

Структурно-динамические особенности опийной наркомании при сочетанной психической патологии

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

Рассматриваются клиничко-динамические особенности опийной наркомании у лиц, имеющих иную психическую патологию: расстройство личности, органическое психическое расстройство, шизофрения. Показано, что сочетанная с наркоманией психическая патология не меняет основной стереотип ее развития, однако в зависимости от характера ассоциированных с наркоманией психических расстройств она имеет особенности на всех этапах своего развития.

Введение

В связи с изменением в России и Республике Казахстан (РК) социально-экономической и социально-психологической ситуации катастрофически быстро возрастает, в первую очередь среди молодежи, потребление наркотических средств. Масштабы незаконного распространения и немедицинского употребления наркотиков в стране неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения [4, 5, 6]. В мире насчитывается 52 млн чел., систематически злоупотребляющих наркотиками, т.е. 1% населения планеты. Быстрыми темпами растет число лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков в РФ и РК. Об этом убедительно говорят данные медицинской статистики. Количество всех категорий потребителей психоактивных веществ, по данным МЗ РФ, увеличилось к 2001 г. по сравнению с 1991 г. в 6 раз и превысило 350 тыс. чел., среди них 76,6% приходится на долю больных наркоманией.

Эксперты ВОЗ считают, что на учет в медицинских и правоохранительных органах берется лишь каждый 50-й наркоман (1:50). По мнению отечественных экспертов [7], такие соотношения уместны по отношению к лицам, злоупотребляющим наркотиками, при подсчете реальной численности наркоманов более правильно исходить из соотношения 1:10.

Многочисленные исследования показывают, что так называемое пробное употребление наркотиков — явление весьма распространенное, однако наркоманическая зависимость чаще развивается у лиц, имеющих иную психическую патологию [5]. Сочетание двух психических расстройств не может не оказывать влияние на клинику каждого из них, что не может не учитываться при выработке лечебной тактики и социально-реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования

С целью изучения влияния сочетанной психической патологии на клиничко-динамические особенности опийной зависимости клиничко-психопатологическим методом обследовано 279 больных, злоупотребляющих опиатами и имеющих различную психическую патологию: органическое психическое расстройство — 118 чел. (группа 1), расстройство личности — 83 чел. (группа 2), шизофрения — 78 чел. (группа 3). В качестве группы сравнения обследовано также 114 больных опийной наркоманией, не имеющих каких-либо иных психических расстройств.

У больных 1-й группы органическое психическое расстройство этиопатогенетически было связано с перенесенными в прошлом черепно-мозговыми травмами (40,6%), различными нейроинфекциями (22,1%) и интоксикационными воздействиями (11,8 %). Во всех случаях экзогенно-органический процесс имел регрессивную динамику и его клинические проявления не выходили за рамки личностных (58,9%), аффективных расстройств депрессивно-дистимического спектра (50,%) или церебрастенических нарушений (15,6%) на фоне интеллектуально-мнестических проявлений разной степени выраженности.

У обследованных 2-й группы выявлялись расстройства личности (по МКБ-10) истерического (27 чел.), эмоционально-неустойчивого (20 чел.), ананкастного (18 чел.) и диссоциального (18 чел.) типа.

Все обследованные 3-й группы по типу шизофрении были распределены следующим образом: параноидная шизофрения — 17 чел.; простая шизофрения — 42 чел.; шизотипическое расстройство личности — 19 чел.

Результаты исследования

Подавляющее большинство всех обследованных (67,7%) начали употреблять наркотики в возрасте от 15 до 17 лет. У больных шизофренией наблюдалось наличие двух возрастных «пиков» приобщения к злоупотреблению наркотиками — 15—17 лет и 21—25 лет, т.е. более половины больных данной группы начинали употреблять наркотики в возрасте старше 20 лет. Однако даже в случаях начала употребления наркотиков в подростковом возрасте (так называемые первые пробы) начало систематического употребления опиатов у больных параноидной шизофренией все же имело тенденцию смещаться в сторону более старшего возраста — 18—25 лет (86% обследованных).

Лица с органическим психическим расстройством обычно (75%) начинали наркотизацию с опиатов. Лишь 30 чел. (25 %) до знакомства с опиатами злоупотребляли гашишем, токсикоманическими веществами, барбитуратами, алкоголем. Лица с расстройством личности в 95,5% случаев среди всех возможных психоактивных веществ (ПАВ) сразу выбирали героин. Этап поискового полинаркотизма, на котором предпочтение отдавалось гашишу, был выявлен лишь у лиц с ананкастными расстройствами личности. Больные шизофренией значительно реже (28,6%) сразу начали употреблять опиаты. В большинстве же случаев среди первых ПАВ были гашиш, алкоголь, психостимуляторы, летучие растворители, седативные и снотворные средства.

Среди ведущих мотивов первых проб употребления ПАВ у лиц с органическим психическим расстройством был атарактический. Гедонистические или субмиссивные мотивы отмечены редко и только при первых пробах наркотика. Наркотизация всегда начиналась в психологически надежной обстановке: в кругу давних знакомых (73%) или в компании хорошего приятеля (27%).

У психопатических личностей основным мотивом пробного употребления наркотика был субмиссивный или гедонистический, но при начале систематического приема наркотиков устанавливался аддиктивный мотив злоупотребления. При этом влечение к наркотику было осознанным, проявлялось навязчивыми мыслями о его эффектах, сопровождалось аффективной напряженностью, вегетативной лабильностью.

При шизофрении мотивацией первого употребления наркотиков чаще была атарактическая (56%) со стремлением купировать имеющиеся психопатологические расстройства. Субмиссивная (19%) и гедонистическая (23%) мотивация встречалась гораздо реже ($P < 0,001$). Полученные данные отличаются от аналогичных показателей в других группах исследования, где гедонистическая и атарактическая мотивации начального употребления наркотика обнаружены примерно в равных соотношениях.

Обстановка вовлечения в наркотизацию у лиц 1-й группы характеризовалась доступностью получения наркотика, достаточными материальными средствами для его приобретения, присутствием иллюзии безнаказанности его употребления.

У лиц с расстройством личности длительность этапа злоупотребления от 2 недель до 1 мес. Основным мотивом пробного употребления наркотика был субмиссивный или гедонистический, но при начале систематического приема наркотиков устанавливался аддиктивный мотив злоупотребления. При этом влечение к наркотику было осознанным, проявлялось навязчивыми мыслями о его эффектах, аффективной напряженностью, вегетативной лабильностью.

Преимущественно гедонистическая и аддиктивная мотивации употребления наркотиками нивелировали значимость ситуационных факторов (наличие наркотика в близком окружении, материальные средства для его приобретения) при становлении систематической наркотизации. Уже на донологическом этапе отмечалась наряду с групповой и одиночная форма употребления наркотика.

Больные шизофренией чаще начинали употребление наркотиков в одиночку (69,7%). Эта закономерность прослеживалась у больных параноидной и простой формами шизофрении, где данный тип приобщения к наркотику наблюдался у 55 и 57% обследованных соответственно. Лишь у больных пизотипическим расстройством приобщение к употреблению наркотиков чаще происходило в постоянной компании (77%), и реже они начинали наркотизироваться самостоятельно.

Первые пробы героина у лиц с органическим психическим расстройством всегда сопровождалась соматоневрологическими проявлениями токсического характера “защитные реакции” по Пятницкой И.Н., [9]: тошнота, рвота, повышенная сонливость, головные боли, головокружение, кожный зуд. Они наблюдались только во время первых двух—четырех приемов наркотика. В дальнейшем в состоянии интоксикации все более отчетливой становилось ощущение интенсивной эйфории и расходящейся по телу волны приятного тепла, которые затем сменялись

чувством расслабленности, блаженства и покоя, после чего почти всегда наступал сон.

У психопатических личностей защитные реакции на первые пробы наркотика встречались редко (10,5%) и только у ананкастных личностей.

Больные шизофренией при первом употреблении опиатов в 79% случаев испытали выраженную эйфорию. Лишь 5 больных из 28 не испытали эффекта от употребления наркотика, а у двух испытуемых первый прием опиатов сопровождался усилением тревоги, беспокойства.

Длительность этапа злоупотребления у лиц с органическим психическим расстройством была не более одной-двух недель, в 25,7% случаев этап злоупотребления наркотиком практически не наблюдался и сразу после первых проб формировалось патологическое влечение к употреблению наркотика. Период поискового полинаркотизма при шизофрении колебался от одного месяца до трех и более лет. Корреляции между этим показателем и типом течения шизофрении не обнаружено.

На 1-й стадии формирующейся зависимости у больных 1-й группы патологическое влечение к наркотикам возникало ситуационно или спонтанно. Его актуализации способствовали субъективно неприятные переживания, стрессовые ситуации. Оно имело характер навязчивой идеи, выражалось воспоминаниями о действиях героина, что соответствует влечению обсессивного типа [8, 9]. Мотивы употребления героина уже на 1-й стадии наркомании устанавливались исключительно аддиктивные. Рост толерантности был плавным нарастающим и не превышал 0,1—0,3 г героина в сутки.

На фоне развития симптоматики 1-й стадии героиновой зависимости у лиц с органическим психическим расстройством отмечалось нарастание церебральных расстройств. Органические личностные расстройства вследствие усиления церебральных нарушений существенно «смазывались» и складывались из отдельных эксплозивных и истерических черт, аффективных расстройств и астенических проявлений, которые трудно было отнести к одному из типологических вариантов личностного расстройства. За фасадом церебральных и эмоционально-волевых нарушений выявлялись более или менее выраженные когнитивные нарушения. Однозначно трактовать эти расстройства как органические когнитивные, а также оценивать их глубину не представлялось возможным в связи с выраженностью астенических проявлений, которые, с одной стороны, потенцировали данные нарушения, а с другой, — являлись одним из факторов их развития.

Рост толерантности к наркотику был существенно меньше, чем в контрольной группе (в среднем в 4—5 раз, доза не выше 0,5 г в сутки), уже на 1-й стадии зависимости устанавливалось плато толерантности и на 2-й стадии наркомании ее заметного роста не наблюдалось.

Длительность 1-й стадии опийной наркомании при ее сочетании с органическим психическим расстройством была от 2 недель до 2 мес., что значительно больше, чем у лиц контрольной группы (3,5—5,0 недель).

У лиц с расстройством личности с переходом на систематический прием опиатов наблюдался заметный рост толерантности (в 6—8 раз) обычно вследствие увеличения количества инъекций в течение дня. Лишь у лиц с расстройством личности ананкастного типа толерантность увеличивалась не более чем в 2—3 раза. «Плато» толерантности устанавливалось через 2,5—3,5 мес. после

начала приема опиатов, на высоких дозах: от 0,7 до 1,5 в сутки. Как правило, синдром физической зависимости формировался раньше, чем достигала максимума толерантность. Наблюдалась трансформация картины наркотического опьянения, когда после употребления наркотика эти лица сразу становились активными, бодрыми, деятельными на фоне сниженной продуктивности в работе. Существенный рост толерантности сопровождался снижением эйфоризирующего эффекта наркотика и возрастающим к нему патологическим влечением, в связи с чем ведущей мотивацией употребления становилась гедонистическая. Одновременно устанавливалась преимущественно одиночная форма употребления наркотика.

У всех лиц с расстройством личности уже на 1-й стадии наркомании проявлялось грубое нравственно-личностное снижение. Взрывчатость и жестокость, цинизм и лживость, непостоянство в эмоциональных привязанностях, отсутствие чувства долга, полное пренебрежение к своим социальным обязанностям, безразличие к своей судьбе и проблемам близких людей — все это было характерно для всех психопатических личностей и до некоторой степени нивелировало уже на 1-й стадии наркомании их типологическое различие. Нарушение компенсаторных возможностей на начальных этапах становления наркомании проявлялось и в снижении устойчивости к различным психотравмирующим воздействиям. При этом наиболее подверженной экзогенному влиянию оказывалась характерологическая структура личностей из круга эмоционально-неустойчивых, при которой появление агрессивного-взрывчатых тенденций затухивало конституциональное ядро личности. При ананкастных и диссоциальных расстройствах конституциональная структура личности практически не менялась, а привносимые наркоманией черты возбудимости и истериодности проявлялись в виде психопатических реакций, отличались кратковременностью и быстрой истощаемостью. Для личностей истерических и эмоционально-неустойчивых типичными были однозначные типу расстройства личности реакции с усилением взрывчатости, агрессивности, несдержанности, склонности к бурным эмоциональным проявлениям с резким снижением адаптационных возможностей.

Таким образом, на начальных этапах формирования наркоманий характерологическая структура преморбидной личности подвергалась определенным структурно-динамическим изменениям с заострением обличительных признаков и проявлением грубо морально-нравственного дефекта личности. Состояния декомпенсации протекали по типу резкого заострения характерологических особенностей, специфичных для каждого типа психопатии с появлением как однозначного, так и неоднозначного типа реагирования.

О становлении 1-й стадии опиоидной зависимости у больных психозом можно было судить по изменению формы потребления, когда прием наркотика, на фоне которого возникала психическая и физическая комфортность, становился систематическим, что свидетельствовало об изменившейся реактивности, появлялось обсессивное патологическое влечение к наркотику.

У больных психозом структурные компоненты патологического влечения были клинически не развернутыми и определялись не у всех больных. Идеаторный компонент патологического влечения у 33 обследованных (42,9%) практически не выявлялся. В случае его наличия

он выражался мыслями о неизбежности употребления наркотиков, убежденностью в необходимости его употребления как коммуникативного допинга или как “лекарства”, помогающего справиться с имеющимися психическими расстройствами [1, 2]. Аффективный компонент патологического влечения проявлялся эмоциональной угнетенностью, тревогой, эмоциональным напряжением, раздражительностью, лабильностью настроения, реже — апатией и безразличием к окружающему. Поведенческий компонент патологического влечения у 19 обследованных не проявлялся. Остальные больные отмечали у себя снижение работоспособности, реже пытались употреблять алкоголь или другие ПАВ в качестве заменителей опиатов, стремились к определенному кругу общения, устанавливали контакты с партнерами по наркотизации. Соматовегетативный компонент влечения к наркотику часто был слабо выражен (67%) и проявлялся легким гипергидрозом, некоторым учащенным сердцебиением, жжением в местах бывших инъекций, нарушением сна, характерными мимическими реакциями (блеск глаз, оживление мимики).

У больных психозом существенного роста толерантности не наблюдалось, в целом он не превышал 1,5—2 раз. Кроме того, более чем у трети обследованных заметного роста толерантности не выявлено вообще. Именно у этих больных отмечалась так называемая функциональная толерантность — эпизодическое увеличение дозы принимаемого наркотика на фоне психофизических функциональных изменений. У больных психотипическим расстройством помимо указанных особенностей часто (62%) толерантность была изначально высокой.

Продолжительность 1-й стадии наркомании у больных психозом от 2 до 5 мес., что значительно превышало таковую у лиц контрольной группы. Наибольшая продолжительность первой стадии (5—6 мес.) отмечалась у лиц с психотипическим расстройством, наименьшая (2—3 мес.) — у больных параноидной формой психоза ($P < 0,001$).

О становлении второй стадии наркомании свидетельствовало развитие состояния отмены, возникающее при прекращении приема наркотика [3, 10].

У лиц с органическим психическим расстройством абстинентный синдром появлялся через 7—9 ч после последнего приема наркотика, отличался средней степенью выраженности и доминированием соматоневрологического компонента над психопатологическим. Алгический синдром больше напоминал парестезии — мышечный дискомфорт, “мурашки” или зуд под кожей в отличие от выламывания или выкручивания в мышцах и суставах у других больных. Температура поднималась не выше 37,7—37,9 °C, но субфебрилитет держался до двух недель и сопровождался чувством познабливания и повышенной потливостью. Диссомнические расстройства (затруднение засыпания, раннее пробуждение, отсутствие чувства сна) были интенсивными, практически у всех обследованных данной группы наблюдались сновидения наркотической тематики, которые оставались и в периоды воздержания от приема наркотика.

Психопатологический компонент абстинентного синдрома по степени выраженности значительно уступал соматовегетативному. Он включал в себя пониженный фон и лабильность настроения с периодической сменой повышенной раздражительности, апатии, чувства тревожного напряжения. У многих обследованных (74,7%) в такие

периоды наблюдалось аутоагрессивное поведение (“ковырянием” иглой мест инъекций, “гонением крови по шприцу”, нанесение парезов вен). Оно наблюдалось на фоне аффективно суженного сознания в рамках компульсивного варианта патологического влечения и впоследствии частично забывалось. Само побуждение к приему наркотика (идеаторный компонент влечения) многими больными в такие периоды не осознавалось.

У психопатических личностей опиный абстинентный синдром начинался уже через 3–5 ч после последнего употребления наркотика с соматовегетативных проявлений: расширение зрачков, слезотечение, зевота, ринорея, озноб, субфебрильное повышение температуры тела, слабость, разбитость. Одновременно отмечалось осознанное влечение к наркотику, которое выражалось в чувстве напряженности, неудовлетворенности, подавленном настроении, сопровождавшемся неопределенным чувством страха, тревожности, выраженной болевой симптоматикой. Алгические проявления сопровождались двигательным возбуждением, выраженной тревогой, часто доходившей до ажитации. Аффективные и поведенческие расстройства у данной группы обследованных в структуре абстинентного синдрома превалировали над соматовегетативными.

На 2-й стадии зависимости основным мотивом употребления наркотиков был гедонистический и реже — аддиктивный. Форма употребления наркотиков чаще была одиночной.

Клинические проявления абстинентного синдрома у больных шизофренией определялись ее формой. У больных параноидной шизофренией в большинстве случаев (14 чел. из семнадцати) клиника абстинентного синдрома была неразвернутой. В структуре абстинентного синдрома доминировали его психопатологические проявления (71%) при незначительной выраженности его соматоневрологического компонента. У половины больных параноидной шизофренией на фоне абстинентных расстройств отмечалось обострение имеющейся продуктивной симптоматики.

У больных простой формой шизофрении в структуре абстинентного синдрома доминировали соматовегетативные и соматоневрологические проявления (70%), что утяжеляло клинику абстинентных расстройств и позволяло расценивать абстинентный синдром как средней или тяжелой степени. Психопатологический компонент абстинентного синдрома был слабо выражен.

У больных психотипическим расстройствами в большинстве случаев наблюдались выраженные абстинентные проявления (74%) с преобладанием соматовегетативных нарушений. При слабой выраженности абстинентного синдрома (26%) в клинической картине преобладали психопатологические расстройства.

Таким образом, абстинентный синдром у больных шизофренией отличался структурной незавершенностью, его клиника определялась формой сочетанной с наркоманией шизофрении. При этом при углублении тяжести проявлений абстинентного синдрома в его клинической картине доминировали соматовегетативные расстройства, а при более легких формах — психопатологические. Для больных параноидной шизофренией был характерен более легкий вариант абстинентных расстройств с преобладанием психопатологических расстройств, а для больных простой шизофренией и психотипическим расстройством личности абстинентный синдром был средней и тяжелой степени с преобладанием соматовегетативных расстройств.

Наряду с развитием абстинентных расстройств на 2-й стадии зависимости менялась клиническая картина острой интоксикации. У обследованных 1-й группы фаза седации не превышала 1–2 мин, после чего возникало состояние оживления, бодрости, прилив сил. На этом этапе зависимости продолжительность субъективно приятных соматопсихических переживаний и их интенсивность уменьшались или полностью угасали. Фаза сна отсутствовала.

Лица с расстройством личности сразу после употребления наркотика становились активными, бодрыми, деятельными на фоне сниженной продуктивности в работе.

В группе больных шизофренией ни в одном случае не выявлено инверсии эмоциональной составляющей острой интоксикации с появлением тонизирующего действия наркотика вместо эйфоризирующего, как это наблюдалось у лиц контрольной группы. Суточные дозы потребляемого наркотика у больных шизофренией на 2-й стадии зависимости оставались невысокими. Столь малая толерантность отражала сравнительно небольшую интенсивность патологического влечения к наркотику у больных шизофренией, что особенно отличало их от больных контрольной группы и от лиц с расстройством личности.

Для больных шизофренией на 2-й стадии зависимости были характерны внешне не мотивированные обрывы наркотизации. Как правило, они были связаны с редукцией имеющейся эндогенной симптоматики вследствие спонтанной или терапевтической ремиссии психотического процесса. Реже больные прекращали употребление наркотиков из-за усложнения эндогенной и, особенно, продуктивной симптоматики либо экзacerbации эндогенного процесса (39% от внезапных обрывов).

Патологическое влечение к наркотикам на 2-й стадии зависимости приобретало форму компульсивного, когда больные активно стремились к реализации влечения, игнорировали социально-этические нормы, отмечалась охваченность побуждением, оно вытесняло все другие виды физиологических влечений (голод, жажду, сексуальное влечение), подавляло все противоборствующие мотивы. Наблюдалось как вторичное (в структуре состояния отмечено), так и первичное (так называемая сухая ломка) компульсивное влечение. В периоды длительного воздержания от приема героина наблюдалось патологическое влечение обсессивной структуры.

Лица с органическим психическим расстройством употребляли героин не более двух раз в сутки, никогда не превышали свою дозу, были в состоянии оставлять героин “про запас”. Передозировки героина были не характерны. Все это наряду с невыраженностью идеаторного компонента влечения свидетельствует о его незначительной интенсивности.

Психическое состояние больных 1-й группы при формировании 2-й стадии наркомании отличалось определенной стабильностью и характеризовалось личностными и когнитивными расстройствами, никогда, однако, не достигающими степени слабоумия. Картина патохарактерологических нарушений была полиморфной. Выделение каких-либо определенных вариантов личностного расстройства было достаточно условным, скорее можно было говорить о “преимущественном типе личностного реагирования” (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980). Наряду с этим выявлялись специфические для наркомании изменения личности: снижение критики к наркотизации, утрата способности оценивать ситуацию, хвастливость, склонность к бравade, снисходительное отношение к окружающим, легковесность суждений, настроение с оттенком беззаботности и беспечности, утрата чувства дистанции и такта. Эти лица часто отрицали пристрастие

к наркотику либо считали, что при желании могут легко прекратить его употребление.

Важно отметить, что если до формирования опийной наркомании ни у одного обследованного данной группы ни разу не было острых психотических состояний, то после формирования опийной зависимости были отмечены не характерные для опийной наркомании кратковременные психотические состояния различной структуры (12 чел.), в том числе и в экспертно значимой ситуации (6 чел.): делириозное помрачение сознания (3 чел.), сумеречное помрачение сознания (2 чел.), галлюцинаторно-бредовые состояния (1 чел.). Они отличались транзиторностью, отсутствием целостной структуры, у трех больных имели тенденцию к повторению. Развитию психотических состояний всегда предшествовала интоксикация наркотическими средствами, интеркуррентные заболевания (повторные ушибы головы, простудные и инфекционные заболевания, обострения хронических соматических заболеваний).

У психопатических личностей на 2-й стадии наркомании характерологическая структура преморбидной личности подвергалась определенным структурно-динамическим изменениям с заострением облигатных признаков и проявлением грубого морально-нравственного дефекта личности. Состояния декомпенсации протекали по типу резкого заострения характерологических особенностей, специфичных для каждого типа психопатии с появлением как однозначного, так и неоднозначного типа реагирования.

Заключение

Развитие опийной наркомании на фоне иной психической патологии по механизму синергического взаимодействия приводит ее к клиническому патоморфозу, при этом наркомания сохраняет стереотип ее развития в несложных иной психической патологией случаях, однако имеет свои клинико-динамические особенности в зависимости от характера сочетанной психической патологии. Опийная зависимость у лиц с органическим психическим расстройством характеризуется высокой активностью заболевания, о чем свидетельствует ранний возраст приобщения к наркотику (до 17 лет — 60,2%), отсутствие этапа полинаркотизма, преимущественно аддиктивная мотивация употребления наркотика уже на донологическом этапе наркотизации, укорочение сроков формирования стадий зависимости. Несмотря на невысокую толерантность к наркотику и быстрое установление ее плато, отмечается формирование грубого морально-нравственного снижения личности. Опийная наркомания у лиц с расстройством личности характеризуется прогрессивным развитием, о чем свидетельствуют раннее начало наркотизации (13—14 лет — 21,2%; до 16 лет — 60,6%), отсутствие этапа поискового полинаркотизма, установление аддиктивной и гедонистической мотивации употребления наркотика уже на 1-й стадии зависимости, резкий рост толерантности (в 6—8 раз), и установлением плато толерантности на высоких дозах наркотика уже на 1-й стадии зависимости. Синдром отмены отличается клинически выраженным психопатологическим и соматическим компонентом с напряженным компульсивным патологическим влечением к опиату и продолжительностью. У больных психозом этап злоупотребления наркотическими средствами относится к более позднему возрасту (18—25 лет) и характеризуется атактической мотивацией и одиночной формой употребления наркотика. Наблюдается относительно продолжительный (до трех лет) этап поискового полинаркотизма. Наибольшей тропностью к употреблению наркотиков отличается психопатоподобные расстройства, а также инициальный период психоза или период ремиссии. Первая стадия наркотической зависимости характеризуется структурно не завершенным патологическим влечением к наркотикам, незначительным ростом толерантности к опиату (не более чем в 2—3 раза), относительной продолжительностью (от 2 до 5 мес.). На 2-й стадии наркотической зависимости наблюдаются смена атактической мотивации употребления опиатов на гедонистическую; отсутствие динамической патопластики клиники острой интоксикации наркотиками с сохранением эйфории в структуре, несформированность целостной структуры абстинентного синдрома. Степень тяжести абстинентного синдрома у больных психозом коррелирует с его клинической структурой. При средней и тяжелой степени тяжести абстинентного синдрома в его клинической картине доминируют соматоневрологические расстройства, а при клинически легких формах — психопатологические. Структура абстинентного синдрома коррелирует с формой психоза, а степень ее тяжести — со степенью прогрессивности психозного процесса.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Имидж, 1994. — 216 с.
2. Валентик Ю.В. Клиническая характеристика и терапия патологического влечения к алкоголю у больных хроническим алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1984. — 22 с.
3. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Клинический патоморфоз опийного абстинентного синдрома // Вопросы наркологии. — 1990. — №2. — С. 23—25.
4. Двойменный И.А. Незаконный оборот наркотиков // Социологические исследования. — 1999. — №5.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами. — М., 2000. — С. 300.
6. Наркомания: Методические рекомендации по преодолению наркозависимости / Под общей редакцией А.Н.Гаранского. — СПб.: Невский Диалект, 2000. — 382 с.
7. Попов В.А. Наркотизация в России — шаг до национальной катастрофы // Социологические исследования. — 1998. — №8.
8. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.
9. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
10. Чирко В.В. Течение и исходы наркомании по данным отдаленного катанеза // Ж. невропатол. и психиатр. — 1998. — Т. 98, №6. — С. 19—22.

STRUCTURAL AND DYNAMIC PECULIARITIES OF OPIOID ADDICTION IN A STRUCTURE OF COMBINED PSYCHIC PATHOLOGY

SUBHANBERDINA A.S.

cand. med. sci., leading expert of Kazakhian Republic Ministry of Justice Center of Forensic Psychiatry

There is the research of clinical and dynamic characteristic features of opioid addiction in combination with another pathology (personality disorder, organic disease, schizophrenia). Combination of opioid addiction with another psychic pathology doesn't change the main stereotype of development of opioid addiction but adds special features to addiction.