

Клинические особенности опиоидной зависимости у казахов

СУБХАНБЕРДИНА А.С.

к.м.н., ведущий эксперт Центра судебной экспертизы
Министерства юстиции Республики Казахстан

Описаны особенности клиники и динамики зависимости от опиоидов у казахов. Показано, что по сравнению с русскими у них наблюдается ускорение сроков созревания наркомании, отмечается клинический патоморфоз и утяжеление составляющих ее симптомов и синдромов, совокупность которых свидетельствует о более прогрессирующем характере течения зависимости.

Введение

Многочисленными исследованиями последних лет показано, что в различных культурах отношение к одним и тем же психическим проявлениям оказывается различным. Одно и то же психическое явление представителями одной культуры может оцениваться как психопатологический феномен, а другой — как вариант нормального психического функционирования. Это связано с тем, что психическое здоровье человека определяется совокупностью огромного количества биосоциальных факторов, основными из которых оказываются и культуральные воздействия. Среди последних выделяют исторические особенности существования отдельной нации, доминирующие в ней религиозные убеждения, особенности отношений в первичной культуральной группе, национальные обычаи, традиции, ритуалы и т.д. Таким образом, этнокультуральное своеобразие не только определяет коллективную психологию каждого народа, но и отражается на индивидуальном психическом функционировании его представителей [1,2].

Общие ментальные параметры, определяющие любой этнос в реальный исторический отрезок времени, не могут не оказывать своего патопластического влияния на формирование психопатологической феноменологии у его представителей. Этот факт не может не учитываться при диагностике психических заболеваний и при определении стратегии и тактики лечебно-реабилитационных мероприятий у его отдельных представителей.

Основным объектом изучения в этнокультуральном аспекте последние годы были лица, страдающие различными пограничными нервно-психическими расстройствами. Этнокультуральным аспектам наркологических заболеваний посвящены лишь единичные исследования, однако и они показывают, что роль культуральных факторов на всех этапах развития зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) значительна.

Материал и методы исследования

С целью изучения клинических особенностей опиоидной наркомании у казахов для разработки адекватных подходов к ее терапии обследовано 193 больных мужчины с зависимостью от героина, находившихся в связи с привлечением к уголовной ответственности на судебно-психиатрической экспертизе в Центре судебной экспертизы Министерства юстиции Республики Казахстан и в Республиканской клинической психиатрической больнице г.Алматы; из них 126 казахов (1-я группа) и 67 — русских (2-я группа, или группа сравнения).

Обязательным условием было наличие у всех больных достоверных признаков опиоидной наркомании: синдромы измененной реактивности и психической и физической зависимости, поскольку эти расстройства входят в понятие *наркоманического синдрома*, без наличия которого невозможна постановка диагноза *наркомания* [3].

В тематический контингент не включались лица, употребляющие другие, помимо опиатов, ПАВ, а также вещества токсического действия и злоупотребляющие алкогольными напитками.

Возраст больных к моменту обследования составлял от 18 до 56 лет. Большинство обследованных были молодые люди (до 30 лет 105 испытуемых, или 87,5%), что соответствует данным литературы о том, что к злоупотреблению наркотическими средствами прибегает преимущественно молодежь.

В обследовании использовались следующие методы: 1) клиничко-психопатологический, 2) клиничко-катамнестический, 3) экспериментально-психологический, 4) дополнительные клинические и инструментальные. Наряду с результатами клинического обследования использовались материалы уголовных дел, медицинская документация — истории болезни из травматологических, нейрохирургических, наркологических и психиатрических стационаров, токсикологических центров, а также амбулаторные карты из наркологических и психоневрологических диспансеров и поликлиник по месту жительства.

При оценке преморбидных особенностей личности учитывались наследственная отягощенность, условия воспитания, уровень образования и возраст к моменту начала наркотизации.

У казахов отягощенная психическими аномалиями наследственность выявлена у 23% больных, из них алкоголизмом — 11%, психопатией — 7%, психозом — 3,5%, олигофренией — 1,5%. У русских отягощенная наследственность была выявлена у 63% обследованных, из них алкоголизмом — 32,5%, психопатией — 19,5%, психозом — 7,5%, олигофренией — 5,5%. Таким образом, наследственная отягощенность психическими аномалиями в 2,8 раза выше у русских. При анализе структуры наследственной психической патологии отмечены преобладание в обеих группах отягощенности по хроническому алкоголизму, а также высокие показатели наследственности, отягощенной различными характерологическими аномалиями.

До употребления героина у 10,4% казахов и у 60,4% русских были выявлены различные формы девиантной активности. У казахов она проявлялась в основном в подростковом возрасте и выражалась в различных дисциплинарных нарушениях (конфликты с окружающими, нарушения школьной дисциплины). Лишь 1% испытуемых данной группы до начала злоупотребления героином привлекался к уголовной ответственности за совершение противоправных действий, преимущественно за хулиганство. У русских наряду с дисциплинарными нарушениями наблюдались бродяжничество, совершение краж и хулиганских действий, в связи с чем 60,4% из них состояли на учете в ИДН, 11% привлекались к уголовной ответственности. Таким образом, различные формы девиантной и криминальной активности преобладали у русских.

В соответствии с классификацией И.Н.Пятницкой [3] у обследуемых были выделены стадии наркомании: 1-я стадия — у 40 испытуемых, 2-я стадия — у 125, 3-я стадия — у 28. Длительность наркомании к моменту обследования составляла 3—4 года у больных 1-й группы и от 3 до 6 лет у больных 2-й группы.

На учете у нарколога состояли 71% обследованных казахов и 46,5% русских, многие из них неоднократно лечились у частнопрактикующих врачей. Некоторые в абстинентном состоянии стационаризовались в больницы соматического профиля (инфекционные, терапевтические и др.). Часто такие лица обращались за медицинской помощью в психиатрические стационары с жалобами церебрального и депрессивного характера, при этом старательно скрывая истинную причину своего состояния. Даже при добровольном и положительном настрое на лечение ремиссии отмечались лишь у 15—20% казахов и у 8% русских и были непродолжительными (не более двух-трех месяцев).

Результаты исследования

У казахов отмечалось более раннее начало систематического злоупотребления героином (14,3 ± 0,5 года против 15,5 ± 0,8 года у русских). Этап “экспериментирования” практически не наблюдался и уже после пробного употребления ПАВ начинался их систематический прием. Уже на этапе “злоупотребления” ПАВ появлялось явное предпочтение героину. Этап “злоупотребления” непродолжительный, не более месяца (у русских — 1—2 мес).

В состоянии опьянения сохранялось несколько фаз действия наркотика. Если у русских первая фаза наступала через 20—30 мин, то у казахов — сразу после введения героина, и длительность ее сокращалась у них до 2 мин (у русских — до 5 мин). Наиболее ярко ощущалась эта фаза опьянения при внутривенном употреблении наркотика, при других вариантах приема (ингаляционном, пероральном, внутримышечном) она отсутствовала или была не столь интенсивно выражена. Появлялось ощущение теплой волны по телу, приятный кожный зуд носа, подбородка, лба. Больные испытывали состояние блаженства, радости, ощущение легкости течения мыслей. У казахов ощущение теплой волны по телу обычно более резкое, грубое, ощущение кожного зуда часто лишено оттенка субъективной приятности.

Во 2-й фазе опьянения у русских основными переживаниями были радость, восторг. Возникла приятная истома, расслабленность, быстрая смена приятных представлений, грезоподобных переживаний, визуализированных представлений. У казахов перед развитием состояния эйфории наблюдалось длительностью до 10—15 мин двигательное и психическое возбуждение с ощущением прилива сил, бодрости, повышенной работоспособности (10—15 мин), часто развивалась дисфория, когда вместо переживания эйфории с ощущением полного физического комфорта появлялось злобно-раздражительное настроение. Состояние расслабленности, благодушия, грезоподобные фантазии не наблюдались. Однако часто отмечалось состояние оглушения, когда внимание больных привлекалось с трудом, легко истощалось, выявлялись трудности при его концентрации. Ориентировка в окружающем сохранялась. Длительность 2-й фазы интоксикации составляла до 5—6 ч у русских и до 7—12 ч у казахов.

Психическая зависимость от героина у казахов развивалась быстрее, чем у русских (до 1—2 мес), характеризовалась формированием первичного патологического влечения обсессивной структуры в виде навязчивых мыслей,

представлений и побуждений о наркотическом эффекте героина. Эти мысли и побуждения возникали непроизвольно, неодолимо и начинали занимать доминирующее место в сфере психической деятельности. В отличие от физиологического стремления к достижению удовольствия вообще специфичность возникающих желаний и постепенная их трансформация в овладевающие представления являлась первым признаком формирующегося патологического влечения.

Для казахов в структуре обсессивного влечения характерны вторичные невротические расстройства и в первую очередь постоянные опасения за свое здоровье. Временами наблюдались тревожная взбудораженность с неусидчивостью, ожиданием несчастья и беды, навязчивые страхи и опасения в отношении острых предметов, резких запахов, навязчивые страхи и опасения ипохондрического содержания. В их основе лежали мучительные чувственные и конкретные по содержанию (чувство боли, ломоты, распирания) сенестопатические ощущения характерной локализации (места бывших инъекций, полость рта), а также разнообразные, но конкретные по содержанию психосенсорные ощущения (чувство удлинения рук и ног, изменение пространственного восприятия окружающего).

Яркие и образные представления о действии наркотика, волнение в предвкушении их приема сопровождалось вегетативными нарушениями в виде тахикардии, учащенного дыхания, гипергидроза, повышения артериального давления (АД), сердцебиения, слюнотечения, чувства жжения в местах бывших инъекций, более или менее выраженной, а часто нетерпимой зубной боли. Выраженность этих проявлений коррелировала с интенсивностью обсессивного влечения. В дальнейшем вегетативные расстройства в виде сосудистой лабильности, повышенного потоотделения, лабильности пульса, неустойчивого АД приобретали стойкий характер.

В основе развития обсессивного влечения к опиоидам лежало постепенное развитие парадоксальных форм реагирования, что проявлялось в появлении обсессивных переживаний конкретного содержания под влиянием отставленных по времени и следовых патогенных раздражителей.

Аффективная патология истощалась неглубокими депрессивными нарушениями в сочетании с аффективной лабильностью, потерей прежних интересов, необоснованной интерпретацией отношения к себе окружающих в негативном плане, переживанием неспособности к активным действиям. Часто депрессивный аффект приобретал оттенок дисфоричности, что выражалось в злобно-негативистических реакциях, чувстве внутренней напряженности.

Отмечалось изменение витально-энергетического тонуса (астения, колебания настроения, раздражительность, нарушение ритма сна), ухудшение репродукции, раздражительная слабость, нарушалась активность внимания, усиливалась истощаемость, отмечалось ослабление социально значимых мотивов.

Наблюдалась реактивная лабильность в связи с интеркуррентными заболеваниями, психогениями. В такие периоды усиливались психофизическая утомляемость, обшая гиперестезия, вазовегетативные нарушения, появлялись нарушения сна. Нарастало эмоциональное напряжение, усиливалась раздражительность, вспыльчивость, аффективная взрывчатость принимала грубый характер. Личностная дисгармония усиливалась за счет сенестопатических и истероформных расстройств, нестойких идей самоуничтожения, малой ценности, отношения.

Продолжительность этой стадии опиоидной зависимости обычно не превышает 3,2–0,7 недели (у русских — 5,4–0,4 недели).

Абстинентный синдром как основной признак 2-й стадии зависимости развивался через 5–7 ч после последнего употребления героина (у русских — через 8–10 ч). Он отличался выраженным соматоневрологическим компонентом: нарушение дефекации, боли в мышцах, акатизия, бессонница, кардиалгии, больше напоминающие сестнопатические ощущения: “скребушие”, “ноющие” боли в области сердца, не снимаемые приемом спазмолитических препаратов. У казахов был выражен абдоминальный алгический синдром, носящий диффузный характер. Сильнее, чем у русских, были выражены боли в мышцах, костях, крупных и мелких суставах. В структуре абстинентного синдрома всегда присутствовали нейровегетативные нарушения: общая слабость, тремор рук, сердцебиение, колебания АД, головные боли, головокружения, гиперестезия, повышенная истощаемость, окуловестибулярные расстройства, расширение зрачков, гиперсаливация, бледность кожных покровов, “гусиная кожа”. Характерны аффективная напряженность, тревога, дисфорический аффект, длительные агрипнические расстройства.

По мере медикаментозного купирования или самопроизвольного нивелирования соматоневрологических и нейровегетативных проявлений абстинентного синдрома отмечалось резкое усиление психопатоподобных расстройств в виде раздражительности, плохо поддающейся аффективной взрывчатости. Нарастал злобно-раздражительный аффект с тоскливостью, внутренним напряжением, внешнеобвиняющими тенденциями. Аффект окрашивался в яркие злобно-гневливые тона, поведение принимало брутальный характер с эксплозивно-истероидным налетом. За такой грубой патохарактерологической маской скрывалось аффективно насыщенное неодолимое желание к приему наркотика, когда все мысли и побуждения оказывались в русле неодолимого влечения, аффективно насыщенные представления начинали господствовать в сфере представлений и эмоций и полностью определять поведение больных (компульсивный вариант влечения).

Прием наркотика на 2-й стадии зависимости был связан с аддиктивными мотивами и обусловлен либо абстинентными нарушениями и возникающим в их структуре компульсивным влечением, либо аутохтонной актуализацией первичного влечения. Микросоциальные факторы в продолжении наркотизации играли минимальную роль.

Заметного увеличения толерантности к наркотику у казахов не наблюдалось (не более чем в 3–4 раза, что существенно ниже по сравнению с русскими).

Наблюдалось значительное притупление ощущений, вызываемых приемом героина, в связи с чем не выявлялись мотивы злоупотребления, связанные с достижением гедонистического эффекта, и основными оказывались мотивы, связанные с патологическим влечением к наркотику. Практически не отмечалось викарного либо фонового полинаркотизма. Больные употребляли только опиоиды, в отношении которых имелось патологическое влечение.

Патохарактерологические нарушения на данном этапе зависимости были полиморфны и не выходили за рамки

преимущественного типа личностного реагирования. Настроение отличалось чрезвычайной лабильностью с легким возникновением дистимических и дисфорических расстройств.

У всех больных отчетливо выявлялись специфические для наркомании изменения личности, однако казахи отличались от русских повышенной внушаемостью, неспособностью к длительным усилиям, нетерпеливостью. У них отсутствовали гигиенические навыки, они были неряшливы в быту и в одежде.

При формировании опиоидной зависимости у казахов в единичных случаях наблюдались кратковременные психотические состояния делириозной, галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой структуры, что для русских нехарактерно. Они развивались на фоне массивной интоксикации опиоидами при наличии интеркуррентных заболеваний: ушибы головы, простудные и инфекционные заболевания, обострение хронических соматических заболеваний.

На 3-й стадии героиновой зависимости наблюдались снижение темпа и продуктивности умственной деятельности, критики и уровня суждений, объема и четкости восприятия, оскудение представлений с выраженным снижением всех показателей внимания, способности к прогнозированию. Нарушалось сочетанное функционирование актов восприятия, переработки новой информации, сопоставления ее с предшествующим опытом. Интеллектуальная деятельность утрачивала свойство целенаправленного адаптивного процесса, имело место рассогласование взаимосвязи результатов когнитивной деятельности и эмоционально-волевой активности. Выявлялись сужение круга интересов и ограничение их удовлетворением основных биологических потребностей, расстройство сложных стереотипов моторной деятельности, трудовых навыков.

За счет такого личностного дефекта эмоционально насыщенные переживания и связанные с ними гедонистические и атарактические тенденции были минимальны, поэтому основным мотивом употребления ПАВ становился аддиктивный. В связи с этим расширялся диапазон употребляемых ПАВ без явной предпочтительности одного из них, в том числе и героина (истинный полинаркотизм). Наряду с патологическим влечением к наркотикам отмечалась расторможенность других влечений (обжорство, гиперсексуальность, агрессивно-садистические тенденции).

Таким образом, развитие героиновой зависимости у казахов по сравнению с русскими имело существенные клинические отличия вследствие ускорения ее прогрессивности, а также клинического патоморфоза составляющих ее психопатологических симптомов и синдромов.

Список литературы

1. Положий Б.С. Этнокультуральные особенности распространности, клиники и терапии психических расстройств: Пособие для врачей. — М., 1998.
2. Положий Б.С., Чуркин А.А. Лечебно-профилактическая помощь больным пограничными психическими расстройствами с учетом их этнокультуральных особенностей: Метод. рекомендации МЗ РФ. — М., 2000.
3. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 554 с.

CLINICAL PECULIARITY OF OPIATE DEPENDENCE IN KAZAKH POPULATION

SUBCHANBERDINA A.S. cand.med.sci., chief expert of Kazakh forensic expert Centre, Almaty

The more rapidly and malignant development of heroin addict disease in Russian population in comparison with Kazakh population is observed. The possible causal factors of clinical pathomorphosis is discussed.