

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

КАРДАШЯН Р.А.

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

У 88 больных в возрасте 17 ± 3 года (от 14 до 34), страдающих первитиновой наркоманией, исследовали корреляции между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, началом приема психоактивного вещества (ПАВ), темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены. Промонстрировано, что у лиц, представленных шизоидными чертами характера, случаи девиантного поведения выявлялись чаще, прием ПАВ выявлялся в наиболее раннем возрасте, наблюдались стремительное формирование синдрома отмены и быстрый рост толерантности, затяжное купирование клинических проявлений синдрома отмены и нормализация показателей дофамина и серотонина. У лиц с неустойчивыми, а также эпилептоидными чертами характера частота случаев девиантного поведения выявлялась реже, начало приема ПАВ относилось к более позднему возрасту, формирование синдрома отмены и рост толерантности происходили медленнее, отмечались относительно легкое течение синдрома отмены и быстрая редукция его клинических проявлений, нормализация экскреции с мочой катехоламинов и серотонина. Больные с астеническими и психастеническими чертами характера занимали промежуточное положение между больными преимущественно шизоидными и неустойчивыми, а также эпилептоидными чертами характера.

Ключевые слова: первитиновая наркомания, синдром отмены, степень тяжести, преморбидные черты

Введение

Как известно, наркомания может развиваться у людей с разным складом личности [8]. Однако следует отметить, что при зависимости от тех или иных ПАВ некоторые типы личности чаще выявляются, например, при злоупотреблении опиоидами лица с преимущественно эксплозивными чертами характера встречаются чаще. Иначе говоря, существует некая корреляция между чертами личности пациента и выбором ПАВ. В ряде предыдущих публикаций [5, 6, 11—13] была показана связь между клиническими проявлениями и динамикой наркологических заболеваний, скоростью формирования зависимости и тяжестью дефицитарных расстройств от преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада. Однако нами ранее [4] были представлены результаты исследования нарушений эмоциональной сферы у юношей, больных опийной наркоманией, где отмечалось, что эти расстройства нельзя трактовать только как следствие злоупотребления наркотиками или абстинентных расстройств. Нельзя игнорировать предположение о том, что выявленные особенности эмоциональной сферы были у данной категории пациентов еще в преморбиде, т.е. до болезни. Необходимо отметить, что отклонения в поведении подростков (девиантное поведение) обусловлены, как правило, их личностными негативными осо-

бенностями. Можно согласиться, что предболезнь — это «дисфункциональное состояние», психическая дезадаптация, выходящая за рамки нормы, но не достигающая степени болезни. Предболезнь отражает вероятность возникновения заболевания. Присущая ей дезадаптация достигает степени субклинических расстройств, однако от болезни они отличаются одним или несколькими следующими признаками: клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью, доступностью контролю сознания и воли, наличием критики. В то же время подростки, не имеющие идеалов и жизненных принципов, не способны оценить вред приема ПАВ. У детей и подростков особо выражены конформизм, подражательность молодежной «субкультуре», внушаемость, слабость контроля за своим поведением и влечениями.

На сегодняшний день мало изучены и описаны при первитиновой наркомании корреляции между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены. Вышеназванные соотношения помогли бы выделить группы больных с различным течением первитинового синдрома отмены и разработать дифференцированную терапевтическую программу, что позволило бы сократить длительность купирования синдрома отмены и добиться быстрого становления ремиссии.

В связи с этим была поставлена задача: изучить корреляции между преморбидными чертами личности и частотой девиантного поведения, темпом формирования и тяжестью течения синдрома отмены.

Пациенты и методы исследования

Было обследовано 88 больных в возрасте 17 ± 3 года (от 14 до 34) с диагнозом наркомания, вызванная злоупотреблением первитина, синдром отмены, неосложненный, вторая стадия зависимости, непрерывная и циклическая форма употребления. Диагностические критерии зависимости проводились по МКБ-10.

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

Нами была использована индивидуальная карта больного для изучения степени тяжести синдрома отмены [1, 3, 9].

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 (диоксифенилуксусная кислота), норадреналина (НА), адреналина (А) и серотонина (5НТ) в порционной моче методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией [10].

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

Контрольную группу составили 25 здоровых лиц мужского пола в возрасте 18—31 года.

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.).

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

В качестве статистических критериев использовались критерий Duncan'a [14] и t-критерий Стьюдента

[2]. Все виды статистического анализа данных проводились с использованием пакета программных средств «SPSS» статистического анализа данных.

Преморбид и динамика синдрома отмены

В связи со сложностью строго разграничить проявления преморбидных характерологических особенностей по отдельным типам больные были группированы на основе учета преобладающей симптоматики.

Структура синдрома отмены у всех больных была представлена психопатологическими, астеническими, вегетативными, алгическими и неврологическими расстройствами. Однако степень выраженности этих нарушений и связанных с ними нарушений экскреции с мочой катехоламинов и серотонина у разных больных была различной, в связи с чем пациенты были разделены на три группы: с легким (первая группа), умеренным (вторая) и тяжелым (третья) течением синдрома отмены.

В первую группу вошли 25 больных (28,4% от общего количества). У 21 пациента (84% данной группы) наблюдались *неустойчивые черты* характера. Больные характеризовались повышенной внушаемостью, изменчивостью интересов, податливостью внешним влияниям, неспособностью к длительному волевому усилию, слабостью высших волевых функций.

Эпилептоидные черты характера наблюдали у четырех больных (16% от данной группы). Им была свойственна склонность к перепадам настроения как без видимой причины, так и под влиянием внешних обстоятельств и с преобладанием тоскливого аффекта. Они отличались настойчивостью, подозрительностью, недоверием, придирчивостью, раздражительностью.

Случаи девиантного поведения (табл. 1) наблюдались у двух пациентов, что составило 8%. В 4% (у одного пациента данной группы) девиантное поведение наблюдалось в возрасте 14—16 лет и у 4% — в возрасте 17—18 лет. Следует отметить, что девиантное поведение в данной группе больных было представлено в основном пренебрежением к учебе, прогулом занятий. Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями была отмечена у 15% больных.

У пациентов первой группы начало употребления ПАВ и первитина чаще наблюдалось в 19—20 лет (табл. 2 и 3), соответственно в 56% случаев, или у 14 чел., и в 60% наблюдений, или у 15 больных.

Длительность самостоятельного эпизодического употребления первитина и кратность его приема составили: в течение 4—7 недель от 3 до 5 проб (в 88% эпизодов, табл. 4).

Патологическое влечение формировалось в течение 4—7 недель.

Формирование синдрома отмены происходило относительно медленно — от 10 до 16 недель (табл. 5). Толерантность первитина в течение 8—10 мес. употребления достигала от 1 до 2 мл/сутки, не увеличиваясь впоследствии к моменту настоящего поступления. Длительность болезни составила 15 ± 3 (12—18) мес.; 7 пациен-

Таблица 1

Возраст начала проявления девиантного поведения в группах больных первитиновой наркоманией, дифференцированных по степени тяжести синдрома отмены

Возраст, лет	Степень тяжести синдрома отмены					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	1	4	4	13,8	8	23,5
17—18	1	4	3	10,3	4	11,7
Всего	2	8	7	24,1	12	35,2

Таблица 2

Возраст начала приема ПАВ в группах больных первитиновой наркоманией, дифференцированных по степени тяжести синдрома отмены

Возраст, лет	Степень тяжести					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	2	8	9	31	21	61,8
17—18	7	28	13	44,8	11	32,3
19—20	14	56	7	24,2	2	5,9
Более 20	2	8	—	—	—	—
Всего	25	100	29	100	34	100

Таблица 3

Возраст начала употребления первитина в группах больных первитиновой наркоманией, дифференцированных по степени тяжести синдрома отмены

Возраст, лет	Степень тяжести синдрома отмены					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
14—16	—	—	6	20,7	24	70,6
17—18	8	32	15	51,7	9	26,5
19—20	15	60	8	27,6	1	2,9
Более 20	2	8	—	—	—	—
Всего	25	100	29	100	34	100

тов стационарировались 1 раз, а 18 — 2 раза. Больные в большинстве эпизодов, в 72% (18 чел.), поступали на лечение самостоятельно и добровольно, а 28% пациентов (7 чел.) — под давлением родственников. Предлогом добровольного обращения за помощью было плохое настроение. Больные полностью осознавали болезнь и подробно сообщали анамнестические сведения о себе, отмечали наличие осознанного патологического влечения, пытались лечиться, что свидетельствовало о склонности к самоанализу и достаточном интеллектуальном уровне.

У пациентов выявляли периодическую форму употребления ПАВ.

Данная группа отличалась **легкой степенью тяжести синдрома отмены**, который был представлен незначительно выраженными астеническими, неврологическими расстройствами, умеренной интенсивности аффективными, вегетативными нарушениями, выраженным алгическим компонентом. В ходе прове-

денной терапии, на 14-е сутки патологическое влечение, страх нарушения сна, психомоторное возбуждение редуцировались, а прочие клинические проявления синдрома отмены оставались на уровне незначительной интенсивности (табл. 6 и 7).

До начала лечения все исследуемые биохимические параметры (ДА и его метаболит ДОФУК, НА, А, 5НТ) достоверно превышали контрольные значения (табл. 8). На фоне проведенной терапии на 5-е сутки наблюдалась нормализация повышенного до начала лечения уровня НА, а на 14-е сутки — ДА, А, ДОФУК и 5НТ, что может свидетельствовать о незначительных нарушениях катехоламиновой и серотониновой системы у данной группы больных.

Вторая группа была представлена лицами с преобладанием **астенических и психастенических** черт характера (32,9%, или 29 пациентов). У данной группы часто в детстве наблюдались невротические реакции,

Таблица 4

Длительность и кратность эпизодического употребления первитина в группах обследуемых

Сроки	Степень тяжести синдрома отмены					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс. (%)	Кратн.	Абс. (%)	Кратн.	Абс. (%)	Кратн.
2—3 недели	—	—	—	—	29 (85,3)	5—7
3—4 недели	3 (12)	4—5	22 (75,9)	4—6	5 (14,7)	4—5
4—7 недель	22 (88)	3—5	7 (24,1)	6—8	—	—
Всего	25 (100)		29 (100)		34 (100)	

Таблица 5

Длительность формирования синдрома отмены при первитиновой наркомании в группах обследуемых

Сроки	Степень тяжести синдрома отмены					
	Легкая		Умеренная		Выраженная	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
3—4 недели	—	—	—	—	25	73,5
5—10 недель	7	28	23	79,3	9	26,5
10—16 недель	18	72	6	20,7	—	—
Всего	25	100	29	100	34	100

быстрая физическая и умственная усталость, мнительность. Имели место повышенная раздражительность с последующей истощаемостью психических процессов в сочетании с вегетосоматической неустойчивостью. Они плохо переносили психические и физические нагрузки.

Случаи девиантного поведения выявлялись у семи пациентов, или в 24,1% (табл. 1). У четырех больных (13,8% в данной группе) признаки девиантного поведения встречались в возрасте 14—16 лет, а у троих (10,3%) — в возрасте 17—18 лет. В данной группе больных девиантное поведение было представлено академической неуспеваемостью. Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями была отмечена у девяти человек (31%).

Начало употребления ПАВ (табл. 2) и первитина (табл. 3) у пациентов данной группы чаще выявлялось в возрасте 17—18 лет (соответственно у 13 чел., или в 44,8%, и у 15 чел., или 51,7%).

Длительность и кратность самостоятельного эпизодического употребления первитина в большинстве случаев составили соответственно 3—4 недели и 4—6 проб (в 75,9% наблюдений, табл. 4).

Патологическое влечение к первитину у больных формировалось через 3—4 недели, а синдром отмены — в среднем в течение 5—10 недель (табл. 5). Толерантность за интервал 10—12 мес. достигала 4—6 мл/сутки, оставаясь неизменной на день настоящего обращения.

Длительность болезни составила 17 ± 3 (14—18) мес.

Количество госпитализаций у больных выглядело следующим образом: 6 больных поступали на лечение 2 раза, 16 чел. — 3 раза, а 7 пациентов — 4 раза. Поводом для обращения за медицинской помощью

в 37,9% (11 чел.) случаев было давление близких и родных, в 17,2% (5 чел.) — психическая и физическая истощаемость. В большом числе случаев, 44,9% (13 чел.), пациенты данной группы добровольно изъявляли желание лечиться. Предлогом добровольного обращения за помощью было плохое настроение. Пациентов отличало частичное и, формально, критическое понимание болезни, они соглашались с тем, что есть зависимость, но утаивали факты о болезни. Поступление в стационар объясняли не патологическим влечением к наркотику, а наличием бессонницы, раздражительности, тревоги, не осознавали вред болезни. При возникновении синдрома отмены соглашались на лечение, а по исчезновении его признаков отказывались.

У пациентов выявляли периодическую форму употребления первитина.

Эта группа характеризовалась развитием синдрома отмены умеренной степени тяжести, которая проявлялась аффективными расстройствами (табл. 6 и 7) в виде выраженной тревоги, страха, умеренной интенсивности эмоциональной лабильности, дисфории, пониженного фона настроения, а также доминирующими поведенческими и диссомническими расстройствами. Патологическое влечение было незначительной интенсивности. Алгические, вегетативные, астенические и неврологические расстройства были умеренной интенсивности. На фоне проводимой терапии на 14-е сутки патологическое влечение, нарушения сна, тревога, раздражительность, поведенческие расстройства были умеренной интенсивности, а остальные клини-

**Сравнительная динамика психопатологических проявлений синдрома отмены
в группах больных с первитиновой наркоманией**

Симптомы	Группы	Выраженность симптомов (баллы)		
		До лечения	5-е сутки	14-е сутки
Влечение к наркотику	1 (n=25)	1,11±0,18	2,57±0,21	0,50±0,11
	2 (n=29)	1,12±0,24	2,52±0,14	1,59±0,22**
	3 (n=34)	0,84±0,16	2,56±0,22	1,68±0,18**
Нарушение сна	1 (n=25)	2,54±0,21	1,66±0,24	0,32±0,19
	2 (n=29)	2,72±0,22	1,56±0,18	1,53±0,19**
	3 (n=34)	2,76±0,16	2,11±0,24*\$	1,56±0,17**
Пониженное настроение	1 (n=25)	2,16±0,22	2,12±0,21	1,15±0,22
	2 (n=29)	2,36±0,18	1,71±0,21	1,46±0,17
	3 (n=34)	2,84±0,12*\$	2,61±0,14*\$	2,26±0,19*\$
Тревога	1 (n=25)	2,32±0,18	1,68±0,16	0,53±0,22
	2 (n=29)	2,62±0,12	2,37±0,18*	1,84±0,24**
	3 (n=34)	2,68±0,14*	2,62±0,11*	1,66±0,14**
Страх	1 (n=25)	2,51±0,13	1,51±0,16	0,41±0,14
	2 (n=29)	2,56±0,18	1,76±0,19	1,41±0,18**
	3 (n=34)	2,18±0,23	2,26±0,24*\$	1,42±0,16**
Эмоциональная лабильность	1 (n=25)	1,41±0,24	1,16±0,24	0,99±0,19
	2 (n=29)	2,35±0,22*	1,55±0,22	1,31±0,24
	3 (n=34)	2,82±0,11**\$	2,53±0,17**\$	2,41±0,21**\$
Дисфория, раздражительность	1 (n=25)	2,58±0,24	1,74±0,21	0,56±0,22
	2 (n=29)	2,43±0,16	2,15±0,24	1,84±0,18**
	3 (n=34)	1,91±0,22*\$	1,89±0,16	1,18±0,24*\$
Психомоторное возбуждение	1 (n=25)	2,31±0,21	2,16±0,22	0,41±0,18
	2 (n=29)	2,24±0,21	1,86±0,18	0,84±0,22*
	3 (n=34)	0,98±0,16***\$	1,32±0,22*\$	0,91±0,22*
Поведенческие расстройства	1 (n=25)	1,68±0,15	2,52±0,14	0,50±0,05
	2 (n=29)	2,65±0,22*	2,56±0,14	1,76±0,18**
	3 (n=34)	2,11±0,21*\$	2,36±0,22	1,64±0,16**
Психопатологические проявления	1 (n=25)	2,08±0,17	1,83±0,17	0,56±0,11
	2 (n=29)	2,33±0,19	1,91±0,14	1,47±0,20**
	3 (n=34)	2,02±0,28	2,21±0,21	1,62±0,19**
Астения, слабость	1 (n=25)	1,43±0,12	1,41±0,22	0,63±0,22
	2 (n=29)	1,71±0,22	1,93±0,22*	1,64±0,24**
	3 (n=34)	2,82±0,16**\$	2,52±0,14**\$	2,31±0,23**
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 алгических, вегетативных и неврологических проявлений синдрома отмены
в группах больных с первитиновой наркоманией**

Симптомы	Группы	Выраженность симптомов (баллы)		
		До лечения	5-е сутки	14-е сутки
Алгические проявления	1 (n=25)	2,62±0,16	1,86±0,18	0,48±0,12
	2 (n=29)	2,07±0,24*	1,91±0,21	1,27±0,18*
	3 (n=34)	0,68±0,18***\$	0,84±0,16*\$	1,16±0,22*
Вегетативные проявления	1 (n=25)	2,34±0,16	1,82±0,14	0,49±0,10
	2 (n=29)	2,11±0,16	1,92±0,24	1,86±0,18**
	3 (n=34)	1,12±0,22**\$	1,01±0,12*\$	1,12±0,16**\$
Неврологические проявления	1 (n=25)	1,11±0,22	1,03±0,18	0,67±0,21
	2 (n=29)	1,76±0,22*	1,61±0,16*	1,43±0,21*
	3 (n=34)	2,63±0,24**\$	2,54±0,14**\$	2,21±0,24**\$
Примечание. * — p<0,05, ** — p<0,01 — по отношению к первой группе; \$ — p<0,05, \$\$ — p<0,01 по отношению ко второй группе				

Таблица 8

**Сравнительная динамика показателей экскреции КА, ДОФУК, серотонина (нг/мин)
в группах больных с первитиновой наркоманией**

Показатель	Контроль, n=25	Группы	До лечения	5-е сутки	14-е сутки
ДА	141±11,1	1 (n=25) 2 (n=29) 3 (n=34)	291,8±24,1 ^{##} 194,4±11,3 ^{**} 100,2±16,7 ^{***\$}	255,1±29,8 ^{##} 208,2±22,5 [#] 113±15,18 ^{***\$}	155,3±20,3 162,3±31,2 120,5±24,3
НА	22,3±5,0	1 (n=25) 2 (n=29) 3 (n=34)	32,1±3,1 [#] 23,7±4,8 14,3±1,8 ^{***\$}	31,8±4,8 25,0±4,7 15,3±2,1 ^{**\$}	27,5±3,7 21,8±4,8 16,1±3,8 [*]
А	2,2±0,6	1 (n=25) 2 (n=29) 3 (n=34)	5,3±1,1 ^{##} 4,2±0,6 [#] 3,1±0,6 ^{*\$}	5,1±0,9 ^{##} 4,5±0,6 [#] 3,0±0,4 ^{*\$}	3,2±0,7 3,9±0,4 [#] 3,1±0,3 ^{\$}
ДОФУК	455±50,1	1 (n=25) 2 (n=29) 3 (n=34)	1215,5±170,3 ^{##} 825,1±124,1 [#] 408,5±31,3 ^{***\$}	1275,9±123,2 ^{##} 1096,8±106,3 ^{##} 630,5±85,1 ^{**\$}	582,5±95,1 705,5±116,3 [#] 557,5±42,3 ^{\$}
Серотонин	124±12,1	1 (n=25) 2 (n=29) 3 (n=34)	222,4±24,2 [#] 1168,6±14,1 ^{**} 162,4±16,1 ^{**}	197,5±11,1 [#] 188,5±11,9 [#] 159,4±11,6 ^{**\$}	132,5±12,1 218,2±27,6 ^{**} 197,1±11,3 ^{**}

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

ческие проявления синдрома отмены выражены незначительно.

Клиническим проявлениям синдрома отмены соответствовали изменения уровней катехоламинов и серотонина в моче. До начала лечения экскреция ДА, А, ДОФУК и серотонина с мочой достоверно превышала нормальные значения (табл. 8). Уровень экскреции НА в моче на всех этапах не отличался от нормального физиологического. Уровень ДА в моче, повышенный до начала лечения, нормализовался на 14-е сутки терапии. Однако экскреция ДОФУК, А и серотонина с мочой на 14-е сутки терапии оставалась повышенной относительно контрольных показателей.

Третью группу больных составили 34 чел. (38,7%). У всех пациентов выявляли *шизоидный тип* личности. Для них были характерны замкнутость, снижение потребности в контактах, невыразительность эмоций, ранимость, диссоциированность поведения, склонность к рассуждениям.

Следует отметить, что наибольшая частота проявлений девиантного поведения наблюдалась в данной группе — у 12 больных (в 35,2% случаев) и чаще всего в раннем возрасте, 14—16 лет (табл. 1). Наследственная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями выявлялась у 21 чел. (в 61,8%).

В данной группе обнаруживали наиболее раннее начало приема ПАВ — в 14—16 лет (у 21 чел., или в 61,8% случаев, табл. 2) и первитина (у 24 чел., или в 70,6% наблюдений, табл. 3) и наименее короткое самостоятельное эпизодическое употребление первитина — 2—3 недели. Кратность эпизодического самостоятельного употребления первитина была равна 5—7 пробам (в 85,3% эпизодов (табл. 4).

Длительность болезни составила 21±4 (17—25) мес. При этом патологическое влечение к первитину формировалось в промежутке от 2 до 3 недель с момента эпизодического приема, а синдром отмены в сжатые сроки — в течение 3—4 недель с момента начала систематического употребления (табл. 5). Дозы первитина через 12—15 мес. увеличивались до 12—16 мл/сутки.

В данной группе 29 чел. (85,3%) обращались за помощью 5 раз и 5 чел. (14,7%) — 4 раза. Причиной поступления в стационар у шести больных (в 17,6% эпизодов) было давление родственников и близких, а у 28 (82,4%) — психическое и физическое истощение. У пациентов отсутствовало осознание болезни, наблюдалось индифферентно-пассивное отношение к болезни.

Пациенты принимали первитин циклически.

У больных данной группы наблюдали **выраженную степень тяжести** синдрома отмены, который был представлен аффективными расстройствами (табл. 6 и 7) в виде эмоциональной лабильности, пониженного настроения, тревоги, отмечались выраженные нарушения сна. В структуру синдрома отмены также входили сильно выраженные астенические, неврологические и незначительные вегетативные и алгические расстройства. Уменьшение клинических проявлений синдрома отмены происходило медленно, на 14-е сутки терапии они были умеренной интенсивности.

Уровень ДА и НА в моче до начала терапии был достоверно ниже, а серотонина выше контрольного показателя (табл. 8). Уровень экскреции с мочой А и ДОФУК достоверно не отличался от физиологического. На 14-е сутки терапии количество серотонина и ДОФУК в моче оставалось выше нормы, а остальные параметры не отличались от контрольных значений.

Заключение

У лиц, представленных преимущественно шизоидными чертами характера, случаи девиантного поведения, начало приема первитина и других ПАВ относились к раннему возрасту, рост толерантности происходил быстро, а употребляемые дозы первитина были выше, наблюдалось стремительное формирование синдрома отмены. Процесс купирования клинических проявлений синдрома отмены и нормализация экскреции с мочой катехоламинов и серотонина носил затяжной характер. Случаи обращений за помощью выявлялись чаще относительно сравниваемых групп. Причиной поступления в стационар было давление родственников и близких и, чаще всего, психическая и физическая истощаемость. У больных наблюдались низкий интеллектуальный уровень и отсутствие критики к болезни.

У лиц с преобладанием неустойчивых черт личности случаи девиантного поведения, начало приема ПАВ и первитина относились к более позднему возрасту. По сравнению с больными с шизоидными чертами характера рост толерантности происходил относительно медленно, употребляемые дозы первитина были ниже при относительно одинаковой длительности болезни, наблюдалось сравнительно медленное формирование синдрома отмены, относительно легкое его течение и быструю редукцию клинических проявлений, нормализацию показателей дофамина и серотонинового обмена. Лица данной группы в подавляющем числе наблюдений за помощью обращались реже и самостоятельно. Выявлялись достаточно высокий интеллектуальный уровень, критическое отношение к болезни и желание лечиться.

Больные преимущественно с астеническими и психастеническими чертами характера занимали промежуточное положение между больными преимущественно с неустойчивыми и шизоидными чертами характера. Степень тяжести синдрома отмены, нарушения экскреции с мочой катехоламинов и серотонина носили умеренно выраженный характер и отличались относительно медленной редукцией клинических про-

явлений и нормализацией дофамина и серотонинового обмена. Больные выражали формально-критическое отношение к болезни.

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'. — М., СПб., 2002. — 112 с.
3. Винникова М.А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 20—27.
4. Дроздов А.З., Иванцов О.В., Кардашян Р.А., Коган Б.М. Эмоциональная сфера подростков больных опийной наркоманией // Наркология. — 2008. — №12. — С. 62 — 66.
5. Иванец Н.Н. Значение конституционально-биологических факторов для формирования различных клинических вариантов алкоголизма // Алкоголизм и наследственность. — М., 1987. — С. 54—56.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000.
7. Иванец Н.Н., Савченко Л.М. Типология алкоголизма. — М., 1996. — С. 20—34.
8. Кардашян Р.А. Первитиновая наркомания: личностный преморбид и его корреляции с ситуацией вовлечения в потребление наркотика, клиникой и динамикой синдрома отмены и прогнозом заболевания // Вопросы наркологии. — 2004. — №6. — С. 16—23.
9. 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.
10. 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.
11. Личко А.Е., Битенский Е.С. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1991. — 303 с.
12. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатия и акцентуация характера у подростков. — Л., 1977.
13. Овсепян С.А. Формы злоупотребления спиртными напитками при алкоголизме (клинические, терапевтические аспекты): Автореферат дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1985.
14. 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 PERVERTIN ADDICTION

KARDASHYAN R.A.

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

The correlation between premorbid traits of character and the frequency of deviant behaviour, the onset of psycho-active substance and pervitin abuse, the rate of withdrawal syndrome development and the gravity of its flow was studied in 88 patients aged 17±3 (from 14 to 34) who suffered from pervitin addiction. The study revealed that the patients with schizoid traits of character showed signs of deviant behaviour more frequently and started taking psycho-active substances and pervitin at an earlier age; in these patients rapid development and delayed inhibition of clinical symptoms of withdrawal syndrome and rapid increase in tolerance were observed; the normal levels of dopamine and serotonin were restored slowly. In patients with unstable as well as epileptoid traits deviant behaviour was observed less frequently, the onset of psycho-active substance and pervitin abuse was seen at a later age, withdrawal syndrome developed slowly and appeared to progress in a relatively uncomplicated fashion, while the clinical symptoms were rapidly reduced; tolerance was increased at a slower rate and the levels of catecholamine and serotonin excreted in urine quickly became normal. The findings obtained from the subjects with asthenic and psychasthenic traits of character indicated that these patients held an intermediate position between the patients with predominantly schizoid and unstable as well as epileptoid traits of character.