

Особенности преморбида, клиники и социального статуса больных наркоманией: сравнительное исследование

ВЕШНЕВА С.А.
БИСАЛИЕВ Р.В.

психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера
к.м.н., зам. руководителя наркологического центра Астраханской государственной медицинской академии

Представлены данные сравнительного исследования преморбида, клинических, личностных и социальных особенностей больных различными нозологическими группами (мононаркомания, полинаркомания, осложненная наркомания). Полученные результаты соотнесены с современными представлениями о клинике, личностных и медико-социальных последствий опийной наркомании. Приведены данные о факторах, способствующих развитию заболевания, динамике основных клинических симптомов. Подробно освещены вопросы, касающиеся личностных изменений больных опийной наркоманией. Статья содержит данные о суицидальных тенденциях больных различными формами опийной наркомании и о частоте и виде ремиссий у больных всех групп.

Введение

Опийная наркомания является одной из самых тяжелых форм зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В работе врача психиатра-нарколога часто приходится иметь дело с полинаркоманией и осложненной наркоманией. По мнению ряда авторов, сочетанное употребление разных наркотиков (полинаркомания), а также наркотиков и алкоголя (осложненная наркомания) значительно изменяет клинику заболеваний, приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям [11, 14, 15, 16]. Вместе с тем, исследования преморбидных, клинико-психопатологических, клинико-динамических особенностей, социального статуса больных полинаркоманией и осложненной наркоманией носят фрагментарный и несистематизированный характер.

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение особенностей преморбидного, клинического и социального статусов больных наркотической зависимостью.

Объект и методы исследования

В отделении социальной и медицинской реабилитации Астраханского областного наркологического диспансера обследовано 189 пациентов, из них 126 мужчин (66,7%) и 63 женщины (33,3%) с опийной наркоманией (средний возраст $29,8 \pm 0,18$ года).

Обследованные больные были разделены на 3 группы:

- I группу составили больные, преимущественно злоупотреблявшие героином (мононаркомания) — 62 чел. (32,8%);
- II группу — больные, злоупотребляющие героином или другими опиатами в сочетании с гашишем (полинаркомания) — 74 чел. (39,2%);

- III группу — больные, злоупотребляющие героином или опиатами в сочетании с алкоголем (героино-вая или опийная наркомания, осложненная алкоголизмом) — 53 чел. (28,0%).

Средняя продолжительность злоупотребления ПАВ во всех группах преимущественно составляла $3 \pm 2,5$ года. Следует отметить, что участие пациентов в настоящем исследовании было добровольным и анонимным.

Основным методом исследования был клинико-психопатологический. Исходя из цели и задач настоящего исследования, в работе использовалась карта (три из четырех блоков данной карты) обследования для оценки уровня реабилитационного потенциала [4, 5].

Первый блок этой карты посвящен изучению преморбидных особенностей больного наркоманией. Он состоит из ряда вопросов, касающихся наследственности, условий воспитания, особенностей физического и психического развития, сексуальной сферы, учебы, работы, употребления алкоголя, психических девиаций, особенностей поведения, степени устойчивости интересов и др.

Во втором блоке карты отражены клинико-психопатологические и клинико-динамические особенности наркологического заболевания, а именно: возраст начала злоупотребления ПАВ, продолжительность заболевания, способ введения наркотиков, их дозировка, выраженность основных синдромов наркомании, эмоциональных и поведенческих расстройств, продолжительность/длительность ремиссий, особенности критического отношения к проблеме, мотивы согласия на участие в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП).

Третий блок карты посвящен особенностям социального статуса и социальным последствиям. Он направлен на исследование социальных аспектов жизни

Таблица 1

Распределение больных по клиническим группам, абс. (%)

Группы больных	I группа	II группа	III группа
Всего, чел. (%)	62 (32,8)	74 (39,2)	53 (28,0)
Мужчины, чел. (%)	34 (54,8)	44 (59,5)	48 (90,6)
Женщины, чел. (%)	28 (45,2)	30 (40,5)	5 (9,4)

больного: семейного статуса, семейных отношений, образования, трудовой занятости, конфронтации с правоохранительными органами, круга социальных интересов и др.

Результаты исследования

Первоначально изучались состав больных по половому признаку и их соотношение в представленных группах. Анализ распределения исследуемых групп по нозологическому принципу отражен в табл. 1.

Как видно из табл. 1, пациенты I (героиновая наркомания) и II (опийная/героиновая в сочетании с гашишем) групп распределились примерно в равных пропорциях. Преобладание наркоманий опиоидной группы в Астраханском регионе является отражением эпидемиологической ситуации в стране. Согласно современным статистическим данным, уровень госпитализации больных наркоманиями начиная с 2003 г. постоянно возрастал, рост был вызван увеличением числа госпитализаций больных опийной наркоманией, в то время как госпитализация пациентов с другими формами зависимости в последние три года снизилась [10]. Выявленная коморбидность объясняется тем, что чаще всего приобщение к злоупотреблению ПАВ начинается с так называемых легких, или стартовых, наркотиков, к которым относятся каннабиноиды и, в частности, гашиш. Кроме того, этот наркотик наиболее широко распространен на территории Российской Федерации и более доступен в связи с тем, что дикорастущая конопля, занимающая огромные площади в Астраханской области, пользуется спросом среди больных наркоманий.

Самой малочисленной была III группа больных (злоупотребление опиатами или героином в сочетании с алкоголем). У больных этой группы кроме наркомании отмечались основные признаки синдрома зависимости от алкоголя (в соответствии с МКБ-10). Больные злоупотребляли алкогольными напитками как в периоды проявлений наркотического абстинентного синдрома, так и в периоды воздержания от наркотиков (состояние ремиссии). Злоупотребление алкоголем в структуре опиоидной зависимости рассматривается некоторыми авторами в качестве предиктора относительно неблагоприятного течения заболевания [17]. Однако существует полярная точка зрения,

предполагающая, что массивное употребление алкоголя положительно коррелирует с более высокими показателями удержания в лечебных программах и более выраженной способностью больных к осознанию собственных аддиктивных проблем [19].

Озабоченность и тревогу вызывает тот факт, что в указанных группах 40% и более составили женщины.

Изучение анамнестических данных показало высокую наследственную отягощенность алкоголизмом (отягощенность наркоманий установлена в единичных случаях) по первой и второй линиям родства у пациентов всех трех групп (табл. 2).

Наиболее низкие показатели отмечены в группе больных с героиновой зависимостью, высокие — у больных двух последних групп (опийная/героиновая наркомания в сочетании с гашишем и героиновая и опийная наркомания, осложненная алкоголизмом). С одной стороны, наши исследования лишь подтверждают доказанный в наркологии факт повышенного биологического риска заболевания алкоголизмом и наркоманией у детей, рожденных от родителей, страдающих алкогольной зависимостью. С другой стороны, отягощенность алкоголизмом и наркоманией в большей степени обуславливает риск формирования и развития полизависимостей. Об этом свидетельствуют значимые показатели отсутствия наследственной наркологической отягощенности у представителей I группы (мононаркомания). Вместе с тем, приводятся результаты, где наследственная отягощенность алкоголизмом у больных героиновой наркоманией обнаружена в 66,9% случаях [6] и более [15]. Кстати, наркологическая отягощенность является фактором риска агрессивного [18] и аутоагрессивного поведения [3].

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями (шизофрения, психопатия, эпилепсия) у пациентов всех трех групп со стороны ближайших родственников находилась в равных соотношениях. У пациентов II и III групп наследственность была отягощена психическими заболеваниями и по восходящей линии. В исследованиях отечественных авторов указывается, что у большинства лиц с наркологической отягощенностью выявляются поведенческие расстройства: агрессивность, повышенная возбудимость, психопатии, депрессии [1]. Можно предполо-

Наследственная отягощенность у исследуемых больных

Наследственная отягощенность	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
По линии ближайших родственников (мать, отец и др.), всего	62	100	74	100	53	100
Отягощенность алкоголизмом, наркоманией	17	27,4	32	43,2	27	50,9 [#]
Отягощенность психическими заболеваниями	2	3,2	3	4,1	2	3,8
Отсутствие отягощенности	43	69,4 [*]	39	52,7	24	45,3 [#]
По восходящей линии, всего	6	100	74	100	53	100
Отягощенность алкоголизмом, наркоманией	6	9,7	22	29,7	13	24,5
Отягощенность психическими заболеваниями	0	0,0	2	2,7	3	5,7
Отсутствие отягощенности	56	90,3	50	67,6	37	69,8
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

жить, что указанные нарушения, как и наркологическая отягощенность, в большей степени будут выражены у больных полинаркоманией и осложненной наркоманией. Отсутствие отягощенности психическими заболеваниями фиксируется преимущественно у обследованных I группы.

В некоторых случаях нам не удалось достоверно установить или опровергнуть отягощенность психическими или наркологическими заболеваниями. Родственники больных либо скрывали известную им информацию, либо отвечали на вопрос весьма неопределенно: «мы не знаем, жили отдельно от мужа и его родни», «говорили, что дед пил, как все фронтовики, но точно не знаем» и пр.

Состав семьи и условия воспитания больных наркоманиями представлены в табл. 3.

Большинство обследованных больных всех групп воспитывалось в полных семьях. Однако эти семьи характеризовались повышенной конфликтностью, напряженностью. Участие отца в воспитании ребенка

было минимальным. Доля неполных семей у больных I группы достоверно меньше, чем у больных II и III групп. В неполных семьях воспитание детей в основном осуществлялось матерями, что зачастую негативно сказывается на многих личностных, эмоциональных, поведенческих, адаптационных и других особенностях детей, представляющих во многих случаях «группу риска» [4]. Воспитание детей было по типу гипопротекции. Дети большую часть времени были предоставлены сами себе. Отсутствовал должный контроль со стороны родителей за соблюдением личной гигиены, школьной успеваемостью, кругом общения.

При исследовании преморбидных личностных особенностей выделены три основные группы: акцентуации характера, невротическая личность, психопатии (табл. 4).

Акцентуации характера (крайний вариант нормы), представляющие собой комплекс личностных черт, снижающих социальные адаптационные возможно-

Таблица 3

Распределение больных по составу родительской семьи и условиям воспитания

	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Полная семья	52	83,9 [*]	49	66,2	33	62,3 [#]
Неполная семья						
Только мать	10	16,1 [*]	24	32,4	17	32,1 [#]
Только отец	0	0,0	0,0	0,0	1	1,9
Воспитание у родственников, в детском доме	0	0,0	1	1,4	2	3,8
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Таблица 4

**Распределение больных
по преморбидным личностным особенностям**

Преморбидные личностные особенности	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Акцентуации характера	32	51,6	43	58,1	32	60,4
Невротическая личность	1	1,6	6	8,1	2	3,8
Психопатии	2	3,2	6	8,1*	12	22,6 [#]
Примечание. * — достоверность различий между II и III группами — $p < 0,05$; [#] — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

сти, были выявлены у больных всех групп. Преобладали гипертимные (23,2%) и истероидные (20,1%) акцентуации. Реже встречались пациенты с неустойчивыми (11,1%), психастеническими (10,2%), конформными (9,2%), шизоидными (8,3%) и эпилептоидными (6,6%) акцентуациями.

Невротическое развитие личности, на фоне которого сформировалась наркомания, зафиксировано у пациентов всех групп. Доля случаев невротического развития личности в I группе (героиновая наркомания) была наименьшей по сравнению с двумя последними группами (опийная/героиновая наркомания в сочетании с гашишем и героиновая или опийная наркомания, осложненная алкоголизмом), хотя различия не достигали достоверности.

Что касается психопатий, то они в преморбиде диагностировались также у больных всех трех групп и достоверно чаще имели место у пациентов III группы. Преобладали психопатии возбудимого круга (33,4%). Кроме того, выявлены истероидные (16,2%), неустойчивые (17,8%) и мозаичные (10,0%) психопатии.

Обращает на себя внимание доминирование психопатий возбудимого круга, что, с одной стороны, является фактором риска возникновения наркомании (на наш взгляд, полизависимости), с другой стороны, неблагоприятным прогностическим признаком течения наркологического заболевания.

Особенности поведения больных представлены в табл. 5.

Из табл. 5 следует, что нормативное поведение в преморбиде чаще отмечалось у больных I и II групп по сравнению с пациентами III группы. Девиантность выявлена у пациентов всех групп. Делинквентное поведение также имело место у больных всех групп. Однако противоправные действия больные героиновой наркоманией совершали достоверно реже по сравнению с больными наркоманией, осложненной алкоголизмом. Они характеризовались повышенной возбудимостью, раздражительностью, слабостью прогностических функций и волевого контроля. Делинквентное поведение коррелирует с расстройствами личности возбудимого круга.

Результаты клинических и динамических особенностей заболевания показаны в табл. 6. Большинство больных с мононаркоманией (I группа) начинали употреблять ПАВ в возрасте от 16 до 19 лет. В то же время количество пациентов, которые начали употребление наркотиков в возрасте от 12 до 15 лет и от 20 лет и старше, было примерно равным. Наименьшую численность в группе больных с полинаркоманией (II группа) составили зависимые, употребившие наркотики впервые в возрасте 18—19 лет. Аналогичное пациентам первой группы было распределение обследованных по максимальным значениям: от 12 до 15 лет и от 20 лет и старше.

Таблица 5

Распределение особенностей поведения больных

Особенности поведения	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	25	40,3	20	27	9	17,0 [#]
Девиантность	31	50,0	44	59,5	32	60,4
Делинквентность	6	9,7	10	13,5	12	22,6 [#]
Примечание. [#] — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

**Распределение больных
по возрасту начала употребления ПАВ**

Возраст начала употребления ПАВ	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
12—15 лет	14	22,6	20	27,0	16	30,2
16—17 лет	17	27,4	18	24,3	8	15,1
18—19 лет	18	29,0	14	18,9	7	13,2 [#]
20 лет и старше	13	21,0	22	29,8	22	41,5 [#]
Примечание. [#] — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Закономерным, на наш взгляд, было распределение больных с осложненной наркоманией (III группа) по возрасту начала употребления ПАВ. Если минимальные значения отмечены у больных в возрасте от 16 до 19 лет, то максимальные — в возрасте 20 лет и старше. Как правило, викарное употребление алкоголя в структуре опиной наркотической зависимости носит вторичный характер, а становление алкоголизма происходит на отдаленных этапах течения опиатной наркомании. Треть больных этой группы начала употреблять алкоголь, наркотики и другие одурманивающие средства в более раннем возрасте — 12—15 лет.

Установлена связь между употребляемым токсическим веществом и структурой патологического влечения (табл. 7).

Так, у пациентов с мононаркоманией преобладало периодически-навязчивое и периодически-компульсивное влечение. В группе больных с полинаркоманией и в группе больных, употреблявших наркотики и алкоголь, доминировало постоянное влечение. Другими словами, интенсивность и напряженность патологического влечения к наркотику прямо пропорциональна форме наркомании.

Суицидальное поведение и токсические передозировки наркотиков констатировались у пациентов всех групп (табл. 8). Актуализация суицидальных тенденций отмечена на всех стадиях наркотической зависимо-

сти и тесно связана с видом употребляемого наркотического средства. При этом основными причинами аутоагрессивных актов при наркоманиях считаются аффективные расстройства, личностные изменения (психопатизация), органическое поражение центральной нервной системы [2]. Кроме того, суицидальная активность обусловлена влиянием поведенческой, эмоциональной и когнитивной составляющих патологического влечения к наркотику и соотносится с уровнем реабилитационного потенциала. В наших исследованиях суицидальные мысли достоверно чаще фиксировались в группе больных с полинаркоманией, тогда как суицидальные действия — в группе больных с осложненной наркоманией. У подавляющего большинства больных мононаркоманией суицидальных тенденций обнаружено не было. Суицидальное поведение является неблагоприятным признаком течения наркомании, требует дополнительных интенсивных психотерапевтических, психотерапевтических вмешательств и существенно снижает эффективность проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проблема смертности, в том числе суицидальной, в определенной мере примыкает к проблеме токсических передозировок наркотиков. По показателю однократных передозировок различия не достигали степени достоверности. Токсические передозировки являются неотъемлемыми составляющими любой нарко-

Таблица 7

**Особенности патологического влечения к наркотику
у пациентов различных нозологических групп**

Патологическое влечение	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Периодически- навязчивое	20	32,3	19	25,7	12	22,6
Периодически- компульсивное	35	56,4 [*]	27	36,5	18	34,0 [#]
Постоянное	7	11,3 [*]	28	37,8	23	43,4 [#]
Примечание. [*] — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; [#] — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Таблица 8

Суицидальное поведение и передозировки наркотиков

Суицидальные тенденции	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Мысли	14	22,6*	31	41,9	21	39,6
Действия	9	14,5	14	18,9	15	28,3
Отсутствовали	39	62,9*	29	39,2	17	32,1 [#]
Передозировки						
Однократно	8	12,9	13	17,6	6	11,3
Множественно	2	3,2*	13	17,6	9	17,0 [#]
Не было	52	83,9*	48	64,8	38	71,7
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

мании. Однако множественные передозировки достоверно чаще наблюдались у больных II и III групп, что свидетельствует о высокой суицидоопасности этих форм наркоманий. Возможно, у пациентов с полинаркоманией и осложненной наркоманией передозировка является стереотипным средством выхода из фрустрирующих ситуаций.

Приобретенные черепно-мозговые травмы (ЧМТ) различной степени тяжести выявлены у больных всех трех нозологических групп (табл. 9). При полинаркомании и наркомании, осложненной алкоголизмом, ЧМТ в анамнезе диагностировались достоверно чаще ($p < 0,05$).

Распространенность инфекционной патологии (уреоплазменная и хламидийная инфекции, сифилис) была примерно одинаковой во всех группах. Ряд ав-

торов [3, 7, 8, 12] относит травматизм и рискованное сексуальное поведение к числу «скрытых, несуйцидальных» форм аутоагрессивного поведения.

Подавляющее большинство обследованных больных либо перенесло острую форму вирусного гепатита В, С, либо являлось вирусоносителями. Гепатиты в ряде случаев имели смешанную вирусно-токсическую этиологию. Распространенность гепатитов В и С среди потребителей инъекционных наркотиков, согласно последним статистическим данным, колеблется в пределах от 6,3 до 93,7% [9].

У наблюдаемого контингента больных обнаруживалась тенденция к снижению частоты как спонтанных, так и вынужденных ремиссий, что свидетельствует о нарастании дисбаланса процессов саморегуляции (табл. 10). Большинство вынужденных ремиссий

Приобретенные заболевания

Таблица 9

Заболевания	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Черепно-мозговые травмы	7	11,3*	18	24,3	21	39,6 [#]
Сифилис, уреоплазменная, хламидийная инфекции	3	4,8	4	5,4	3	5,7
Гепатиты	45	72,6	45	60,8	45	84,9
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Виды ремиссий у наблюдаемых больных

Таблица 10

Виды ремиссий	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Спонтанные	9	14,5	12	16,2	7	13,2
Терапевтические	29	46,8*	21	28,4	16	30,2
Вынужденные	6	9,7	14	18,9	6	11,3
Отсутствуют	18	29,0	27	36,5	24	45,3
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$						

приходилось на время пребывания больных в местах лишения свободы.

Высокий процент терапевтических ремиссий в группе больных героиновой наркоманией иллюстрирует эффективность проводимых терапевтических мероприятий и реабилитационных технологий. Очевидно, курбельность этого контингента соотносится с уровнем реабилитационного потенциала. Доля терапевтических ремиссий в данной группе пациентов была достоверно выше аналогичного показателя в группе больных с полинаркоманией. Безремиссионное течение наркомании чаще наблюдалось в двух последних группах (полинаркомания и осложненная наркомания), что лишь подтверждает указанный выше тезис. Во всех группах терапевтические ремиссии нередко сопровождалась короткими «срывами» (1—2-дневным употреблением наркотиков и алкоголя) и рецидивами заболевания.

Наблюдалась прямая корреляция ($p < 0,05$) между видом употребляемых токсических веществ и способностью к критической оценке состояния здоровья (табл. 11).

Снижение критических функций свидетельствует о формировании в структуре наркотической зависимости энцефалопатии, психоорганического синдрома, не только усугубляющих клиническую картину опиатной наркомании, но и снижающих возможности реабилитации, ресоциализации индивидуума [7, 12]. Час-

тичная критика к заболеванию максимально проявлялась в первой группе пациентов (героиновая наркомания). Во II группе (опийная/героиновая наркомания в сочетании с гашишем) и III группе больных (злоупотребление опиатами или героином в сочетании с алкоголем) этот показатель был одинаковым. Вместе с тем, отсутствие критики к своему заболеванию достоверно чаще обнаруживалось у пациентов с полинаркоманией и осложненной наркоманией.

В клинике на первый план выступали переоценка физических способностей, недостаточное осознание своего состояния и заболевания в целом. Обследуемые выражали сомнения в возможности и необходимости продолжения лечения, отмечалась пассивная позиция в ходе его реализации.

С видом употребляемого ПАВ соотносилась частота психопатологических нарушений: расстройства настроения (депрессии, дистимии), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) (табл. 12).

Эмоциональные нарушения, равно как и астенический синдром, регистрировались у пациентов всех групп. Эти показатели статистически не различались. Аффективные расстройства являлись психопатологическим оформлением патологического влечения к наркотику.

Астеническая симптоматика различной степени выраженности наблюдалась в ранний постабстинен-

Таблица 11

Отношение к заболеванию

Отношение к заболеванию	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Критическое	6	9,7	5	6,7	2	3,8
Частичная критика	40	64,5*	34	46,0	25	47,2#
Критическое отношение отсутствует	16	25,8*	35	47,3	26	49,0#
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Таблица 12

Приобретенные психопатологические нарушения

Психопатологические нарушения	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эмоциональные нарушения (депрессии, дистимии)	30	48,4	30	40,5	25	47,2
Астенический (неврастенический) синдром	16	25,8	16	21,6	8	15,1
Поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	13	21,0	27	36,5	19	35,8
Отсутствуют	3	4,8	1	1,4	1	1,9

тный период и в ремиссии. Больные большую часть времени проводили в постели, не принимали активного участия в реабилитационной программе, нерегулярно посещали психотерапевтические занятия.

Поведенческие расстройства также установлены у пациентов всех групп. В то же время наиболее часто они проявлялись в группе больных с полинаркоманией и осложненной наркоманией. Клиническая симптоматика была представлена повышенной конфликтностью, раздражительностью, постоянным просьбами о дополнительных медикаментозных назначениях («назначьте что-нибудь посильнее») или о досрочной выписке из стационара, гетеро- и аутоагрессивным поведением. На групповых психотерапевтических занятиях больные вели себя грубо как с участниками группы, так и с психотерапевтом, не реагировали на замечания, провоцировали скандалы.

Заключительным этапом настоящего исследования было изучение социального статуса.

В частности, в табл. 13 приведены данные, касающиеся образования, профессиональной подготовленности, а также трудового статуса изучаемого контингента.

Большинство больных всех трех групп имело среднее и среднетехническое образование. Доля больных с высшим образованием больше во II группе.

Достаточно высоки показатели неоконченного высшего и неполного среднего образования среди всех больных. При этом самый низкий образовательный ценз (неполное среднее образование) был среди пациентов II (полинаркомания) и III (осложненная наркомания) групп. Исследование причин преждевременного отчисления из средних и высших учебных учреждений позволило установить, что больные самостоятельно прекращали посещать место учебы в связи со злоупотреблением ПАВ.

Пациенты сравниваемых групп в подавляющем большинстве имели какую-либо профессию. Часть из них по причине отчисления не получила документу, подтверждающие профессиональную квалификацию, поэтому они были задействованы на низкоквалифицированных видах труда (разнорабочие, сторожа, дворники). Обращает на себя внимание тот факт, что более 70% всех больных нигде не работали и не проявляли активности и заинтересованности в трудоустройстве: «А зачем? Меня это устраивает».

Анализ семейного статуса пациентов представлен в табл. 14.

Как видно из табл. 14, доля больных, живущих в официальном и гражданском браке, в исследуемых группах была примерно одинакова и не достигала статистической достоверности. Обследованные были не-

Таблица 13

Распределение больных по уровню образования, профессиональной подготовленности, трудовому статусу

Социальные характеристики	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Образование:						
Высшее	4	6,4	7	9,5	4	7,6
Неоконченное высшее	4	6,4	4	5,4	2	3,8
Средне-техническое	34	54,9	40	54	29	54,7
Среднее	14	22,6	14	18,9	11	20,7
Неполное среднее	6	9,7	9	12,2	7	13,2
Наличие профессии:						
Имеет	41	66,1	48	64,9	27	50,9
Частично приобретена	11	17,8	9	12,2*	15	28,3
Не имеет	10	16,1	17	22,9	11	20,8
Трудовой статус:						
Работает	12	19,4	13	17,6	14	26,4
Не работает	50	80,6	61	82,4	39	73,6

Таблица 14

Семейный статус обследованных

Семейное положение	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Женат (замужем)	9	14,5	19	25,7	8	15,1
Сожительство	11	17,7	11	14,9	7	13,2
Не женат (не замужем)	42	67,8	44	59,4	38	71,7

удовлетворенны своим семейным положением. Химически зависимые члены семьи считали, что ее «здоровые» члены из-за постоянных конфликтов провоцируют больных к срывам. Безусловно, направленность профилактических, терапевтических и реабилитационных технологий только на больного без учета микросоциального (семейного) влияния может существенно снижать показатели эффективности проводимых мероприятий.

Успешность лечебно-реабилитационных мероприятий зависит не только от степени выраженности медицинских последствий наркоманий, но и от наличия/отсутствия социальных последствий, в том числе таких, как антисоциальное поведение (табл. 15).

Административные правонарушения отмечались во всех исследуемых группах. Однако их наибольшая частота наблюдалась в III группе (осложненная наркомания). Схожие статистические тенденции наблюдались по показателю «судимость однократная», т.е. в группе больных наркоманией, осложненной алкоголизмом, также установлено преобладание данного показателя. Многократные противоправные деяния чаще совершались пациентами II (полинаркомания) и III групп (осложненная наркомания), чем наркозависимыми I группы (мононаркомания). Иными словами, больные с полинаркоманией и осложненной наркоманией являются группами высокого антисоциального риска. Повторяемость совершения противоправных деяний демонстрирует глубину и прогрессивность психопатологического процесса.

Таким образом, в сравнительном исследовании у пациентов различных нозологических групп (больные героиновой наркоманией — мононаркомания, больные, злоупотребляющие героином или другими опиатами в сочетании с гашишем — полинаркомания, больные, злоупотребляющие героином или опиатами в сочетании с алкоголем — осложненная наркомания) был установлен ряд особенностей.

Преморбидный статус

Отягощенность алкоголизмом и наркоманией по первой и второй линии родства чаще фиксировалась у больных с полинаркоманией и осложненной наркоманией.

Воспитание в неполной семье достоверно было чаще в группе больных, злоупотребляющих героином или другими опиатами в сочетании с гашишем и в группе больных, злоупотребляющих героином или опиатами в сочетании с алкоголем. Пациенты с мононаркоманией воспитывались преимущественно в полных семьях.

Изучение личностных особенностей в преморбиде выявило большее количество психопатий возбудимого круга, которые по сравнению с больными мононаркоманией и полинаркоманией достоверно чаще констатировались у пациентов с осложненной наркоманией.

Делинквентные формы поведения также чаще были отмечены у больных с осложненной наркоманией. По девиантности сравниваемые группы не различались.

Клинический статус

Начало употребления психоактивных веществ в группе пациентов героиновой наркоманией приходится на возраст 16—19 лет; в группах больных полинаркоманией и осложненной наркоманией — на возраст 12—15, 20 лет и старше.

Установлены различия по характеру патологического влечения: в группе больных мононаркоманией преобладало периодически-навязчивое и периодически-компульсивное влечение; в группе больных полинаркоманией и в группе больных осложненной наркоманией доминировало постоянное влечение.

Идеаторный вариант (мысли) суицидального поведения достоверно чаще наблюдался в группе пациентов с героиновой наркоманией. Суицидальные попытки, хотя не достигали статистических различий в сравниваемых группах, но чаще были в группе больных с осложненной наркоманией.

Передозировки наркотиков были значимо чаще в двух последних группах (полинаркомания и осложненная наркомания).

Что касается приобретенных заболеваний, то различия были установлены по травматической патологии. Черепно-мозговые травмы достоверно чаще были у пациентов с полинаркоманией и с осложненной наркоманией.

Таблица 15

Распределение больных по наличию судимостей

Судимости	I группа		II группа		III группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Административная ответственность	6	9,7	7	9,5	8	15,1
Судимость однократная	9	14,5	12	16,2	11	20,8
Судимость многократная	9	14,5*	22	29,7	14	26,4
Отсутствует	38	61,3	33	44,6	20	37,7#
Примечание. * — достоверность различий между I и II группами — $p < 0,05$; # — достоверность различий между I и III группами — $p < 0,05$						

Терапевтические ремиссии достигались чаще в группе больных героиновой наркоманией, в то время безремиссионное течение заболевания было свойственно больным с полинаркоманией и осложненной наркоманией.

Частичная критика в группе больных мононаркоманией значимо была выше, чем в группах больных полинаркоманией и осложненной наркоманией, а отсутствие критики чаще фиксировалось у обследованных двух последних групп.

Установлено преобладание поведенческих расстройств (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение), которые также были наиболее выражены у пациентов с полинаркоманией и осложненной наркоманией.

Социальный статус

Существенных различий в образовательном, профессиональном уровне, семейном статусе между больными трех групп не выявлено. При этом самый низкий образовательный ценз (неполное среднее образование) был среди пациентов II (полинаркомания) и III (осложненная наркомания) групп. Нигде не работали более 70% больных всех исследуемых групп.

Многочисленные противоправные деяния чаще совершались пациентами II (полинаркомания) и III групп (осложненная наркомания), чем наркозависимыми I группы (мононаркомания).

Нам представляется, что эти данные позволяют прогнозировать динамику течения опиатной наркомании, особенно других ее разновидностей, и должны учитываться при разработке и реализации индивидуализированных дифференцированных профилактических и лечебно-реабилитационных программ.

Список литературы

1. Анохина И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 13—32.
2. Бисалиев Р.В. Суицидальное поведение при аддиктивных расстройствах // Наркология. — 2007. — №9. — С. 58—66.
3. Бисалиев Р.В., Великанова Л.П. Аутоагрессивное поведение при опиоидной наркомании. — Астрахань: ГОУ ВПО АГМА Росздрава, 2007. — 119 с.

4. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации // Вопросы наркологии. — 2000. — №3. — С. 13—21.

5. Дудко Т.Н., Котельникова Л.А. Реабилитация наркологических больных в условиях стационара: Методические рекомендации. — М., 2006. — 74 с.

6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.

7. Исаев Д.Д. Гомосексуальное поведение и факторы риска СПИД. Заметки участника IX Международной конференции по СПИД (7—11 июня 1993 г., Берлин) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1993. — №3. — С. 203—205.

8. Карпов А.М. и др. Концепция и стратегия самозащиты психического здоровья // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. — М., 2004. — С. 58—59.

9. Киржанова В.В. Особенности поведения потребителей инъекционных наркотиков, связанные с риском гемоконтактных инфекций // Наркология. — 2008. — №8. — С. 67—73.

10. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Шамота А.З., Ванисова Н.Г. Основные показатели, характеризующие состояние наркологической службы // Наркология. — 2000. — №9. — С. 15—19.

11. Кургак Д.И., Благов Л.Н., Бохан Н.А. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия). — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2007. — 166 с.

12. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.

13. «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)». Приказ от 22 октября 2003 г. №500. — М., 2003. — 135 с.

14. Ровенская О.А. Клиника и терапия героиновой наркомании у больных алкоголизмом: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2000. — 171 с.

15. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.

16. Русинова О.И. Клинические особенности и терапия алкогольной зависимости у больных, ранее употреблявших опиаты // Вопросы наркологии. — 2007. — №6. — С. 22—31.

17. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.

18. Шевцова Ю.Б., Игонин А.А., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 1 // Наркология. — 2007. — №8. — С. 53—62.

19. Chatham L.R. et al. Heavy drinking in a population of methadone maintained clients // J. Stud. Alcohol. — 1995. — Vol. 56, №4. — P. 417—422.

A COMPARATIVE RESEARCH OF PREMORBID, CLINICAL, PERSONAL AND SOCIAL FEATURES OF OPIATE ADDICTS PATIENTS

VESHNEVA S.A.

psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary

BISALIEV R.V.

cand.med.sci., deputy of the leader of the drug centre Astrakhan State Medical Academy

In article data of comparative research premorbid, clinical, personal and social features sick various nosological groups (*a mononarcotism, a polynarcotism, the complicated narcotism*) are presented. The received results are correlated with modern representations about clinic, personal and medico-social consequences opiate narcotisms. Data about the factors promoting development of disease, dynamics of the basic clinical symptoms are cited. The questions, concerning personal changes of patients opiate narcotisms are taken in detail up. Article contains data about suicide tendencies sick of various forms opiate a narcotism. Data about frequency and a kind of remissions at sick all groups are cited.