тяжести синдрома отмены в течение 1,5—3 мес. употребления достигала 0,1—0,3 г/сут., не увеличиваясь впоследствии до момента последнего поступления. Давность болезни была равна $22 \pm 3,0$ (19—25) мес. Количество госпитализаций у больных выглядело следующим образом: 15 чел. за помощью обращались 1 раз, а 19 чел. — 2 раза. Больные поступали на лечение добровольно в 76,5% наблюдений (26 чел.), под давлением родственников — в 14,7% эпизодов (5 чел.), а в связи с наличием психической и физической истощаемости — в 8,8% случаев (3 чел.). В данной группе больных наблюдали достаточно высокий интеллектуальный уровень, критическое отношение к болезни и желание продолжить лечение.

Первые признаки синдрома отмены у данных больных начинались через 9—12 ч и были представлены умеренно выраженными психопатологическими, в том числе и астеническими, и незначительно выраженными вегетативными, алгическими и неврологическими расстройствами, которые редуцировались на 14-е сутки (табл. 6 и 7).

Нормализация умеренно повышенной до начала терапии экскреции с мочой ДА и ДОФУК наблюдалась на 5-е сутки терапии, а А и 5НТ — на 14-е.

Уровень выведения с мочой НА оставался статистически неизменным относительно контроля на всех этапах (табл. 8).

Вторая группа была представлена 54 больными (31,7% случаев от общего количества больных).

Преобладание астенических и тревожно-мнительных черт характера выявлено в 53,7% случаев, или у 29 больных. У остальных 25 пациентов данной группы (46,3% наблюдений) обнаружен шизоидный тип личности.

Девиянтное поведение наблюдалось в данной группе (табл. 1) у 17 больных (10% от общего числа, или 31,8% от данной группы), причем у 11 пациентов (6,5% от общего числа, или 20,4% от данной группы) выявлялось в возрасте 14—16 лет, а у шести (3,5% от общего числа, или 11,4% от данной группы) — в возрасте 17—18 лет. Девиянтное поведение у больных данной группы было представлено потерей интересов и удовольствия в обычной активности, неорганизованностью, пустым времяпрепровождением, отсутствием интереса к учебе, следованиями крайностям молодежной моды, уклонениями от контроля, воровством, нарушениями межличностных отношений в семье. Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями была выявлена в 33% случаев.

У пациентов второй группы начало употребления ПАВ в 61,1% случаев относилось к возрасту 17—18 лет (табл. 2). У 72,2% пациентов выявляли

Таблица 4

Длительность и кратность эпизодического употребления героина

Сроки	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс. (%)	Кратность	Абс. (%)	Кратность	Абс. (%)	Кратность
2 нед. — 1 мес.	—	—	1 (1,9)	4	61 (74,4)	3—6
1,5—3 мес.	5 (14,7)	3—5	42 (77,7)	6—8	21 (25,6)	8—10
3,5—6 мес.	26 (76,5)	4—6	9 (16,6)	10—12	—	—
6—12 мес.	3 (8,8)	6—8	2 (3,8)	10—12	—	—
Всего:	34 (100)		54 (100)		82 (100)	

Таблица 5

Длительность формирования синдрома отмены при героиновой наркомании с момента начала систематического приема

Сроки	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14 дней — 1 мес.	—	—	—	—	59	71,9
1,5—2 мес.	10	29,4	47	87	20	24,4
2—2,5 мес.	20	58,8	6	11,1	3	3,7
2,5—3 мес.	4	1,8	1	1,9	—	—
Всего:	34	100	54	100	82	100

**Сравнительная динамика психопатологических проявлений синдрома отмены
в группах больных героиновой наркоманией**

Симптомы	Группы	Выраженность симптомов (баллы)		
		До лечения	5-е сутки	14-е сутки
Влечение к наркотику	1 (n=34)	2,50±0,16	1,43±0,12	0,46±0,09
	2 (n=54)	2,56±0,14	2,21±0,18*	1,45±0,14**
	3 (n=82)	2,70±0,24	2,51±0,14*	1,76±0,18**
Нарушение сна	1 (n=34)	2,53±0,12	1,07±0,09	0,56±0,17
	2 (n=54)	2,57±0,15	2,27±0,17**	1,03±0,14*
	3 (n=82)	2,68±0,21	1,99±0,12**	1,42±0,16**
Пониженное настроение	1 (n=34)	2,52±0,15	1,91±0,11	1,08±0,09
	2 (n=54)	2,61±0,11	2,16±0,14	1,94±0,16**
	3 (n=82)	2,34±0,18	1,89±0,19	1,98±0,12**
Тревога	1 (n=34)	1,64±0,10	1,34±0,14	0,51±0,11
	2 (n=54)	2,69±0,11**	2,37±0,18*	1,65±0,14**
	3 (n=82)	2,66±0,12**	2,41±0,19*	1,71±0,18**
Страх	1 (n=34)	1,54±0,12	1,22±0,15	0,51±0,12
	2 (n=54)	2,67±0,12**	2,19±0,15**	1,48±0,11**
	3 (n=82)	2,63±0,18**	2,16±0,21**	1,69±0,19**
Эмоциональная лабильность	1 (n=34)	2,51±0,12	1,11±0,11	0,42±0,12
	2 (n=54)	2,44±0,15	1,50±0,16*	1,56±0,14**
	3 (n=82)	2,15±0,16*	1,86±0,14**	1,88±0,18**
Дисфория, раздражительность	1 (n=34)	1,54±0,15	1,11±0,17	0,48±0,12
	2 (n=54)	2,38±0,12	1,43±0,16	0,64±0,18
	3 (n=82)	2,67±0,19**	2,57±0,18***	1,36±0,19**
Психомоторное возбуждение	1 (n=34)	0,71±0,11	0,72±0,12	0,41±0,19
	2 (n=54)	2,43±0,12**	1,45±0,14**	0,47±0,12
	3 (n=82)	2,58±0,14**	2,01±0,18***	1,48±0,08***
Поведенческие расстройства	1 (n=34)	0,51±0,18	0,61±0,18	0,42±0,12
	2 (n=54)	2,42±0,14**	1,43±0,12**	0,51±0,10
	3 (n=82)	2,54±0,14**	2,51±0,16***	1,47±0,12***
Психопатологические проявления	1 (n=34)	1,76±0,14	1,20±0,13	0,50±0,14
	2 (n=54)	2,52±0,12*	1,86±0,15*	1,18±0,15**
	3 (n=82)	2,53±0,18*	2,18±0,17*	1,62±0,17**
Астения, слабость	1 (n=34)	1,66±0,19	1,36±0,14	1,12±0,14
	2 (n=54)	1,32±0,10	1,43±0,11	1,66±0,18*
	3 (n=82)	1,42±0,10*	1,46±0,14	1,94±0,14**

Примечание. * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$ — по отношению к первой группе;
— $p < 0,05$, ## — $p < 0,01$ по отношению ко второй группе

**Сравнительная динамика вегетативных, алгических и неврологических проявлений синдрома отмены
в группах больных героиновой наркоманией**

Симптомы	Группы	Выраженность симптомов (баллы)		
		До лечения	5-е сутки	14-е сутки
Вегетативные проявления	1 (n=34)	1,93±0,11	1,22±0,12	0,45±0,09
	2 (n=54)	2,03±0,14	1,39±0,12	1,46±0,10**
	3 (n=82)	2,52±0,16**	2,11±0,23**	1,69±0,19**
Алгические проявления	1 (n=34)	1,31±0,09	1,36±0,15	0,82±0,19
	2 (n=54)	1,91±0,16*	1,71±0,24	1,22±0,21
	3 (n=82)	2,69±0,20***	2,16±0,21*	1,46±0,18*
Неврологические проявления	1 (n=34)	1,21±0,14	1,00±0,11	0,76±0,19
	2 (n=54)	1,76±0,24*	1,74±0,16*	1,12±0,21
	3 (n=82)	2,26±0,16***	2,11±0,22**	1,21±0,26

Примечание. * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — по отношению к первой группе;
— $p < 0,05$; ## — $p < 0,01$ по отношению ко второй группе

Сравнительная динамика показателей экскреции КА, ДОФУК, 5-НТ (нг/мин) в группах больных с героиновой наркоманией

Показатели	Контроль (n=25)	Группы	До лечения	5-е сутки	14-е сутки
ДА	141±11,1	1 (n=34) 2 (n=54) 3 (n=82)	188,3±14,2 [□] 296,3±23,3 ^{*°} 346,5±31,2 ^{**°}	181,2±31,2 229,4±25,3 [□] 280,3±36,8 ^{*°}	160,2±21,1 165,0±19,6 163,1±17,6
НА	22,3±5,0	1 (n=34) 2 (n=54) 3 (n=82)	27,7±6,1 37,1±6,1 [□] 37,9±5,6 [□]	24,8±4,3 29,9±4,2 35,2±4,3 [□]	24,8±4,6 22,2±3,8 21,6±3,6
А	2,2±0,6	1 (n=34) 2 (n=54) 3 (n=82)	4,9±0,4 [□] 6,0±0,4 ^{*°} 6,3±0,5 ^{*°}	4,0±0,5 [□] 5,0±0,5 [□] 5,7±0,3 ^{*°}	3,0±0,4 [□] 4,0±0,6 [□] 3,9±0,5 [□]
ДОФУК	455±50,1	1 (n=34) 2 (n=54) 3 (n=82)	1001,5±260,1 [°] 1650,8±300,3 ^{*°} 1996,8±293,6 ^{*°}	700,3±110,3 [□] 1040,7±201,6 ^{*°} 1500,3±261,3 ^{*°}	482,3±60,5 644,3±156,1 774,5±156,2 ^{□*}
5-НТ	124±12,1	1 (n=34) 2 (n=54) 3 (n=82)	241,5±31,5 [°] 170,1±13,2 ^{□*} 172,4±11,5 ^{□*}	132,3±14,5 192,2±20,1 ^{□*} 201,3±20,6 ^{□*}	138,5±10,1 244,3±15,2 ^{*°} 189,2±11,1 ^{□**}
Примечание. [□] — p<0,05; [°] — p<0,01 по отношению к контролю; * — p<0,05, ** — p<0,01 — по отношению к первой группе; # — p<0,05, ## — p<0,01 по отношению ко второй группе					

начало употребления героина в 17—18 лет (табл. 3). В 77,7% случаев эпизодический прием героина наблюдался в течение 1,5—3 мес. при кратности, равной 6—8 (табл. 4). Патологическое влечение к героину формировалось в течение 1,5±0,2 мес. Формирование синдрома отмены у 87% пациентов протекало за 1,5—2 мес. (табл. 5). Доза героина за 8 мес. достигала 0,4 — 0,6 г/сутки, оставаясь неизменной на день последнего поступления. Давность болезни составила 23±3,6 (20—27) мес. В данной группе 46 чел. поступали на лечение 3 раза, а 8 чел. — 2 раза. Добровольно больные стационарировались в 27,7% случаев (15 пациентов), под давлением родственников — в 57,5% (31 чел.), в связи с наличием психической и физической истощаемости — в 14,8% (8 чел.). Больные выражали формально-критическое отношение к болезни: при ухудшении соматического состояния признавали наличие болезни, а при улучшении отрицали.

Клинические расстройства синдрома отмены у вышеперечисленных пациентов появлялись через 6—8 ч и были представлены выраженными психопатологическими, умеренными вегетативными, алгическими, неврологическими и незначительными астеническими нарушениями (табл. 6 и 7).

Уменьшение тяжести психопатологических, алгических, вегетативных и астенических нарушений происходило на 14-е сутки терапии: клинические расстройства синдрома отмены носили незначительно

выраженный характер, однако полная их редукция не наступала.

Выраженное увеличение уровня ДА в моче на момент поступления нормализовалось на 5-е сутки, а А, ДОФУК и 5-НТ — на 14-е сутки терапии. Экскреция с мочой НА до начала терапии и на этапах ее проведения статистически достоверно не изменялась относительно нормального значения (табл. 8).

В третью группу вошли 76 больных (44,8% от общего числа больных).

У 51 больного (в 67,1% случаев в данной группе) определялись возбудимые черты характера, у 23 пациентов (30,3% наблюдений) истерические, а у двух больных (2,6% от третьей группы) имел место психический инфантилизм.

Частота проявлений девиантного поведения у больных данной группы (табл. 1) выявлялась в 36 случаев (21,2% от общего числа, или 47,4% от данной группы). У 25 пациентов (14,7% от общего числа, или 32,9% в данной группе) девиантное поведение наблюдалось в возрасте 14—16 лет, а у 11 чел. (6,5% от общего числа, или 14,5% в данной группе) — в возрасте 17—18 лет. Девиантное поведение у пациентов третьей группы было представлено оппозиционным, брутальным поведением, агрессивными поступками, дисфорией, разрушительными действиями, воровством, вандализмом, причем из них 12 чел. (15,7% в данной группе) привлекались к различным административным наказаниям, а 5 пациентов (6,6%

в данной группе) отбывали наказания за квартирные кражи. Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями была отмечена у 40 больных (в 53% случаев).

Начало приема ПАВ наблюдалось у 75,6% больных в возрасте 14—16 лет (табл. 2). В 62,2% случаев начало приема героина относилось к более раннему возрасту — 14—16 лет (табл. 3). Длительность эпизодического приема (в 74,4% эпизодов) составила один месяц при кратности, равной 5 (табл. 4). Патологическое влечение к героину формировалось в интервале 15—21 дней. Формирование синдрома отмены в 71,9% происходило в промежутке от двух недель до месяца с момента систематического приема (табл. 5). Дозы героина через 10—12 мес. увеличивались до 1,5 г/сут. Давность заболевания была равна 30 ± 5 (25—35) мес. Пациенты в подавляющем количестве случаев попадали в стационар 4 раза (76 чел.) и в небольшом числе случаев (6 больных) 3 раза. Добровольно на лечение поступали в 2,4% случаев (2 чел.), под давлением родственников — в 41,5% (34 больных) случаев, а в связи с наличием психической и физической истощаемости — в 56,1% наблюдений (46 чел.). У пациентов выявляли низкий интеллектуальный уровень, пассивно-индифферентное отношение к болезни, отрицание влечения к наркотику и отсутствие критики к своему состоянию.

Синдром отмены у данной категории больных развивался уже через 2—4 ч после последнего приема наркотика и был представлен доминирующими психопатологическими, алгическими, умеренно выраженными вегетативными, неврологическими и незначительно проявляющимися астеническими расстройствами (табл. 6 и 7).

Уменьшение тяжести психопатологических и алгических нарушений происходило на 5-е сутки лечения. Однако на 14-е сутки терапии они оставались умеренно выраженными. Вегетативные нарушения уменьшались на 14-е сутки, оставаясь незначительно выраженными. Астенические проявления на 14-е сутки нарастали и были умеренной интенсивности. Следует отметить, что ни одно из вышеуказанных расстройств не редуцировалось к 14-м суткам терапии.

Экскреция с мочой ДА, А, ДОФУК на момент поступления была резко увеличена и только на 14-е сутки лечения возвращалась к контрольным значениям. Уровень в моче НА не отличался от физиологического показателя уже на 5-е сутки терапии, хотя тенденция к его увеличению на данном этапе сохранялась. Выведение с мочой 5-НТ на всех этапах превышало контрольное значение (табл. 8). Все это свидетельствует о большей напряженности обменных параметров.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование выявило определенные закономерности между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, началом приема ПАВ и героина, ростом толерантности, употребляемыми дозами героина, темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены. Полученные результаты показали, что у лиц, обладающих преимущественно эксплозивными чертами характера, случаи девиантного поведения, обращений за помощью выявлялись чаще относительно сравниваемых групп, начало приема ПАВ и героина относилось к раннему возрасту, рост толерантности происходил быстро, употребляемые дозы героина были выше при одинаковой длительности болезни, наблюдалось стремительное формирование синдрома отмены. У больных наблюдались низкий интеллектуальный уровень и отсутствие критики к болезни. Купирование клинических проявлений синдрома отмены и нормализация экскреции с мочой катехоламинов и серотонина носили затяжной характер. У лиц со стеническими, а также мозаичными чертами характера, представленными сочетанием стенических и истерических черт, случаи девиантного поведения, обращений за помощью выявлялись реже, начало приема ПАВ и героина относилось к более позднему возрасту. По сравнению с больными с эксплозивными чертами характера рост толерантности происходил относительно медленно, употребляемые дозы героина были ниже при одинаковой длительности болезни, наблюдалось сравнительно медленное формирование синдрома отмены. Лица данной группы в подавляющем числе наблюдений за помощью обращались самостоятельно. Выявляли достаточно высокий интеллектуальный уровень, критическое отношение к болезни и желание лечиться. Наблюдали относительно легкое течение синдрома отмены, быструю редукцию его клинических проявлений и нормализацию показателей дофамина и серотонина обмена. Больные с преимущественно астеническими, психастеническими и шизоидными чертами характера занимали промежуточное положение между больными с преимущественно эксплозивными чертами характера и больными со стеническими, а также мозаичными чертами характера. Больные выражали формально-критическое отношение к болезни. Степень тяжести синдрома отмены, нарушения экскреции с мочой катехоламинов и серотонина носили умеренно выраженный характер. Отмечались относительно медленная редукция клинических проявлений синдрома отмены и нормализация дофамина и серотонина обмена.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: Вопросы клиники и терапии. — М: Имидж. — 1994. — 216 с.
2. Бююль А., Цефель П. SPSS: искусство обработки информации, 'DiaSoft'. — Москва, С.-Петербург, 2002. — 112 с.
3. Винникова М.А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику // Вопросы наркологии. — 2001. — № 2. — С. 20—27.
4. Иванец Н.Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма // Алкоголизм и наследственность. — М., 1987. — С. 54—56.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000.
6. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М., 1996. — С. 20—34.
7. Кардашян Р.А. Личностный преморбид при героиновой наркомании и его корреляции с ситуацией вовлечения в потребление наркотика, клиникой и динамикой синдрома отмены и прогнозом заболевания // Вопросы наркологии. — 2004. — № 5. — С. 13—22.
8. Кардашян Р.А. Клинико-диагностические критерии оценки степени тяжести проявлений абстинентного синдрома при различных формах зависимости от ПАВ // Вопросы наркологии. — 2005. — №1. — С. 30—34.
9. Коган Б.М., Нечаев Н.В. Чувствительный и быстрый метод одновременного определения дофамина, норадреналина, серотонина и 5-оксииндолауксусной кислоты в одной пробе // Лабораторное дело. — 1979. — №5. — С. 301—303.
10. Личко А.Е., Битенский Е.С. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина. — 1991. — 303 с.
11. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатия и акцентуация характера у подростков. — Л., 1977.
12. Овсепян С.А. Формы злоупотребления спиртными напитками при алкоголизме (клинические, терапевтические аспекты): Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — М., 1985.
13. Duncan D.B. Multiple Range and Multiple Range Test // Biometrics. — 1955. — № 11. — P. 1—42.

PREMORBID TRAITS OF CHARACTER INFLUENCE THE FREQUENCY OF DEVIANT BEHAVIOUR, THE DEVELOPMENT OF WITHDRAWAL SYNDROME AND ITS DEGREE OF GRAVITY IN HEROIN ADDICTION

KARDASHYAN R.A.

M.D., Ph.D., Faculty Psychotherapy and Narcology, Medicine Faculty, Postgraduate Studies, Russian university people friendship, Moscow

This study investigates the connection between premorbid traits of character and the frequency of deviant behaviour, as well as the rate of development and the degree of gravity of withdrawal syndrome in 170 male subjects aged 18 ± 3 (a mean of 19) years suffering from heroin addiction. The study revealed that the patients exhibiting predominantly explosive traits of character showed signs of deviant behaviour frequently; in addition, rapid development and delayed inhibition of clinical symptoms of withdrawal syndrome were observed; the normal levels of dopamine and serotonin were restored slowly. In patients with sthenic and mosaic traits of character, described by a combination of sthenic and hysteric traits, deviant behaviour was observed less frequently; withdrawal syndrome developed slowly and appeared to progress in a relatively uncomplicated fashion, while the clinical symptoms were rapidly reduced; moreover, the levels of catecholamine and serotonin excreted in urine quickly became normal. The findings obtained from the subjects with primarily asthenic, psychasthenic and schizoid traits of character indicated that these patients held an intermediate position between the patients with predominantly explosive traits of character and those with sthenic and mosaic traits of character.